

SOMMAIRES

INTRODUCTION GENERALE

Partie I : CADRAGE CONTEXTUEL, CONCEPTUEL, ET METHODOLOGIQUE

Chapitre 1 : Etat des lieux

Chapitre 2 : Repères théorico-conceptuels

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Partie II : APPLICATION DES CHOIX THEORIQUES SUR LE TERRAIN

Chapitre 4 : Résultats de l'investigation sur terrain

Chapitre 5 : Autres facteurs favorisant la pratique d'automédication.

Partie III : APPROCHE PROSPECTIVE ET LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Chapitre 6 : Approches prospectives

Chapitre 7 : Suggestions personnelles et apports du stage

CONCLUSION GENERALE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERE

ANNEXES

RESUME

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1. Code du Fokontany.....	8
Tableau n°2. Répartition de la population par Fokontany, sexe, classe d'âge.....	9
Tableau n°3. Evolution de la population des cinq dernières années.....	9
Tableau n°4. Répartition du nombre d'habitants par FKT.....	10
Tableau n°5. Les différents Partenaires Techniques et Financiers.....	12
Tableau n°6. Ma tériels roulants.....	12
Tableau n°7. Production annuelle.....	13
Tableau n°8. Effectif de cheptel (Année 2010-2011).....	13
Tableau n°9. Nombre de commerçants.....	15
Tableau n°10. Les différents types d'industries	15
Tableau n°11. Les principales causes de morbidité	17
Tableau n°12. Typologie des enquêtés.....	27
Tableau n°13. D istance entre CSB II et CHD d'Anosy-Avaratra par rapport aux FKT environnants.....	30
Tableau n°14. D istance entre CSB II Sabotsy Namehana par rapport aux FKT environnants.....	31
Tableau n°15. Répartition entre le niveau d'instruction et la classe sociale.....	32
Tableau n°16. Répartition entre secteur d'activité économique et classe sociale.....	33
Tableau n°17. Quelques échantillonnages des paysans avec leur budget des ménages....	34
Tableau n°18. Répartition entre nombres d'individus enquêtés par FKT et les différents types de soins.....	35
Tableau n°19. Les comportements pris lors d'une atteinte des maladies.....	36

LISTE DES FIGURES

Figure n°1. Commune Rurale de SAB-NAM, Année 2009.....	5
Figure n°2. Pyramide des structures de soins.....	19

LA LISTE DES ABREVIATIONS:

B :	Bitumée
CHD :	Centre Hospitalier de District
CHR :	Centre Hospitalier de Référence
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
COSAN :	Comité de Santé
CR :	Commune Rurale
CSB :	Centre de Santé de Base
DUDH :	Déclaration Universelle de Droit de l'Homme
FANOME :	Fandraisan'Anjara NO Mba Entiko/ Financement pour l'Approvisionnement NON-stop en Médicament Essentiel
FIB/IB :	Fahasalamana Iraisam-Bahoaka / Initiative de Bamako
FKT :	Fokontany
Km :	kilomètre
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
P :	Pavée
PCD :	Plan Communal de Développement
PFU :	Participation Financière des Usagers
PHACOM :	PHArmacie COMmunautaire
S:	Secondaire
SAB-NAM:	Sabotsy Namehana
SN-CSU :	Stratégie Nationale sur la Couverture de la Santé Universelle
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

INTRODUCTION GENERALE

1- Généralités:

Traditionnellement, la tendance a voulu considérer la santé comme relevant du domaine privé et non de l'ordre public. Mais avec l'évolution, les praticiens ont essayé de définir la santé comme une question sociale, ce qui a mené à la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1946.

De ce fait, avec cette émergence de la santé considérée comme question publique, la conception de la santé a évolué. Et le droit à la santé a été reconnu à l'échelon international. A cet égard, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (DUDH) de 1948 insiste sur la reconnaissance du droit pour tous à un niveau de vie convenable, garanties pour la santé et le bien-être compris.

Par ailleurs, la Constitution malgache de la IV^e république réaffirme ce droit à la santé en son article 19 stipule que : « L'État reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de sa santé dès sa conception, par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité, de la solidarité nationale. » En ce sens, l'utilisation des services de santé de base constitue l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations.

Toutefois, durant de nombreuses années, du fait de la précarité des conditions de vie, une grande partie de la population malagasy éprouve quelques difficultés à accéder aux soins de santé et elle a tendance de pratiquer l'automédication au lieu de venir auprès d'un centre de santé. Ce qui nous amène à travers la présente analyse d'aborder « L'éradication de la pratique d'automédication dans le milieu rural: cas de la commune rurale de Sabotsy- Namehana District d'Antananarivo Avaradrano ».

2- Motifs du choix du thème et du terrain :

Dans de nombreux pays en développement, les personnes vivant en milieu rural éprouvent des difficultés pour pouvoir bénéficier de soins médicaux appropriés et de fréquenter des centres de santé. A Madagascar, malgré l'effort fourni par l'Etat à implanter les centres de santé de base, la fréquentation n'a pas beaucoup varié et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants. Ce qui justifiera le choix du présent thème.

Dans notre étude, nous allons limiter le champ de notre analyse dans une circonscription bien définie de la région Analamanga. Sur ceux, ce travail va s'appuyer sur des enquêtes dans les milieux ruraux tels le cas de la commune rurale de Sabotsy Namehana, District d'Antananarivo Avaradrano. L'étude a pour objet de mieux diagnostiquer les problèmes qui entravent l'accès aux soins de santé et la pratique d'automédication des personnes vulnérables vivant en milieu rural.

3- Question de départ :

Tous les centres de santé publics sont faits pour toutes catégories de personnes, or; il existe encore des individus qui pratiquent l'automédication ?

Partout dans le monde, l'individu veut être le seul maître de sa santé. La pauvreté associée à la prolifération du marché des médicaments contrefait ne fait qu'augmenter la pratique d'automédication. De plus, dans les pays en développement comme Madagascar où les zones rurales sont le plus touchées par la pauvreté, les soins médicaux de qualité sont hors de portée de la population soit à cause de l'isolement, soit à cause de leur coût.

4- Fixation des objectifs :

Nombreux sont les objectifs à atteindre autant que les résultats attendus. A travers la présente étude, nous allons mettre les points suivants en exergue.

- A l'instant de la présente étude, nous avons fixé les points suivants en tant qu'objectif général. De prime abord, l'incitation de la population à cesser la pratique d'automédication et d'identifier les facteurs de blocage permettant à la population de ne pas fréquenter les services de santé, mais aussi dans le but de proposer les éventuels axes d'amélioration au système de santé pour la satisfaction des besoins des populations.

- Comme objectifs spécifiques:
 - Corriger l'habitude sur l'automédication et d'orienter leur choix vers les divers services de santé.
 - Proposer des pistes d'interventions pour assurer une meilleure utilisation des services de santé.
 - Valoriser l'importance de l'accessibilité de la population dans la formation sanitaire.

5- Annonce du plan

Pour mieux comprendre et développer notre thème porté sur l'éradication de la pratique d'automédication dans le milieu rural : cas de la commune rurale de SABOTSY NAMEHANA; il est primordial de connaître dans la première partie du devoir le cadrage contextuel, concept théorique et méthodologique, et dans la deuxième partie l'application des choix théoriques sur le terrain et enfin dans la troisième partie l'approche prospective de la résolution de la problématique.

PREMIERE PARTIE :

CADRAGE CONTEXTUEL, CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE

Cette partie sera consacrée au cadrage contextuel, conceptuel et méthodologique de notre étude. Ensuite, elle sera subdivisée en trois grands chapitres que nous allons observer successivement. En premier lieu, nous irons exposer la zone d'étude à connaître la Commune rurale de Sabotsy Namehana en y exposant la monographie et les organisations au sein de la Commune. En deuxième lieu, nous examinerons les concepts de base, les théories, la problématique et les objectifs spécifiques. Et enfin, en troisième lieu l'approche méthodologique que nous avons adoptée tout au long de la recherche.

PARTIE I. CADRAGE CONTEXTUEL, CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE

Chapitre 1. Etats des lieux

Ce chapitre évoquera sur la description du terrain et son approche socio-économique. Autrement dit, nous allons expliquer et développer la monographie de la Commune rurale de Sabotsy Namehana.

MONOGRAPHIE DE LA COMMUNE RURALE DE SABOTSY NAMEHANA



Figure 1. Commune rurale de SAB-NAM, Année 2009

1.1. Présentation générale de la commune

HISTORIQUE DE LA COMMUNE

La Commune rurale de Sabotsy Namehana plus connue en abrégé « SAB NAM » est célèbre par ses « mofo gasy et saosisy », mais aussi dans le temps par son citron d'où l'adage : « Malaza avy any Namehana, nefa tsy mitondra voasary ho an-jaza », « célèbre venant de Namehana, mais n'apporte pas de l'orange pour les enfants ».

NAMEHANA est un lieu dont on peut trouver un « doany » du Roi ANDRIANAMPOINIMERINA.

La légende sur l'origine de la toponymie de la ville a deux versions :

❖ L'une dit qu'autrefois, NAMEHANA s'appelait « NANEHANA » ou « Niantsoana » c'est-à-dire « on y a appelé » ou « on y a fait venir ». Le roi ANDRIANAMPOINIMERINA a fait venir dans cette localité ses subordonnés pour habiter ce lieu qui était alors inhospitalier.

ANDRIANAMPOINIMERINA a fait de cet endroit le chef de cantonnement des colons. Plus tard, lorsque le marché, que le Roi a créé à Ambohiboasary-Namehana, se fut agrandi, il le déplaça sur l'actuelle place à « SABOTSY » (SAMEDI) jour du marché hebdomadaire.

❖ L'autre version raconte que lorsque les soldats du ROI ANDRIANAMPOINIMERINA atteignirent l'effectif de 1000, ils furent pressés d'occuper la colline de Namehana et « presser » veut dire en Malgache « MANAIKA » ou « NAHAMEHANA » ; plus tard, l'écriture par simplification a changé NAHAMEHANA en NAMEHANA et jusqu'à aujourd'hui le lieu s'appelle NAMEHANA et Sabotsy ou samedi, le jour du marché de Namehana, fût devenu le nom de la place du marché. Les deux noms assemblés ont donné SABOTSY NAMEHANA l'actuelle Commune de Sabotsy Namehana.

FICHE SIGNALÉTIQUE DE LA CR SAB/NAM – ANNEE 2011

- Région : Analamanga
- District : Antananarivo Avaradrano
- Commune : Sabotsy Namehana
- Commune urbaine ☐ Commune rurale ☒
- Délimitation :
 - . Au Nord : CR Ambohimanga
 - . Au Sud : CR Ankadikely
 - . A l'Est : CR Manandriana
 - . A l'Ouest : CR Antehiroka

- Superficie: 22 km²
- Traversée par la Route Nationale n° 3
- Nombre de Fokontany : 22 FKT
- Nombre d'Habitants : 63.660
- Densité : 2894 Hab/km²
- Tailles moyennes des ménages : 07
- Taux d'alphabétisation des adultes : 95%
- Santé : 2 CSB II et 1 CHD
- Adduction d'eau potable : insuffisante
- Electrification : Extension (Antanetibe Ambatofotsy)
- Réseau téléphonique : AIRTEL, TELMA, ORANGE
- Brigade de la Gendarmerie: 01
- Economie :
 - . Agriculture : riz, légumes, brèdes, cannes à sucre, patates ...
 - . Elevage : Bovin, porcin, poulet gasy, piscicole...
 - . Mines : Néant
 - . Microfinance : OTIV, CECAM
 - . Banque : Bank Of Africa (B O A)
 - . Marché hebdomadaire : Samedi
 - . Tourisme : Néant
 - . Filières porteuses : riz, légumes, fruits, pisciculture, artisanat, aviculture

Tableau 1. Code du Fokontany

CODE	FOKONTANY	Distance par rapport au chef-lieu de Commune (km)
11	ISAHAF	6
12	LAZAINA	4
13	AMBOHITRINIMANGA	3
14	FARAVOHITRA	3
15	ANOSY AVARATRA	2
16	ANTSOFINONDRY	1
17	AMBODIVONA	1
21	BERAVINA	4
22	BOTONA	3,5
23	AMBOHIDRANO	3,5
24	AMBATOFOTSY	3
25	ANTSAHATSIRESY	2
31	TSARAFARA	1
32	SOANIADANANA	1
33	ATSINANANTSENA	0
34	ANDREFANTSENA	0
41	ANDIDIANA	2,5
42	AMBOHIBARY	2
43	MANARINTSOA	1,5
44	NAMEHANA	1
45	AMORONDRIA	1
46	AMBOHINAORINA	0,5

Source: « Famelona », 2011

Axe Nord : Code commençant par 1.

Axe Est : Code commençant par 2.

Axe Central : Code commençant par 3.

Axe Ouest : Code commençant par 4.

1.2. Données démographiques

La commune de Sabotsy Namehana compte **63 660** habitants répartis inégalement dans les **22** fokontany. La densité moyenne de la population est évaluée à **2 894** habitants par Km². Le taux d'accroissement annuel est de **18,53%** et ceux de natalité et de mortalité sont respectivement de **2,79%** et de **0,65%**. La taille moyenne du ménage est de sept (07).

Tableau 2. Répartition de la population par Fokontany, sexe, classe d'âge

REPARTITION	0 -5 ans		6-17 ans		18-60 ans		> 60ans		SOUS-TOTAL	
SEXE	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
NOMBRE	5539	6121	9093	9293	14184	14009	2631	2820	31447	32213
TOTAL	63 660									

Source : Donnée démographique auprès de la commune de Sabotsy Namehana, 2011

Tableau 3. Evolution de la population des cinq dernières années

Année	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre habitant	34 679	37 212	59 362	62 295	63 660
Naissance	1 298	1 338	1 453	1 221	1 273
Décès	219	198	211	221	233
Taux naissance	4%	4%	2%	1,96%	1,99%
Taux mortalité	1%	1%	0,36%	0,35%	0,36%
Taux croissance	7,31%	59,53%	4,94%	2,20%	

Source : Donnée démographique auprès de la commune de Sabotsy Namehana, 2011

D'après ce tableau, dans cinq ans la commune de Sabotsy Namehana enregistrera une augmentation incessante de la population. En cinq ans elle a doublé. Cette augmentation est engendrée surtout par le fait de l'immigration des gens vers la commune. En fait, poussés par les problèmes socio- économiques dans leurs communes d'origines, ces gens choisissent Sabotsy Namehana pour s'y installer.

On observe un pic de croissance en 2007. Ceci serait dû au développement des moyens de transports qui ont connu un boom en 2006 avec l'entrée des TAXI-BE ; l'amélioration du réseau routier, ainsi que l'explosion démographique du centre-ville

entraînant l'éparpillement de la classe moyenne urbaine vers les faubourgs. L'accroissement des surfaces cultivables ne suivent pas l'explosion démographique, menant à une paupérisation des habitants. Donc cette situation est un facteur de blocage pour le développement de la Commune.

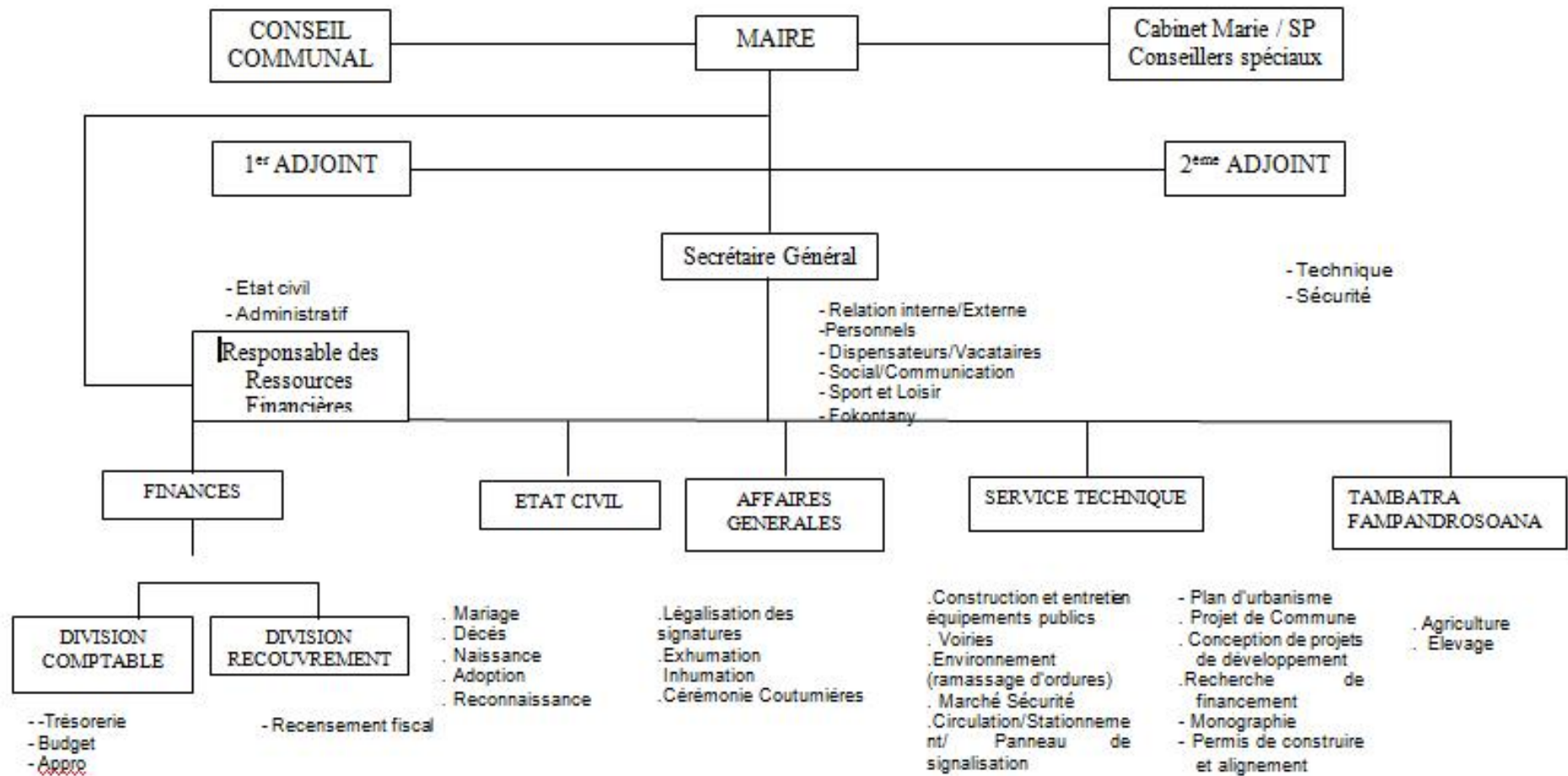
Tableau 4. Répartition du nombre d'habitants par FKT

N°	Nom du FOKONTANY	Nombre d'habitants
1	AMBATOFOTSY	1 727
2	AMBODIVONA	993
3	AMBOHIBARY	1 409
4	AMBOHIDRANO	1 095
5	AMBOHINAORINA	5 876
6	AMBOHITRINIMANGA	2 922
7	AMORONDRIA	3 120
8	ANDIDIANA	1 507
9	ANDREFATSENA	5 210
10	ANOSY AVARATRA	3 115
11	ANTSAHATSIRESY	2 135
12	ANTSOFINONDRY	1 995
13	ATSINANANTSENA	7 238
14	BERAVINA	980
15	BOTONA	721
16	FARAVOHITRA	1 515
17	ISAHAFANA	1 222
18	LAZAINA	1 811
19	MANARINTSOA	1 920
20	NAMEHANA	1 620
21	SOANIADANANA	6 012
22	TSARAFARA	5 219
	TOTAL	59 362

Source: bureau du Fokontany, 2010-2011

ADMINISTRATION COMMUNALE

Organigramme de la commune



Source : PCD SAB-NAM, 2009

Partenaires techniques et financiers :

Tableau 5. Les différents Partenaires techniques et financiers

Partenaires	Types d'intervention
CARE/WASUP	Renforcement des capacités, suivis et évaluations, formation
WATER AID	Facilitation, suivi et évaluation ainsi que formation de formateurs sur l'hygiène et l'utilisation de latrines, pose et mise en place dans chaque Fokontany d'échantillon type de latrines.

Source : « Famelona », 2011

La Commune étant parmi les Communes pilotes, il est normal que les partenaires types de Madagascar participent à son développement. Ce partenariat se concrétise sous forme de formation de formateur. Il est aussi à noter que ces partenariats sont strictement techniques.

Matériels disponibles au niveau de la Mairie :

Tableau 6. Matériels roulants

Désignation	Nombre	Etat
Ambulance	1	Bon
Voiture de service	1	Bon
Camion à ordures	1	Bon

Source: Commune, 2010-2011

La Commune Rurale de SAB-NAM dispose des matériels roulants comme l'ambulance, la voiture de service et le camion à ordures, qui sont encore en bon état.

1.3. Données économiques :

1.3.1 Agriculture :

Tableau 7. Production annuelle

TYPOLOGIE	PRODUIT	Superficie (Ha)	TONNE (T)
Céréales	Paddy	800	1600
Tuberculeuses racines	Manioc	10	50
Légumes	Brèdes	10	30

Source: Fokontany, 2011

Superficie totale cultivée : 820 Ha dont superficie cultivée en riz : 800 Ha

Nombre de retenues d'eaux (barrage) : 03 dont fonctionnelles : 02

Superficie totale irriguée : 800 Ha

Superficie aménageable : 100 Ha

1.3.2 Elevage :

En parlant de l'élevage, il est encore au stade familial d'où les problèmes de quantité et de qualité. On peut estimer l'effectif du cheptel comme suit:

Tableau 8. Effectif de cheptel (Année 2010-2011)

DESIGNATION	NOMBRE
Bovin	550
Vache laitière	200
Porcin	880
Volaille	3 500

Source: Fokontany, 2011

Comme tout élevage non professionnel, il existe de nombreuses traces de maladies qui affectent la population animale (bilharziose, peste porcine africaine PPA, mareck, bérubéries). Depuis l'arrivée d'un opérateur avicole (AVITEC) dans la Commune, le nombre d'élevages de volaille a connu un essor considérable.

Malgré les nombreuses demandes afin de créer un marché de bœufs hebdomadaire, la commune est dépourvue de cette infrastructure, faute de place adéquate.

En conséquence, les grossistes bouchers doivent se déplacer à Talata Volonondry, Ambositra, Fianarantsoa, Tsiroanomandidy pour s'approvisionner. Cela entraîne une augmentation conséquente du prix de viande sur le marché.

La pisciculture est aussi un réseau d'élevage exploitable que peu de gens pratiquent, or; on observe une forte demande au niveau du marché local. Son extension et amélioration s'avèrent bénéfique pour les habitants intéressés. Une formation annuelle organisée par la commune en élevage piscicole est d'ailleurs envisageable pour encourager et professionnaliser les éleveurs.

1.3.3 Artisanat :

On trouve dans la commune deux principaux produits d'artisanat :

- Artisanat d'art : Art Batik, maroquinière, poterie
- Artisanat de production: vannerie, broderie

Officiellement on dénombre deux associations ayant chacune une vingtaine de membres. Jusqu'ici, on n'a pas encore reçu de réclamation sur les matières premières, car chaque artisan s'adapte à leur situation.

1.3.4 Transport :

Vu sa situation géographique, il n'existe qu'un seul type de transport : Transport terrestre.

- Les 3 coopératives (FAFIAVA, KOFIFIMA, TAXI communal) qui transportent environ 151 200 passagers par an.
- Les transports de marchandises effectués par des camions, des camionnettes, des charrettes, ou à dos d'homme.

A cause de mauvais état des infrastructures routières, les transports motorisés ne desservent certains Fokontany (Andidiana, Botona, Ambohindrano, Isahafa, Ambohitrinimanga).

1.3.5 Commerce :

Tableau 9. Nombre de commerçants

DESIGNATION	NOMBRE
Commerçants grossistes	5
Commerçants détaillants	172
Gargote	66
Boucherie	26
Quincaillerie	27
Autres	46

Sources: Commune, 2010-2011

Nombreux sont les commerçants existés dans la Commune Rurale de SAB-NAM, mais les commerçants détaillants occupent la première place.

1.3.6 Tourisme:

Malgré le nombre important de sites touristiques au niveau de la commune dont : « *doany* » de Namehana, patrimoine situé à Lazaina, tombeau de deux célèbres écrivains : J.J RABEARIVELO sis à Ambatofotsy et l'écrivain Samuel RATANY ; ces potentiels restent encore inexploités. Ni agence touristique, ni guide touristique ne travaillent dans la Commune. Par manque de personnes de bonnes volontés, il n'existe pas encore de syndicat d'initiative permettant d'exploiter ce potentiel touristique.

1.3.7 Industries:

Tableau 10. Les différents types d'industries

NATURE	DENOMINATION	LIEU	NOMBRE	
			2010	2011
BOIS	MESA	Anosy Avaratra	1	1
TEXTILE/CONFECTION	FESTIVAL/MBOLA IZY	Anosy Avaratra	2	2

Source: Fokontany, 2010-2011

1.3.8 Route :

Malgré leur mauvais état, les routes sont praticables toute l'année :

- Dont : R.N. (Route nationale) : 04,5 km
- R.I.P. (Route d'Intérêt provincial) : 0 km
- R.I.C. (Route d'Intérêt communale) : 39,64 km
 - Bitumées : 16,5 km
 - Non bitumées : 23,14 km
- Ruelle : 40Km

1.3.9 Télécommunications :

Tous les types de téléphones, mobiles ou fixes existent dans la Commune ainsi que le fax, Internet, l'e-mail, le BLU (utilisé par la gendarmerie).

1.4. Données sociales :

On ne dénombre dans la Commune qu'une seule tradi-praticienne, s'il n'y a pas de guérisseur, ni de matrone. Ceci est le reflet du nombre conséquent de cabinets médicaux privés ainsi que deux CSB et un CHD.

Médecine traditionnelle : 01

Nombre de guérisseurs : 00

Nombre de renin-jaza : 00

Tableau 11. Les principales causes de morbidité

CSB Sabotsy Namehana	2007	2008	2009	2010
Paludisme confirmé	45	11	3	1
(%)	0,87%	0,16%	0,04%	0,01%
Diarrhées	183	160	183	135
(%)	3,52%	2,39%	1,66%	1,40%
IRA	4406	5823	6960	7227
(%)	84,76%	87,01%	88,56%	88,74%
MST	84	108	110	96
(%)	1,62%	1,61%	1,40%	1,18%
Infections cutanées	480	590	642	685
(%)	9,23%	8,82%	8,17%	8,41%
TOTAL (%)	100	100	100	100

Sources: Commune, 2010-2011

Dans le tableau relatant les principales causes de morbidité sur le cas du paludisme, on note deux pics : celles de l'année 2007 (47,25%) ainsi que l'année 2010 (52,74%). Ces deux cas s'expliquent qu'avant 2007, on a commencé la lutte contre le paludisme. Mais à cause de la crise politique qui a sévi dans tout le pays, cette lutte a diminué entraînant le retour en force de la maladie.

Chapitre 2. Repères théorico-conceptuels

Dans ce présent chapitre, nous y exposerons le cadrage théorique et les différents concepts, puis nous présenterons la problématique en vue de dégager les hypothèses sur la pratique d'automédication.

2.1. Cadrage théorique

Dans cette étude, nous nous intéressons sur l'approche structuralisme, en général, c'est un ensemble de courants de pensées holistes apparus principalement en sciences humaines et sociales au milieu du XX^e siècle.

D'après les marxistes, les sociétés se structurent à partir des productions économiques. C'est-à-dire que ces productions organisent la société en créant de différentes classes opposantes. La lutte des classes est une théorie qui explique les enjeux et les tensions dans une société divisée en classes sociales, chacune luttant pour sa situation sociale et économique. La lutte des classes est un concept majeur de la philosophie politique marxiste, qui cherche à rendre compte des enjeux historiques et des tensions économiques au sein d'une société divisée en deux classes sociales antagonistes.

Marx a développé cette idée dans son ouvrage, *le manifeste du parti communiste*¹ : « L'histoire de toute société jusqu'à nos jours n'a été que lutte de classe. Hommes libres et esclaves, patriciens et plébéiens, barons et serfs, maîtres de jurandes et compagnons, en un mot oppresseurs et opprimés, en opposition constante, ont mené une guerre ininterrompue, tantôt ouverte, tantôt dissimulée, une guerre qui finissait toujours ou par une transformation révolutionnaire de la société tout entière, ou par la destruction des deux classes en lutte (...). Le caractère distinctif de notre époque, de l'ère de la bourgeoisie, est d'avoir simplifié des oppositions des classes. De plus en plus, l'ensemble de la société se divise en deux grands camps ennemis, en deux grandes classes directement opposées : la bourgeoisie et le prolétariat »

Selon Marx, il n'y a que deux classes antagonistes : classe oppresseur et classe opprimée. Mais dans notre étude pour mieux analyser la société malgache, nous complétons les deux classes antagonistes en insérons la classe intermédiaire.

¹ KARL MARX et FRIEDRICH ENGELS : « *le manifeste du parti communiste* » ; Ed Flammarion ; 1848 ; p5-8

2.2. Conceptualisation

2-2-1 Structure générale du système de santé à Madagascar

La structure générale de système de santé comporte des cadres hiérarchiques présentées par la figure 2 ci-dessous sous forme de pyramide.

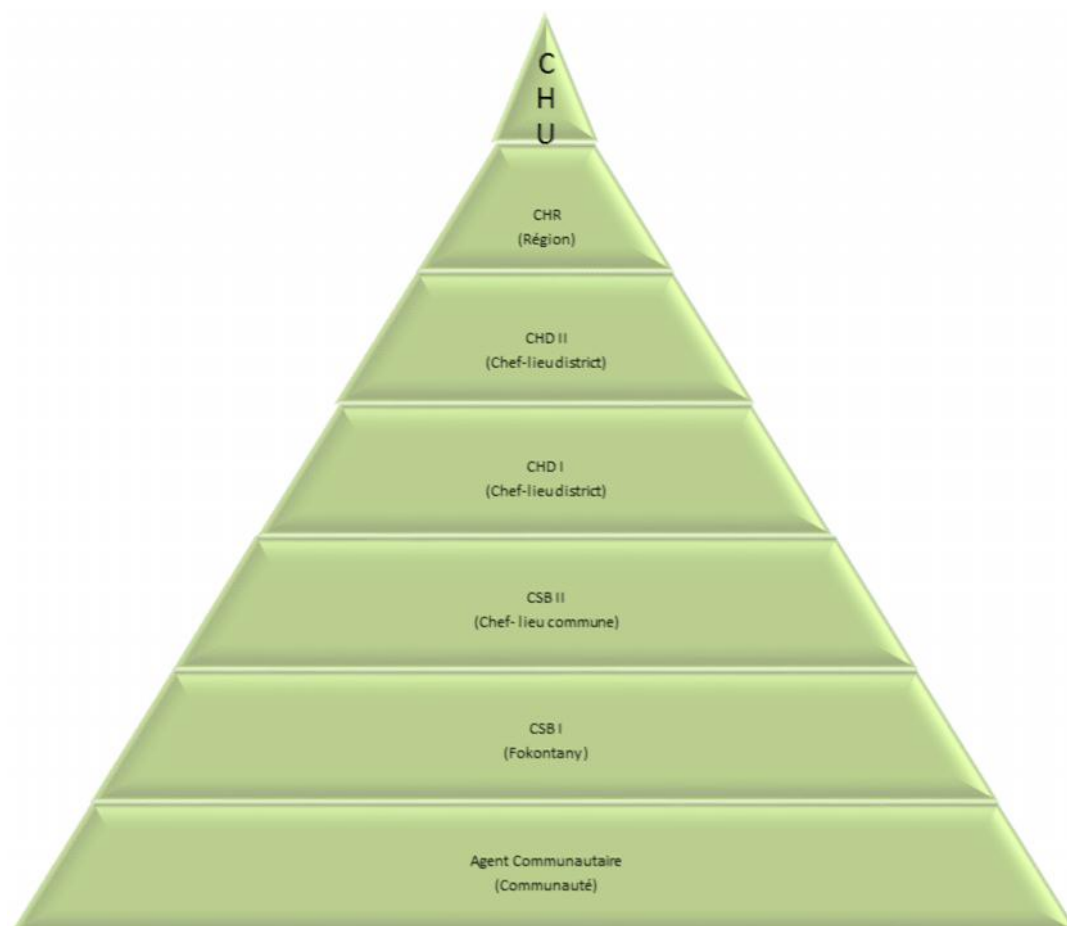


Figure 2. Pyramide des structures de soins

Source : Profil du système national de santé à Madagascar, année 2004.

2-2-1-1 les agents communautaires

A la base de cette pyramide, les agents communautaires, sorte de sentinelles du réseau de soins, orientent les patients vers les établissements adéquats. On peut les trouver jusque dans les villages les plus reculés. Ils jouent également un grand rôle dans la prévention.

2-2-1-2 les centres de santé de base

Dans les communes, le centre de santé de base de niveau I (CSB I) ne dispose que de quelques lits et est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat. Il consulte et peut délivrer une ordonnance avec laquelle le patient achètera des médicaments à la pharmacie du CSB I, tenue par un dispensateur. L'infirmier peut être secondé d'un ou deux « servants » qui remplissent à la fois les fonctions d'aides-soignants, d'assistants, d'infirmiers de garde, d'agents de nettoyage, de jardiniers – lorsqu'il n'y en a pas de prévu dans le budget du CSB I – et peuvent même mener des consultations lorsque l'infirmier est absent.

Les communes plus peuplées sont dotées quant à elles de CSB de niveau II. Ces centres sont sensiblement identiques aux CSB I, à la différence que c'est un médecin qui en est responsable. Ils possèdent de plus une plus grande capacité d'accueil, atteignant théoriquement une vingtaine de lits.

2-2-1-3 les centres de Référence de premier recours

Dans les chefs-lieux de district de faible importance démographique se trouvent des centres hospitaliers de district de niveau I (CHD I), dirigés par un médecin-chef. Le CHD I, en plus de la quarantaine de lits qu'il propose, est doté d'une maternité, d'un laboratoire d'analyse, d'une pharmacie (PHA.G.DIS). La maternité est dirigée par une sage-femme, assistée d'une ou plusieurs servantes, voire d'accoucheuses traditionnelles – sages-femmes expérimentées, mais sans formation. Quant au laboratoire et à la pharmacie, ils sont tenus, respectivement, par un laboratin et par une dispensatrice, en plus on trouve régulièrement un dentiste qui dépend du CHDI.

On peut observer aussi des centres hospitaliers de district de niveau II (CHD II) dont les chefs-lieux sont de plus grandes importances. Mis à part la capacité d'accueil encore renforcée, la principale différence avec le CHDI est la présence d'un bloc opératoire, tenu par un ou plusieurs chirurgiens. On peut également y rencontrer quelques spécialistes tels que des ophtalmologues ou encore des radiologues, ainsi des matérielles d'échographies mêmes de scanner.

2-2-1-4 les centres de références régionales

Dans les chefs-lieux de région se trouvent de grands hôpitaux, appelés les centres hospitaliers de référence (CHR), dirigée par des médecins inspecteurs. Ces structures comportent de nombreux lits et de plusieurs spécialistes y exercent.

2-2-1-5 les Centres de Référence Nationale

Les Hôpitaux de 2^{ème} référence sont composés du groupe CHU d'Antananarivo et de Mahajanga. Ce sont des Hôpitaux de Référence Nationale et lieux de formation universitaire initiale et postuniversitaire. Ils assurent l'encadrement des hôpitaux de premier et deuxième recours. Pour un meilleur équilibre régional, l'hôpital provincial de Toamasina a été promu au niveau de CHU.

2-2-2 Définition de système de santé

Selon l'OMS, le système de santé se définit comme étant l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que les institutions et les activités destinées à assurer la promotion, la protection, la restauration et la réhabilitation de la santé de la population. Rapport sur la santé dans le monde en 2002.

D'emblée, les besoins fondamentaux de l'homme en matière de santé sont partout les mêmes. Cependant, le climat, l'environnement, les conditions économiques, historiques et culturelles sont des indices d'identifications qui individualisent la vie sociale d'une population à une autre et d'un pays à l'autre. Par conséquent, la politique adoptée par chaque pays est diverse ; donc divers systèmes de santé existent.

La raison d'être du système de santé est donc l'amélioration de la santé et l'équité par rapport à la fourniture de soins de qualité.. Profil du système national de santé de Madagascar en 2004, par l'OMS.

2-2-3 Définitions sur les santés

Selon l'OMS (22juillet1946), « **la santé** est un état complet de bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

Sans renoncer à cette définition de la santé de 1946, l'OMS l'a fortement modulée en 1986, lors de l'adoption de la charte d'Ottawa. « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe doivent pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. »

La santé communautaire, elle doit viser à l'épanouissement complet des hommes dans leur milieu en tant qu'individu, mais aussi comme membre d'une famille et d'une communauté.

La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité.

L'automédecation est en général désigne le fait pour un patient d'avoir recours à un ou plusieurs médicaments de prescription médicale facultative, dispensés dans une pharmacie et non prescrits par un médecin. Elle a été définie en France par le conseil de l'ordre des médecins comme l'utilisation hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative.

Selon Larousse **l'éradication** est un nom féminin, vient du verbe premier groupe éradiquer qui signifie supprimer définitivement, action d'extirper complètement.

2-2-4 les différents types de soins à Madagascar

En général, on peut proposer trois types de soins :

- La médecine traditionnelle
- La médecine moderne
- Autres modes de soins de santé

La médecine traditionnelle :

La médecine traditionnelle ²est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Habituellement, c'est la médecine contemporaine qui utilise des soins de santé naturels.

La médecine moderne :

En général, c'est la science et la pratique étudiant l'organisation du corps humain (anatomie), son fonctionnement normal (physiologie), et cherchant à restaurer la santé par le traitement (thérapie) et la prévention (prophylaxie) des pathologies. Elle utilise la recherche et les technologies biomédicales pour diagnostiquer et traiter les blessures et les maladies, généralement à travers la prescription de médicaments, la chirurgie ou d'autres formes de thérapies.

Les autres modes de soins de santé :

Outre les médecines modernes et traditionnelles, il existe encore des autres modes de soins de santé ³comme ceux fournis par le IMRA, et HOMEOPHARMA, etc.

HOMEOPHARMA, en héritant des pratiques ancestrales depuis plus de 200 ans et en puisant dans une source de savoir alliant tradition et science, innove sans cesse dans le domaine du bien-être et de la santé.

² OMS : « Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle » publiés en 2000

³ Le journal des femmes in Santé-Médecine.fr

L'IMRA, Institut Malgache de Recherches Appliquées, est un centre de recherche en biochimie créé par l'un des plus éminents scientifiques du pays.

2.3. Problématisation et formulation des hypothèses

Pourquoi la plupart des populations malgaches vivant en milieu rural pratiquent l'automédication ?

Les hypothèses à notre étude se construisent comme suit :

- Aspect géographique : en effet, les paysans pratiquent l'automédication au vu de la distance, l'existence des hôpitaux ou les grands services adéquats sont quasiment absents. L'inexistence des centres de santé et leurs proximités par rapport aux populations cibles influent sur la pratique de l'automédication.
- Aspect financier : le manque de revenu favorise la pratique d'automédication chez les populations vulnérables.
- Aspect socioculturel : la tradition, la religion et les autres formes d'automédications semblent encore dominantes.

2.4. Détermination des objectifs spécifiques

Pour parvenir à l'objectif général qui met en valeur l'incitation de la population à cesser la pratique d'automédication, il faut :

- Corriger l'habitude sur l'automédication et d'orienter leur choix vers les divers services de santé.
- Proposer des pistes d'interventions pour assurer une meilleure utilisation des services de santé.
- Valoriser l'importance de l'accessibilité de la population dans la formation sanitaire.

Chapitre 3. Méthodologie de recherche

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser à la méthodologie de recherche que nous avons utilisée durant le stage pour bien mener à la réalisation de l'enquête. La notion de méthodologie de la recherche désigne l'ensemble des règles, étapes, et procédures auxquelles on a recours pour saisir les objectifs étudiés.

3.1. METHODES ET TECHNIQUES

Dans le cadre de notre recherche, nous avons employé plusieurs méthodes et techniques pour vérifier les hypothèses que nous avons posé au départ tels que la documentation, l'observation, l'enquête sur terrain, etc. Pour réaliser l'étude, l'approche multidisciplinaire et participative ont composé notre méthodologie de base. Cette approche consiste à consulter des ouvrages, la collecte d'information, l'élaboration des questionnaires, la réalisation d'entretien comme outils d'investigation⁴ pour recueillir les informations nécessaires auprès des différents acteurs concernés par le sujet d'étude.

Pour effectuer une enquête, et pour servir aux enregistrements des données et informations, on a utilisé davantage outils matériels comme le bloc note, stylo, téléphone, magnétophone, appareil photo...

- Documentations :

La documentation⁵ nous a aidés à mieux orienter notre étude. Elle consiste à analyser les différents textes et documents. Cette technique nous permet également de promouvoir notre connaissance théorique et connaissance générale relative à notre sujet. Notamment les ouvrages, les mémoires et les travaux antérieurs qui permettent d'enrichir nos connaissances sur le sujet d'étude.

⁴ BERNARD DANTIER: « *Outils de l'enquête sociologique et enquête sur les outils méthodologiques* » ; Ed Paris ; 1967 ; p135- 151

⁵ BLANCHET et GOTMAN : « *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* » ; Ed Paris, A. Colin 2^e édition ; 2010 ; p39

- Vivantes :

- Observation

Pour connaître les positions du public à propos de notre sujet, nous devons examiner leur comportement. L'observation directe du comportement⁶ est l'une des techniques de recueil de données les plus utilisées en sciences humaines, que ce soit à des fins scientifiques ou professionnelles. Elle est une technique qui va nous aider à vérifier dans la pratique des lieux. Dans cette recherche, on reste toujours éveillé de notre rôle pendant l'investigation sur le terrain. Cette technique est destinée à nous faire percevoir différemment les choses, à en avoir une image plus rigoureuse.

- Entretien

Les techniques d'entretien font, parties d'un grand ensemble qu'on appelle enquêtes qui elles-mêmes auront fait, l'objet d'un choix parmi différentes méthodes. Les informations collectées ont été complétées par des interviews structurées avec des prestataires des soins de santé afin de recueillir également leurs considérations au sujet de l'utilisation des services de santé. Nous avons à ce sujet fait recours à des entretiens ouverts avec différents types d'interlocuteurs notamment, les autorités sanitaires communales, les divers responsables auprès du ministère de la santé, les équipes au sein des centres de santé de base.

- Questionnaire:

C'est une méthode utilisée pour recueillir des informations et de même un instrument de recherche qui permet de recueillir des informations précises sur la manière de penser, d'agir et de sentir d'un groupe ou d'une catégorie d'individu. Ce questionnaire comporte des questions à choix multiples, des questions fermées et quelques questions ouvertes. On a effectué des nombreux questionnaires, dont 25 questions posées pour les populations cibles, c'est-à-dire qui pratiquent l'automédication et 32 pour les responsables de centre de santé.

⁶ HIROKO: « *les techniques d'observation en sciences humaines* » ; Ed A. Colin; Paris ; 2008 ; p5

- Echantillonnage :

Pour cette recherche, nous avons procédé une étude minutieuse des caractéristiques de la population d'ensemble et de leur distribution tout en respectant les spécificités qui ont directement trait aux objectifs de recherche.

On a combiné deux (2) méthodes d'échantillonnage probabiliste. D'une part la méthode d'échantillonnage aléatoire simple. Il s'agit de donner à chaque membre d'une population une chance égale d'être incluse à l'intérieur de l'échantillon, et chaque combinaison de membres d'une population a aussi une chance égale de composer l'échantillon. Ici, on laisse le hasard à décider les individus à interroger.

Et d'autre part, nous avons adopté la méthode d'échantillonnage aréolaire, elle consiste à quadriller un territoire ou une population sur lesquelles doit porter l'enquête, et avec des unités zones géographiques, puis à tirer au sort les aires ainsi délimitées. Pendant l'investigation sur le terrain, on a enquêté soixante (60) personnes, dont le nombre, des enquêtés se répartissent comme suit :

Tableau 12. Typologie des enquêtés

Catégories	MEDECIN	POPULATION CIBLE	AUTORITE PUBLIQUE	TOTAL
Effectif	5	50	5	60

Source : enquête personnelle, mai 2016

CONCLUSION PARTIELLE

La Commune rurale de SAB-NAM compte 63 660 habitants répartis inégalement dans 22 Fokontany sur une superficie de 22Km². Les trois centres de santé publique sont : deux CSBII et un CHD, qui se situent au centre et aux alentours de la Commune, et sont très éloignés de la population très vulnérable et enclavée. Les étapes de la recherche ont abouti à trois différents aspects : géographiques, financiers et socioculturels qui s'accompagnent à la problématique, et évoquent une réalité sur la zone d'étude.

DEUXIEME PARTIE :

APPLICATION DES CHOIX THEORIQUES SUR LE TERRAIN

Dans cette deuxième partie, nous représentons en premier lieu, les résultats obtenus pendant l'investigation sur le terrain. En second lieu, nous analysons les autres raisons qui poussent les paysans à pratiquer l'automédication. Et pour terminer cette partie, nous observons une synthèse pour vérifier la validation des hypothèses que nous avons formulées au départ.

PARTIE II. APPLICATION DES CHOIX THEORIQUES SUR LE TERRAIN

Chapitre 4. Résultats de l'investigation sur le terrain

En profitant de nos méthodes et techniques que nous avons utilisées, nous avons recueilli tant d'informations pendant le stage. La pratique d'automédication est déterminée par une multitude de facteurs de nature très diverse. Les obstacles majeurs à la fréquentation des centres de santé sont regroupés dans les aspects géographiques, financiers, et socioculturels.

4.1. aspects géographiques

Selon l'enquête auprès des personnes cibles, un éloignement entre des centres de santé et le milieu de résidence a été constaté, et représenté par le tableau ci-après.

Tableau 13. Distance entre CSB II et CHD d'Anosy-Avaratra par rapport aux FKT environnants

NOM DU FKT	DISTANCE EN km ENTRE LE FKT ET LA COMMUNE	INFRASTRUCTURE ROUTIERES	DISTANCES-EN KM ENTRE FKT ET CSB II et CHD Anosy-Avaratra
ISAHABA	6	B/P/S	4
LAZAINA	4	B/P/S	2
AMBOHITRINIMANGA	3	B	1
FARAVOHITRA	3	B/S	1
ANOSY-AVARATRA	2	B	0
ANTSOFINONDRY	1	B	0,5
AMBODIVONA	1	B/S	0,5

Sources : PCD communal, 2011

La commune rurale de SAB-NAM est composée de vingt-deux (22) Fokontany. Ces localités sont réparties au sein de la commune comme suit : les FKT d'Isahafa, Lazaina, Ambohitrinimanga, Faravohitra, Anosy Avaratra, Antsofonondry, et d'Ambodivona délimitent la commune au Nord ; ce sont des localités comme des périphéries de ladite commune. Les chiffres ci-après démontrent la distance considérable entre ces localités et le centre de santé de base de la commune. Le fokontany d'Isahafa se situe à 6 km du siège communal, à cet effet il existe un écart considéré entre ladite localité

et la commune principale. Toutefois, ladite zone n'éprouve pas une difficulté majeure en matière de centre santé, puisque dans la localité d'Anosy-Avaratra non loin de ces fokontany, on peut y trouver le CHD et le CSB II. Cependant, les infrastructures routières dans ces zones ne sont pas assez performantes et praticables, ce qui constitue un motif justifié à l'inaccessibilité aux centres de santé.

Tableau 14. Distance entre CSB II Sabotsy Namehana par rapport aux FKT environnants

NOM DU FKT	DISTANCE EN km ENTRE LE FKT ET LA COMMUNE	INFRASTRUCTURE ROUTIERES	DISTANCE EN KM ENTRE FKT ET CSB II Sabotsy Namehana
BERAVINA	4	B/S	4
BOTONA	3,5	B/S	3,5
AMBOHIDRANO	3,5	B/P/S	3,5
AMBATOFOTSY	3	B/S	2
ANTSAHATSIRESY	2	B	2
TSARAFARA	1	B/S	1
SOANIADANANA	1	B/P/S	1
ATSINANANTSENA	0	B/P	0
ANDREFATSENA	0	B/P	0
ANDIDIANA	2,5	B/P/S	2,5
AMBOHIBARY	2	B/P/S	2
MANARINTSOA	1,5	B/P	1,5
NAMEHANA	1	B/P	1
AMORONDRIA	1	B/S	1
AMBOHINAORINA	0,5	B/P	0,5

Sources : PCD communal, 2011

Concernant l'infrastructure routière, la commune de SAB-NAM comprend trois (3) types de routes : « bitumées, pavées, et secondaires ». Partant de la commune jusqu'à chaque FKT, la majorité des routes est secondaire. Ce qui engendre le problème de déplacement comme le transport. Or, la plupart des malades ne se déplacent pas seul, plus la distance est longue plus le déplacement est coûteux, donc les populations sont tentées de faire l'automédication.

En outre, la commune de SAB-NAM est composée de trois (3) centres de santé publique, un (1) CSBII et un (1) CHD se trouvent à Anosy Avaratra. Suivant ces tableaux, la distance entre le FKT d'Anosy Avaratra et le centre de santé le plus proche est de zéro (0) Kilomètre ; et un (1) autre CSBII se situe à SAB-NAM dont le centre de santé le plus proche de la majorité de chaque FKT.

4.2. Aspects financiers

La majorité des populations rurales pratiquent l'automédication, car elles rencontrent de grandes difficultés d'ordre financier dû notamment à la situation de leur travail, mais aussi à cause du manque d'instruction. On a enquêté cinq (5) FKT dans la commune de SAB-NAM, le FKT d'Andidiana, Ambohibary, Manarintsoa, Namehana et Amorondria, puisqu'on trouve des nombreuses populations cibles dans ces FKT.

Tableau 15. Répartition entre le niveau d'instruction et la classe sociale

		NIVEAU D'INSTRUCTION				
		Analphabète	Primaire	Secondaire	Supérieure	Total
CLASSE SOCIALE	Classe moyenne ou classe intermédiaire	0	17	14	11	42
	Classe dominée	3	13	12	0	18
	Total	3	30	16	11	60
	Pourcentage	5	50	26,67	18,33	100

Source : enquête personnelle, mai 2016

La base de notre enquête est constituée de soixante (60) individus. A partir de cette enquête, on peut déduire que 5% des enquêtés sont analphabètes, 50% ayant le niveau d'instruction primaire, 26,67% pour celui de secondaire et 18,33% ont le niveau supérieur.

D'après le calcul du V de cramer est égal 0,51% nous pouvons affirmer qu'il y a une association statistique forte entre les deux variables.

Etant donné que notre enquête s'est portée dans le milieu rural de la commune de SAB-NAM, la majorité des populations rurales ont le niveau d'instruction primaire et ayant la classe moyenne, par conséquent elles n'ont pas la possibilité de se faire soigner face aux maladies. Puisque dès leur plus jeune âge, les enfants des campagnes sont défavorisés, car ils sont les plus souvent obligés d'abandonner leur scolarité et d'aider ses

parents à subvenir dans la famille. Or, l'éducation est la garantie d'un meilleur niveau de vie.

Tableau 16. Répartition entre secteur d'activité économique et classe sociale

		SECTEUR D'ACTIVITE				
		Primaire	Secondaire	Tertiaire	Autres	Total
CLASSE SOCIALE	Classe moyenne ou classe intermédiaire	23	7	6	2	38
	Classe dominée	12	3	7	0	22
	Total	35	10	13	2	60
	Pourcentage	58,33	16,67	21,67	3,33	100

Source : enquête personnelle, mai 2016

Ce tableau nous montre que presque 60% des enquêtes se concentrent dans le secteur primaire (soit 58,33%), 16,67% sont issues du secteur secondaire, 21,67% sur le tertiaire et 3,33% exercent des activités informelles.

Le calcul du V de cramer donne un résultat égal 0,22%, ce qui indique une association statistique moyenne entre les variables secteur d'activité et classe sociale. Autrement dit, le fait d'exercer une activité dans un secteur ne détermine que moyennement la classe sociale de provenance d'un individu.

La majorité de la population rurale se concentre dans le secteur primaire en l'occurrence, l'Agriculture. Parce que de générations à génération, les paysans héritent de leur ancêtre une vaste terre à cultiver. Mais face à leur faible capacité intellectuelle, qui se trouve être insuffisante, les paysans sont obligés de puiser sur l'agriculture la majorité de leur source de revenus. Cependant, comme partout à Madagascar, les sources de revenus issue de l'agriculture sont moindre et ne parvient pas à subvenir au besoin des ménages ruraux. Or, les considérations financières sont relativement importantes afin de justifier les décisions d'avoir recours au traitement médical.

Tableau 17. Quelques échantillonnages des paysans avec leur budget des ménages

BUDGET DE MENAGE PRENOMS & SEXES	NOMBRE D'ENFANT A CHARGE	REVENUS	ALIMENTS	SANTE	EAU + ELECTRICITE	ECOLAGE
Ventso (femme) 19 ans	1	60000Ar/ mois	12000Ar / mois	500Ar / mois	puits 2000Ar/ mois	
Viviane (femme) 30 ans	3	120000Ar/mois	70000Ar / mois		1000Ar/mois 4000Ar/ mois	public
Jeanette (femme) 26 ans	2	11000Ar/ mois	6000Ar / mois		puits 2000Ar/mois	public
Noeline (femme) 44 ans	4	170000Ar/mois	60000Ar / mois	500Ar/ mois	puits 5000Ar/ mois	public
Liva (femme) 32 ans	2	200000Ar/mois	15000Ar/ mois		puits 3000Ar/mois	public privé (15000Ar/mois)
Tojo (homme) 20 ans	célibataire	30000Ar/ mois	10000Ar/ mois		puits 1000Ar/ mois	
Jean (homme) 54 ans	3	240000Ar/mois	45000Ar/ mois	2000Ar/ mois	6000Ar 30000Ar/ mois	privé (60000Ar/ mois)
Zo (homme) 27 ans	célibataire	30000Ar/ mois	15000Ar/ mois		puits 1000Ar/ mois	
Luc (homme) 25 ans	1	60000Ar/ mois	10000Ar/ mois		puits 2800Ar/mois	
Njiva (homme) 37 ans	2	100000Ar/mois	15000Ar/ mois	500Ar/ mois	puits 5000Ar/mois	public

Source : enquête personnelle, mai 2016

D'après ce tableau d'échantillonnage des revenus de ménage issus des populations rurales, les principales charges dont ils doivent supporter mensuellement sont constituées des dépenses en nourritures et le paiement des fournisseurs en eau et électricité. D'autres

constats qu'on peut tirer de ce tableau, c'est que des paysans se rémunèrent davantage que d'autre avec une somme allant jusqu'à 240000Ar/mois et également des paysans, la majorité, avec un faible revenu voire 11000Ar/mois. Avec de tels revenus, impossibles pour eux de constituer des épargnes pour faire face aux éventuelles dépenses imprévues ou encore pour investir dans des actifs productifs afin d'améliorer leurs revenus.

La proportion des dépenses totales consacrées aux services de santé, constitue un des facteurs déterminants l'accès aux soins et d'éviter l'automédication. Bien entendu, il s'agit ici d'un domaine subjectif, étant donné qu'il n'existe pas de montant « juste » ou « abordable » à dépenser pour les soins de santé : la dépense totale dépend des besoins en matière de santé, de l'accessibilité aux différentes sources de prestation et des coûts.

4.3. Aspects socioculturels

Force est de signaler que ce ne sont pas les raisons précédentes les seules raisons qui poussent les gens à faire l'automédication, mais bon nombre de paysans font davantage confiance aux guérisseurs traditionnels qu'aux médecins.

Tableau 18. Répartition entre nombres d'individus enquêtés par FKT et les différents types de soins

		TYPES DE SOINS			
		Moderne	Traditionnel	Autres	Total
NOMBRE D'INDIVIDUS ENQUETES PAR FKT	Andidiana	5	12	0	17
	Ambohibary	6	8	1	15
	Manarintsoa	4	3	1	8
	Namehana	6	2	2	10
	Amorondria	5	4	1	10
	Total	26	29	5	60
	Pourcentage	43,33	48,33	8,34	100

Source : enquête personnelle, mai 2016

D'après ce tableau, nous pouvons déduire que plus de 91% des individus enquêtés utilisent soit la méthode moderne c'est-à-dire le recours à la médecine moderne et à la méthode traditionnelle qui regroupe l'usage des plantes soient les proportions en pourcentage de 43,33% et 48,33%. Le reste représentant les 8,34% choisit d'autres méthodes de soin comme ceux fournis par l'IMRA (Institut Malgache des Recherches Appliquées). Mais force est de constater que presque 50% des gens pratiquent la médecine traditionnelle (48,33%). Le fokontany d'Andidiana en témoigne de ce large pratique, 12 individus parmi les 17 enquêtés se penchent pour l'usage de moyen de soin traditionnel.

Avec, V de cramer égal à 0,36%, on peut affirmer qu'il existe une association d'intensité forte entre ces deux (2) variables. Plus le nombre d'individus enquêté par FKT augmente, plus on obtient des informations que ces individus utilisent les méthodes traditionnelles.

D'ailleurs, on peut en déduire également que plus les FKT s'éloignent du centre de santé, plus les individus ne se soignent qu'avec des méthodes traditionnelles. En leur demandant une explication sur la pratique des méthodes traditionnelles, certains ont peur des effets secondaires en prenant des médicaments chimiques.

Tableau 19. Les comportements pris lors d'une atteinte des maladies

Opinion	Fréquentation de centre de santé	Automédication	Autres
Effectif	21	34	5
Pourcentage	35	56,67	8,33

Source : enquête personnelle, mai 2016

D'après ce tableau, 35% des enquêtes fréquentent des centres de santé lors d'une atteinte des maladies, 56,67% pratiquent l'automédication et 8,33% utilisent d'autres méthodes voire la religion. En général, la majorité des paysans enquêtés pratiquent l'automédication. Et ce mode de comportement se transmet de génération à génération. Il y a des gens qui, de leur vivant, n'ont jamais fréquenté un cabinet médical et qui préfèrent s'abstenir en cas de maladie plutôt que d'aller consulter un médecin.

Les médicaments peuvent être des produits dangereux s'ils ne sont pas utilisés à bon escient. Et conjugué au manque de moyen financier des ménages ruraux, certains patients se réfèrent aux mêmes prescriptions en cas de symptômes similaire de maladie. Cette tendance est fréquente dans les ménages pauvres malgaches, mais celles-ci sont fortement ancrées en milieu rural.

La médecine traditionnelle fait partie de la vie quotidienne du ménage malgache. Elle est favorisée par la coutume. La médecine traditionnelle est une pratique parmi les types de soins qu'utilisent les guérisseurs pour soigner ses patients. Cette attitude est partagée et améliorée par les pharmacopées traditionnelles.

Devant l'actualité en ce jour sur la prolifération des différentes religions, multiples sont les personnes persuadées aux croyances, et elles ont la fois de guérir quelque soit ses maladies. Donc au lieu de parcourir dans les formations sanitaires, elles préfèrent de prier ou même consulter des genres de personnes comme pasteur...

Chapitre 5. Autres facteurs favorisant la pratique d'automédication

A part les obstacles rencontrés dans les aspects de la zone d'étude précédente, autres obstacles peuvent être également apparues. Les problèmes existés au sein de CSB et les problèmes aperçus par les patients.

5.1. Obstacles internes liés au service de centre de santé

Les raisons liées au service occupent la première place sur le taux d'abstinence de fréquentation de Centre de Santé de Base par les gens, avec un pourcentage s'élevant. Ce service est jugé insuffisant par les enquêtés. Dans un cadre logique, on peut comprendre la situation, car ce problème est lié directement aux matériels dont le centre de santé de base dispose.

Aux problèmes liés aux matériels, s'ajoute celui du manque de personnels. Le système de santé publique souffre d'un manque de personnel qualifié, mais aussi d'une mauvaise répartition des ressources humaines. Généralement, cette situation se perçoit plus particulièrement dans les zones rurales. Les médecins et les paramédicaux sont en majorité concentrés dans les grandes villes.

De ce fait, la mauvaise qualité des services et le mode de soins médiocres favorisent ainsi l'accentuation de certaines maladies. L'éloignement ne motive pas toujours les médecins et les paramédicaux (infirmier-sage-femme) à travailler dans une localité très éloignée de la ville telle que la Commune rurale de Sabotsy-Namehana, ce qui explique des fois l'incapacité du personnel présent à faire fonctionner comme il se doit le CSB.

➤ L'accueil

Les malades sont offusqués par le mauvais accueil des personnels de santé. Selon certains patients que nous avons rencontrés, il y avait une proportion qui se montre très réticente et évite de fréquenter le centre de santé de base de la Commune à cause de ces personnels qu'ils qualifient de « sévères, et méchants ».

Des mères de famille ont cessé de se faire ausculter par la sagefemme et des personnels paramédicaux. Une étude a révélé que souvent, les patients préfèrent suffisamment des personnels de santé de compétence moyenne qui leur rassure et leur

donne confiance plutôt qu'à des personnels compétents, mais dont le comportement inapproprié les rend mal à l'aise.

5.2. Obstacles rencontrés par les patients au niveau de CSBII

➤ Les problèmes d'attente

D'une manière générale, aussi bien en milieu rural que dans les villes, les patients se heurtent le plus souvent à des longues attentes. Les mauvaises organisations de ces centres entraînent le non-respect des tours et des files d'attente. En effet, ce temps d'attente peut durer pendant un moment voire même des heures, ce qui décourage les patients.

Malgré le nombre suffisant des centres de santé au niveau de la Commune de SAB – NAM, les longues files d'attente se perçoivent encore surtout le jour du marché, le moment où les villageois viennent au niveau du chef-lieu de la Commune pour effectuer leurs achats habituels et en profiter pour faire des consultations. Au niveau de chaque centre que ce soit public ou privé, les malades sont obligés d'attendre pendant des heures avant de pouvoir effectuer des consultations.

Dans cette étude, les villageois se plaignent et aspirent que les temps d'attente soient réduits au maximum en instaurant de nouvelles organisations. Ces longues attentes sont défavorables pour réaliser d'autres occupations, car le temps dépensé est largement limité

➤ Les critiques au niveau de la consultation

Le déroulement de la consultation effectuée fait aussi l'une des critiques provenant des villageois. En effet, une auscultation de cinq minutes, réduite à un interrogatoire sommaire, est considérée par les patients comme insatisfaisants. Ceux-ci considèrent qu'un tel examen ne conduit ni à un bon diagnostic, ni à un traitement efficace. Aussitôt la confiance en la compétence de cet agent de santé est remise en question. Pour d'autres, le mode d'auscultation de certains médecins privés est plus satisfaisant avec des résultats de traitement plus convaincants.

➤ Le traitement

Concernant le moyen de guérison à adopter, les paysans ont l'habitude de se référer aux succès des résultats des traitements effectués antérieurement par leurs proches pour se soigner d'une même pathologie. Généralement, ils tiennent compte des moyens de médication garants de résultats et qualifient la compétence du praticien en fonction des

traitements prescrits. Ainsi, ces moyens vont leur servir de repère et de solution en cas de manifestation de la maladie dans les moments à venir.

Parallèlement à cela, il est à noter que les paysans ont pour habitude d'avoir des solutions immédiates et concrètes dans tout ce qu'ils entreprennent. En effet, ils sont habitués de recevoir les traitements appropriés en sortant des centres de santé. Le fait de recevoir des simples ordonnances les oblige à aller dans les officines.

5.3. Vérification des hypothèses

Les résultats de nos investigations attestent que nombreuses populations du quartier de SAB-NAM sont informées ou ont une certaine connaissance sur l'accès au soin auprès des centres de santé publique. Mais le problème réside au niveau de leur comportement à adopter l'automédication vis-à-vis de multiples formations sanitaires que la commune possède.

A ce sujet, un échantillon de 60 personnes, dont 5 médecins, 50 populations cibles, et 5 autorités publiques, a été constitué d'une façon aléatoire. De plus, parmi les 22 FKT de la Commune de SAB-NAM, 5 FKT sont pris comme échantillonnage d'une manière aléatoire, ceux des FKT d'Andidiana, Ambohibary, Manarintsoa, Namehana et enfin Amorondria.

La première hypothèse axée sur « l'inexistence des centres de santé et leurs proximités par rapport aux populations cibles influentes sur la pratique de l'automédication » est partiellement vérifiée. L'accessibilité géographique en constitue l'une des mieux documentées et, à priori, ne devrait pas constituer un obstacle majeur si l'on considère les travaux de l'Etat à travers la commune et le centre de santé publique. On trouve un éloignement entre le FKT enquêté et le centre de santé. Avec une distance de 4km maximum et de 0,5 km minimum. La plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles par la route, mais un problème d'infrastructure routière persiste toutefois, en particulier pour les zones plus rurales. Ce qui est souvent le cas de FKT d'Andidiana, l'accès du transport commun (bus) n'arrive plus jusqu'au FKT. D'où les populations terminent à pied les quelques kilomètres restants. Cela peut engendrer des difficultés pour les populations qui ne disposent pas des véhicules ou autres moyens de transport, surtout lorsqu'il s'agit des personnes âgées. Cela a conduit la

commune à mieux organiser les transports collectifs et à renouveler les infrastructures routières.

Sur ce, 5% de nos enquêtés sont analphabètes, et 18,33% seulement ont un niveau universitaire, 50% d'enquêtés ont un niveau primaire et enfin 26,67% sont secondaires. Parmi nos enquêtes qui n'ont pas pu achever leurs études et ont reçu une formation pratique dans un domaine bien déterminé. Nous comprenons que dans ce quartier, la scolarisation, le niveau supérieur ou inférieur d'étude semble modifier de façon significative les comportements et pratiques des populations en matière de santé. De cause à effet, 3,33% des enquêtés sont issus du secteur informel, 59,33% sont du secteur primaire, 16,67% celui du secteur secondaire, et enfin 21,67% se regroupent celui du tertiaire. Toutes ces enquêtes proviennent d'horizons professionnels différents, certains sont des salariés des entreprises privées ou publiques, d'autres exercent des professions libérales.

L'analyse des revenus de ménage issus des populations rurales a révélé qu'il y a des paysans qui se rémunèrent jusqu'à 240000Ar/mois, et bien au contraire, il existe des populations avec un faible revenu voire 11000Ar/mois. Cela représente qu'il existe des familles qui peuvent épargner plus, et ayant la possibilité d'accéder au soin et de même celles des familles qui n'ont pas le moindre moyen de faire une économie et n'ont pas l'occasion de fréquenter le médecin. En ce sens, l'adoption de l'automédication est plus favorable pour eux.

De tous ces constats, on peut affirmer que l'hypothèse : « le manque de revenu favorise la pratique d'automédication chez les populations vulnérables » est vérifié. Ce sont les ménages à niveau faible d'instruction et pauvre qui sont le plus confrontés à la pratique d'automédication. Tandis que, ceux de la tranche de la population à niveau d'étude élevé et aisé, cette tendance est de moins en moins constatée.

Au-delà de l'aspect financier, objet du paragraphe suivant, la pratique d'automédication a de nombreuses causes. Sur l'aspect socioculturel, 43,33% des enquêtes optent pour le soin moderne, 48,33% utilisent le soin traditionnel et 8,34% sont des autres soins. Nous comprenons que la population rurale a tendance sur la pratique de médecine traditionnelle. Lors d'une enquête, 56,67% des patients font l'automédication, 35% fréquentent le centre de santé et 8,33% autres. On en déduit que la médecine traditionnelle

et l'automédication font partie de la vie quotidienne des ménages ruraux de la commune de SAB-NAM, elle est fortement favorisée par la coutume locale. Ce qui corrobore l'hypothèse axée sur l'aspect socioculturel: «la tradition, la religion et les autres formes d'automédications semblent encore dominantes ».

CONCLUSION PARTIELLE

Les manques d'infrastructures favorisent le déséquilibre entre les villages et le centre de santé. Les centres de santé se concentrent au niveau du chef-lieu de la Commune. L'éloignement de ces services constitue donc un blocage à l'accès aux soins. Ainsi, les considérations financières sont relativement importantes afin de justifier les décisions d'avoir recours au traitement médical. De plus, dans la zone rurale, nombreuse paysanne font plus de confiances aux guérisseurs traditionnels qu'aux médecins.

Les raisons liées au service du CSBII engendrent l'abstinence des populations aux fréquentations de centre de santé, de même les difficultés rencontrées par les patients lors d'une visite médicale. En ce sens, les gens optent donc pour une autre issue en cas de maladie d'où ils pratiquent l'automédication. Pour remédier à ces grands problèmes, des solutions peuvent être proposées.

TROISIEME PARTIE :

APPROCHE PROSPECTIVE ET LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Toutes hypothèses doivent être accompagnées des justifications et que les recommandations dépendent de la validation des hypothèses. L'analyse que nous avons effectuée auparavant nous avons permis d'avancer une piste de réflexion, des recommandations, des suggestions personnelles et des apports du stage.

PARTIE III. APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE

Chapitre 6. Approches prospectives

Dans ce chapitre, nous essayerons d'analyser la portée du CSBII de SAB-NAM, ses activités et ses ressources, puis les diverses recommandations externes pour qu'un accès au soin de santé puisse exister.

6.1. Piste de réflexion

A la recherche d'une meilleure adaptation aux besoins de la population, afin de permettre une meilleure mobilisation des ressources, une politique nationale de santé qui a été déjà énoncée au paragraphe précédent était élaborée au niveau de chaque pays.

Au niveau périphérique du système national de santé malgache se trouve le CSBII. Les Centres de Santé de Base (CSB) sont, les premiers recours en termes de santé pour la grande majorité de la population. Ces CSB assurent, les soins de santé primaire. Comme statut général, étant une formation sanitaire publique, sous tutelle du Ministère de la santé publique et du planning familial. Dans cette étude, nous allons essayer de voir l'état du CSB II SAB-NAM, sa capacité de couverture sanitaire, ainsi que les différents facteurs de productions tels que les ressources humaines et équipements matériels.

1- Le paquet minimum d'activités

Le Paquet Minimum d'Activité (PMA) définit les critères minimums auxquels les CSB doivent se conformer afin d'assurer des soins de qualité. Il est composé de 3 activités : curatives, préventives, et promotionnelles.

a) Activité curative :

Cette activité occupe la consultation des malades, la surveillance des cas graves, la mise en observation des patients, et la dispensation des médicaments...

b) Activité préventive :

Elle est chargée d'assurer la vaccination, promouvoir le planning familial, et de pratiquer l'accouchement.

c) Activité promotionnelle :

Elle se consacre sur la santé de la mère et de l'enfant, sur la santé de la reproduction, et enfin sur la sensibilisation en matière de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

2- Ressources disponibles

Les facteurs de production des soins comme nous l'avons signalé amènent la mobilisation des ressources humaines, financières et des équipements techniques

a) Les ressources humaines:

Les professions de santé englobent des personnels de qualifications variées qui peuvent exercer à titre individuel, en association, ou comme salariés dans une entreprise médicale. Concernant les personnels de santé, le centre de santé dispose :

- D'un médecin généraliste qui est le premier responsable au niveau du CSB ainsi que de la politique de santé à mener au niveau de la Commune.
- Des personnels paramédicaux : 1 sage femme et 1 infirmier
- D'une dispensatrice, d'un gardien comme personnel d'appui.

b) L'organisation des ressources financières du CSB

En matière de ressources, le CSB ne dispose que l'autofinancement et du financement de l'Etat pour remplir toutes les fonctions qui lui sont assignées. Concernant le financement octroyé par l'Etat, il s'agit d'une subvention en matière de santé dont la gestion est assurée par la Commune.

Il sert:

- D'une part à la rémunération des personnels d'appui : le gardien de l'hôpital et la dispensatrice qui se charge du dépôt de médicaments.
- D'autre part, pour couvrir les frais généraux comme : l'approvisionnement en vaccins, les frais de transport du personnel médical en mission et enfin les frais d'amortissement (réparation de l'hôpital).

3- Les infrastructures sanitaires

a) Les équipements matériels

Comme les ressources humaines, les ressources matérielles sont également importantes dans le travail des professionnels de santé. Comme le travail des praticiens de santé est d'une importance capitale, la disponibilité des équipements sanitaires s'avère indispensable.

En effet, ces matériels se distinguent généralement selon leurs usages dans le mode d'auscultation effectuer par le médecin ou les paramédicaux. Ainsi, la liste des matériels élémentaires les plus utilisés par les personnels de santé est les suivantes :

- Pour assurer les soins curatifs et médicaux de base

- Table de consultation
- Stéthoscope, tensiomètre et thermomètre
- Boîte infirmière, haricots et plateau inox
- Potence métallique

- Pour assurer les soins gynéco-obstétricaux

- Mètre à ruban
- Stéthoscope obstétrical
- Table d'accouchement

b) les nombres de salles :

le CSBII SAB-NAM constitue six (6) salles, ce sont :

- salle de consultation
- salle des soins
- deux pharmacies (en grosses et en détaillées)
- SMI / PF / PEV
- Salle d'accouchement

Compte tenu de l'analyse que nous avons pu effectuer, certes les centres de santé de base constituent le premier point d'accès de la population au système de santé à Madagascar. Or, plus de la moitié de la population se trouve encore à plus de quelques kilomètres du CSB disponible, et pour un certain nombre de ces CSB, notamment pour ceux qui sont situés dans les zones enclavées, les infrastructures sont construites en

matériaux locaux et les conditions existantes en matière d'équipement, d'intrants de santé, et de Ressources humaines, ne permettent pas des fois d'assurer l'offre du paquet minimum des activités (PMA) nécessaires, bref, les normes définies pour un CSB ne sont pas respectées.

Malgré que le CSBII soit fait pour faciliter l'accessibilité des populations surtout pour les couches vulnérables, il n'arrive pas à satisfaire les besoins essentiels en matière de soins de santé. En d'autres termes, l'offre de santé est dépassée par la demande de soins de la population. D'où les paysans font recourir à l'automédication. L'étude de ce dysfonctionnement peut être réalisée sur les différents éléments constituant la qualité des soins offerts par le service de santé et l'environnement de la santé. Divers indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer la qualité des soins : l'accueil, l'acceptation, l'efficacité, l'efficience, l'agrément et la sécurité. CSBII de la commune rurale de SAB-NAM est considéré accessible quand plus de la moitié de la population utilise les services offerts.

6.2. Les solutions externes

6-2-1- L'Etat

Durant de nombreuses années, l'Etat malgache et le ministère de la santé publique ne cessent pas de chercher des solutions pour progresser l'accessibilité des populations au soin de santé. Pour améliorer le système de santé à Madagascar, l'Etat a élaboré en 2015 une **Stratégie Nationale sur la Couverture Santé Universelle ou SN-CSU** qui est définie comme la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé de qualité dont elles ont besoin sans que le coût de ces services n'entraîne des difficultés financières pour les usagers et de même un mécanisme de gratuité.

La vision globale de cette Stratégie est la suivante :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit d'équité et de solidarité.

Au cours des années 1980, suite à la conjoncture économique que Madagascar a vécue, les centres de santé de base publique malgache ont été confrontés à une pénurie chronique de médicaments et de consommables médicaux, ainsi qu'à des difficultés financières qui ont sérieusement résonné sur la qualité des services offerts. Face à cette crise, on a essayé à Madagascar des formules de financement communautaire dans le domaine de la santé, un nouveau mécanisme de financement pour la santé a été adopté appelé **FANOME** ou « Fandraisana Anjara No Mba Entiko », en malgache, et « Financement pour l'Approvisionnement Non-stop en Médicament » en français. Le FANOME étant opérationnel depuis 2004. Il est basé sur l'entraide pour la santé ; au niveau des CSB le FANOME est surtout orienté sur l'effectivité de la participation communautaire et la prise en charge des groupes classés démunis. Des techniques et systèmes de gestions uniformes ont été mis en place pour la conduite du FANOME pour tous les CSB qu'ils soient en milieu rural ou urbain. Grâce au FANOME, les médicaments sont plus abordables financièrement. Le FANOME alimente également le fonds d'équité qui aide les démunis à avoir accès gratuitement aux soins.

Ensuite, l'Etat prévoit aussi le **FOND D'EQUITE** qui est une caisse de solidarité, créée pour faciliter l'accessibilité des démunis aux soins, les démunis auront leurs médicaments gratuitement. Le fonds d'équité est constitué en premier lieu à partir de la marge bénéficiaire de la vente des médicaments puis par d'autres financements tels que les subventions des Communes pour les CSB.

6-2-2- La Commune

Après la part de l'Etat malagasy, la Commune est la plus concernée et doit aussi s'appliquer davantage en matière de promotion de la santé. Elle a également comme idée de :

- Soutenir le fonctionnement du FANOME par la mise à la disposition du CSB d'un Dispensateur pour tenir la fonction de dispensateur.
- Assurer la sécurité du CSB et plus particulièrement celle de la Pharmacie à Gestion Communautaire (PHAGECOM) par la mise à disposition du CSB d'un gardien.
- S'associer avec le Comité de Gestion et le Comité de Santé pour renforcer ce fonds par des activités sociales de recueil de fonds.
- S'intervenir avec le Ministère de la santé pour l'obtention de Médecins.

- Redynamiser les membres de COSAN pour sensibiliser la population sur l'importance de la salubrité publique.

6-2-3 Activité sanitaire

- Action ONG (WATER AID/ CARE / WASUP):

Promotion de l'EAH (Eau Assainissement et Hygiène):

- Sensibilisation sur le lavage des mains avec du savon/ cendres
- L'utilisation des latrines
- Construction des blocs sanitaires
- La protection de la potabilité de l'eau

- Action de centre de santé : Paquet minimum d'activités (PMA)

Nombreux sont les paquets minimums d'activités, mais ceux-ci ne sont que des extraits :

- PEV : Programme Elargi de Vaccination: dépiste l'apparition de cas suspect des maladies MEV (Maladie Evitable par la Vaccination) voire la poliomyélite.
- Santé scolaire : effectue des visites médicales systématiques.
- Planification familiale : informe sur la méthode contraceptive.
- Nutrition : lutte contre la malnutrition.

Chapitre 7. Suggestions personnelles et apports du stage.

Dans ce dernier chapitre, qui met fin à notre ouvrage, nous allons y découvrir nos suggestions personnelles en tant que travailleurs sociaux concernant les difficultés rencontrées par les populations vulnérables en matière de santé.

7.1. Suggestions personnelles

En étudiant de près les FKT les plus défavorisés au sein de la Commune rurale de SAB- NAM et pour pouvoir résoudre les problèmes vécus par les populations rurales sur la pratique d'automédication, il est primordial de :

- valoriser la santé pour tous,
- ainsi, les agents de santé étant donné les médecins, les comités de soutien sanitaire doivent se déplacer auprès des milieux en vus de précarité, très enclavés au moins deux fois par an.
- rappeler les individus sur la lutte contre les maladies saisonnières comme les gripes, paludismes...
- renforcer et sensibiliser les individus à suivre les activités au niveau des formations sanitaires.
- l'Etat doit rénover et améliorer les matériaux sanitaires, ainsi la qualité de service...
- améliorer la qualité des infrastructures routières et organiser des transports communs qui peuvent arriver jusqu'à chaque Fokontany.
- corriger la mentalité sur l'adoption d'automédication.

7.2. Apports du stage

Face aux difficultés ressenties par les populations vulnérables, il est essentiel de mettre en valeur la santé de chaque individu pour le bien d'un développement du pays. De plus, pour les personnes défavorisées quel que soient ces motifs, on ne devrait pas les négliger, mais plutôt les encourager à venir dans un service de santé pour se faire soigner. Ainsi, améliorer les infrastructures sanitaires et les qualités de services. Il est nécessaire d'éviter les automédications et apprendre d'aller dans un centre de santé face aux maladies.

CONCLUSION GENERALE

En somme, la santé constitue un des éléments clés de développement. Une population en bonne santé et disposant d'un bon niveau d'éducation constitue le levier essentiel permettant d'atteindre les objectifs durables pour le développement en rapport à la lutte contre la pauvreté.

Dans la recherche d'une meilleure adaptation aux besoins de la population, pour permettre une meilleure mobilisation des ressources, une politique nationale de santé a été élaborée au niveau de chaque pays. La politique nationale de santé à Madagascar s'articule autour d'une politique de décentralisation se basant sur la mise en œuvre des activités opérationnelles de développement sanitaire au niveau périphérique. L'éloignement géographique entraîne des problèmes en matière de couverture sanitaire, l'inaccessibilité de soins des autres villages et les problèmes de suivi pour des politiques de préventions sanitaires. Ainsi, l'insuffisance du moyen financier est un grand facteur de blocage sur l'accessibilité des populations sur la santé. Ensuite, la culture et la tradition empêchent aussi les individus à ne pas les accéder au soin, mais à adopter l'automédication.

Pour pallier au problème ressenti par les populations vulnérables, l'Etat malagasy a donc pris la décision de mettre en chantier une Stratégie Nationale sur la Couverture de la Santé Universelle. Pour se faire, l'accent est mis sur l'équité, la solidarité et des mécanismes de gratuité ont été réalisés. Ces mécanismes se sont beaucoup développés au cours des dernières années. Ainsi, l'Etat, des Partenaires Techniques et Financiers se substituent à l'individu pour payer son accès aux soins :

- Gratuité des consultations :

La consultation au niveau des CSB est gratuite pour l'ensemble de la population, mais pas les médicaments.

Au niveau de l'hôpital, seul le triage est gratuit ainsi que l'hébergement en salle commune. Par la suite, les actes sont payants (montant différent selon la salle d'hébergement) tout comme les médicaments.

- Gratuité de soins basée sur certaines activités préventives et curatives au niveau des Centres de santé :

Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès à des problèmes de santé spécifiques. Elle comprend entre autres :

- . La vaccination pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes (5 antigènes)
- . La prévention, dépistage et prise en charge de la tuberculose, le VIH/Sida, le paludisme, les maladies tropicales négligées (MTN) et les IST, comme la syphilis

- Gratuité des soins pour les personnes démunies :

Dans le cadre du FANOME qui est une structure fondamentale qui permet d'aider les femmes, les enfants et les personnes vulnérables. Il aide les plus nécessiteux de la communauté à pouvoir se soigner convenablement. Grâce au FANOME, les médicaments sont plus abordables financièrement. Sa redynamisation permet également à la pharmacie du centre de santé de base de s'approvisionner régulièrement et d'éviter ainsi les ruptures de stock. Le FANOME alimente également le fonds d'équité qui aide les démunis à avoir accès gratuitement aux soins. Les Fonds d'équité tant au niveau des Centres de santé que des Hôpitaux permettent de faciliter l'accès à une population défavorisée. Ils sont approvisionnés par un prélèvement d'une partie du bénéfice de la pharmacie. La proportion des populations qui jusqu'ici bénéficie du Fonds d'équité reste toutefois très faible ainsi, les mécanismes de fonds d'équité sur lesquels nous avons tenté de faire visant à diminuer la barrière financière d'accès aux soins de santé, témoignent d'une volonté du Ministère de la Santé et du Planning Familial et d'aller dans le sens d'une plus grande accessibilité de soins. Devant toutes ces opportunités offertes par le gouvernement malagasy, ces politiques de santé permettent-elles d'assurer l'accessibilité des populations vulnérables dans les centres de santé ?

BIBLIOGRAPHIE :

OUVRAGES GENERAUX :

1. DURKHEIM (E.), « *De la division du travail social* », 7^{ème} éd., Paris, 1960.
2. DURKHEIM (E.), « *Les règles de la méthode sociologique* », éd. Dalloz, Paris, 1984.
3. GEORGES GARNAI, « *Les Techniques de l'enquête sociologique* », 3^{ème} éd., Paris, 1967.
4. GOUDJO (P.), « *La santé de la reproduction humaine ou nouvel impérialisme économique* », éd. du Hambayan, Paris, décembre 1996.
5. WEBER (M.), « *Le matérialisme, Médecine, science et littérature* », éd. 2000.

OUVRAGES SPECIFIQUES :

6. BERNARD DANTIER, « *Outils de l'enquête sociologique et enquête sur les outils méthodologiques* », Paris, 1967, p135-151.
7. BLANCHET et GOTMAN, « *L'entretien : l'enquête et ses méthodes* », éd. de A. Colin, 2^{ème} éd., 2010, 128p.
8. CHAYANOV A., 1990, « *L'organisation de l'économie paysanne* », éd. Librairie du Regard, 1^{ère} éd., Paris, 1923, 341p.
9. HUOKO et NATHALIE PIGEM « *Les techniques d'observation en sciences humaines* », éd. de A. Colin, Paris, 2008, 168p.
10. J.L. MARTIN LAGARDETTE, « *Extrait du guide de l'écriture journalistique* », éd. de La Découverte, 7^{ème} éd., 2000, 256p.
11. JUSOT F. ., KHALT M. ROCHEREAUT- SERMET C (2006), « *Une mauvaise santé augmente fortement les risques de perte d'emploi* », éd. La société française, donnée sociale, 533-543p.
12. KARL MARX et FRIEDRICH ENGELS, « *Le manifeste du parti communiste* », éd. de Flammarion, 1848, 224p.
13. MARIKO M., « *Accès aux soins et qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali)* », dans M. AUDIBERT, de ROODENBEKE E., J MATHONNAT, éd. Le Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthalo, 2003, 5-37p.

14. RADCLIFFE-BROWN, « *Structure et Fonction* », éd. de Minuit, Paris, 1972.
Collection Points sciences humaines, p37.

DOCUMENT OFFICIELS :

15. Banque Mondiale, « *Madagascar après 3ans de crises : Evaluation de la vulnérabilité et des politiques sociales et perspectives d'avenir* », vol.1, Rapport Principal No. AAA68 – MG, 2012, 78p.
16. La Constitution Malgache de l'IVème République, article 19.
17. La définition de la Santé selon l'OMS (22juillet1946).
18. « *Monographie de la Commune SSS de Sabotsy Namehana* », 2012.
19. « *Plan Communal de Développement* », 2012.
20. « *Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation de la médecine traditionnelle* », par l'OMS, 2000.
21. « *Profil du système national de santé de Madagascar* », par l'OMS, 2004.

WEBOGRAPHIE :

22. [http:// www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques des sciences sociales/index.html](http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html).
23. Site web : [http:// le journal des femmes in Santé Médecine.fr](http://lejournaldesfemmesinsante.medecine.fr).

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION GENERALE.....	1
1- Généralités:.....	1
2- Motifs du choix du thème et du terrain :	2
3- Question de départ :.....	2
4- Fixation des objectifs :.....	2
5- Annonce du plan.....	3
PARTIE I. CADRAGE CONTEXTUEL, CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE	5
Chapitre 1. Etats des lieux	5
1 .1. Présentation générale de la commune	5
1 .2. Données démographiques	9
1 .3. Données économiques :.....	13
1.3.1 Agriculture :.....	13
1.3.3 Artisanat :	14
1.3.4 Transport :.....	14
1.3.5 Commerce :.....	15
1.3.6 Tourisme:.....	15
1.3.7 Industries:.....	15
1.3.8 Route :.....	16
1.3.9 Télécommunications :.....	16
1 .4. Données sociales :.....	16
Chapitre 2. Repères théorico-conceptuels.....	18
2.1. Cadrage théorique	18
2.2. Conceptualisation.....	19
2.3. Problématisation et formulation des hypothèses	24

2.4.	Détermination des objectifs spécifiques.....	24
Chapitre 3.	Méthodologie de recherche.....	25
3.1.	METHODES ET TECHNIQUES	25
PARTIE II.	APPLICATION DES CHOIX THEORIQUES SUR LE TERRAIN	29
Chapitre 4.	Résultats de l’investigation sur le terrain.....	30
4.1.	Aspects géographiques.....	30
4.2.	Aspects financiers	32
4.3.	Aspects socioculturels	35
Chapitre 5.	Autres facteurs favorisant la pratique d’automédication	38
5.1.	Obstacles internes liés au service de centre de santé	38
5.2.	Obstacles rencontrés par les patients au niveau de CSBII	39
5.3.	Vérification des hypothèses	40
PARTIE III.	APPROCHE PROSPECTIVE DE LA RESOLUTION DE LA PROBLEMATIQUE	44
Chapitre 6.	Approches prospectives	45
6.1.	Piste de réflexion.....	45
6.2.	Les solutions externes	48
Chapitre 7.	Suggestions personnelles et apports du stage.....	51
7.1.	Suggestions personnelles.....	51
7.2.	Apports du stage.....	51
CONCLUSION GENERALE		52

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 01 : QUESTIONNAIRES POUR LES POPULATIONS

ANNEXE 02 : QUESTIONNAIRES POUR LE CSB

ANNEXE 03 : BUDGET FAMILIAL

ANNEXE 04 : TABLEAU DES CLASSES SOCIALES

ANNEXE 01 : QUESTIONNAIRES POUR LES POPULATIONS

1. Mponina eto amin'ny faritra ve ianao?
Habitez-vous ici?
2. Aiza ianao no mipetraka?
Où habitez-vous?
3. Inona no antony andalovanao ety amin'ity faritra ity?
Quelle est la raison de votre visite?
4. Dia isaky ny inona ianao no mandalo ety?
Combien de fois passez-vous par ici?
5. Rehefa misy tsy salama ao an-trano dia inona no zavatra ataonao ?
Quand il y a un malade dans vos foyers, que faites-vous ?
6. Raha manantona tobi-pahasalamana ianao, dia aiza no manavanana anao kokoa ?
Any amin'ny tsy miankina ve sa fanjakana? Sa misy hafa koa?
Quand vous consulterez un médecin, préféreriez-vous d'aller chez les CSBII ou chez les cabinets médicaux privés ou d'autres ?
7. Inona no antony ?
Pour quelle raison ?
8. Ary efa niditra tamin'ny CSBII ve ianao ?
Avez- vous déjà entré chez le CSBII ?
9. Inona no antony nidiranao tamin'ny CSBII?
Quelle est la raison de votre visite dans le CSBII ?
10. Nisy mpitsabo nandray anao ve tao ?
Existent-ils des personnels de santé qui vous accueillent?
11. Dokotera - Sage Femme – Infirmier
Médecin - sage femme- infirmier
12. Nahafa-po anao ve ny fizaham-pahasalamana tao?
La consultation médicale pour vous, est-elle satisfaisante?
13. Nisy fanafody nilainao tamin'ny fitsaboana ve tao?
y-a- t-il des médicaments qui conviennent à votre besoin?
14. Ohatrinona ny sara-pitsaboana ?
Combien est le coût du frais médical ?
15. Miaraka amin'ny vidim-panafody ve izany ?
Est-ce que le prix de médicament est compris déjà avec ce coût ?

16. Raha eny dia tokony ohatrinona no mety ho saran'ny fitsaboana?

Si oui, quel en est le frais de soin normal, approprié dans ces endroits?

17. Araka ny fahatsapanao, zakanao tsara ve ny saran'ny fitsaboana sy vidim-panafody raha toa ka marary?

D'après vous, s'il vous arrive de tomber malade, le frais de soin ainsi que le prix des médicaments sont-ils abordables ?

18. Araka ny hevitrao, mety ve ny hampandraisana anjara ny marary amin'ny saran'ny fitsaboana sy fividianana fanafody?

A votre avis, est-il juste de faire payer le frais de soin et les médicaments à des personnes malades?

19. Araka ny hevitrao, inona no fomba hanamaivanana ny fizakan'ny token-trano manana ny tsy salama amin'ny saran'ny fitsaboana sy fividianana fanafody?

A votre avis, que faut-il faire pour aider les foyers dans le paiement des frais de soin et des médicaments ?

20. Manao ahoana ny fahitanao ny fandraisana anao tao amin'ny tobi-pahasalamana amin'ny ankapobeny?

Comment trouvez-vous en général votre accueil dans le CSB ?

21. Araka ny fijerinao, ampy ve ny fampitaovana any amin'ny tobi-pahasalamana?

Selon vous, les équipements médicaux sont-ils suffisants?

22. Araka ny fahitanao, misy ve ny fanentanana ara-pahasalamana hiadiana amin'ny aretina?

D'après vous, existe-il des sensibilisations pour lutter contre les maladies ?

23. Tamin'inona no nahitanao an'izany?

Par quel moyen de communication découvrez-vous ces sensibilisations?

24. Ampy ve ny fanentanana ara-pahasalamana hiadiana amin'ny aretina hitanao?

Est-ce que les sensibilisations pour la lutte contre la maladie sont-elles suffisantes ?

25. Araka ny hevitrao, amin'ny toerana ahoana no tokony hisy fanentanana ara-pahasalamana hiadiana amin'ny aretina mba ahafahan'ny olona rehetra mahita izany?

Selon vous, où est le bon endroit pour effectuer une campagne pour la lutte contre la maladie afin que tout le monde puisse en regarder ?

ANNEXE 02 : QUESTIONNAIRES POUR LE CSB

I. INFRASTRUCTURE

❖ Critères de mise en place d'un CSB

1. Qu'est-ce qu'un CSB?
Inona no atao hoe CSB?
2. Combien y a-t-il de types de CSB ? Lesquels?
Misy karazany firy ny CSB? Inona avy?
3. Quelles sont ces différences?
Inona no mahasamihafa azy ireo?
4. Quand est-ce qu'on puisse construire un CSB dans un CSB?
Rehefa inona no afaka manangana CSB ny kaominina iray?
5. Quels sont les critères proposés avant de la mise en place d'un CSB?
Inona avy ireo zavatra takiana na jerena alohan'ny hananganana CSB?

❖ Paquet minimum d'activité

6. Quels sont les types d'activités réalisées par le CSB ?
Inona avy ireo karazana asa tontosain'ny CSB?
7. Combien de subdivision est l'activité concrétisée par le CSB?
Mizara firy ireo asa tontosain'ny CSB?
8. Dans chaque CSB, existe-t-il complètement ces diverses activités?
Ao anatin'ny CSB iray ve dia tsy maintsy misy an'ireo sokajin' asa ireo?
9. Lesquelles de ces activités intéressent la plupart des patients?
Iza amin'ireo no tena mahasarika kokoa ny marary?
10. Pour quelle raison?
Inona no antony?
11. Combien est le cout du frais médical?
Ohatrinona ny saram-pitsaboana?

❖ Normes techniques

12. Existe-t-il des normes à suivre?
Misy fenitra tokony arahana ve?
13. Combien sont les nombres des salles « minimum /maximum)?
Firy no tokony ho isan'ny efitrano?

14. Lesquelles?

Inona avy izany?

15. Combien de patient peut-elle suffire ?

Mahazaka marary firy?

16. Comment est la sécurité sur l'hygiène et la santé ?

Manao ahaona ny eo amin'ny lafin'ny fahadiovana anatin'ny sy ivelany?

17. Existe-il un accès à l'eau potable?

Misy rano madio ve ?

18. Quels sont les équipements et les matériaux que le CSB possède dans chaque salle ? (pour les médecins et pour les patients)

Inona avy ireo fitaovana misy ao amin'ny CSB? (ho an'ny mpitsabo sy ny marary)

II. RESSOURCES HUMAINES

1) Combien y a-t-il de travailleurs dans ce centre?

Firy no isan'ny mpiasa ao amin'ny CSB?

2) Quelles sont ses classifications?

Inona avy vy sokajin'izy ireo?

3) Miisa firy avy?

III. EFFECTIF DE TAUX DES PATIENTS

1. Pourriez-vous donner l'effectif ou le taux de patient qui vient ici par an et par mois?

Firy no isan'ny marary mandalo ato isan-taona sy isam-bolana?

2. Quelle est la maladie la plus fréquentée par la population ? Avec combien d'effectifs de patient ?

Inona no aretina tena mpahazo ny olona mitsabo tena ato ? Dia firy no isan'izy ireo?

IV. PROMOTION DE LA SANTE

1. Existe-t-il d'entité responsable de la sensibilisation ou de la promotion de la santé?

2. Combien sont-ils ? Lesquels ?

V. PHARMACIE

1. Existe-t-il une pharmacie ?

Misy fivarotam-panafody ?

2. Combien est le prix du médicament ?

Manao ahoana ny vidim-panafody, mitovy ny eny amin'ny fivarotam-panafody rehetra ve ?

3. Est-ce que tout le patient est obligé d'acheter les médicaments dans cette pharmacie ?

Tsy maintsy ato amin'ny fivarotam-panafodin' ny CSB ve no mividy ny fanafody ireo marary rehetra mandalo?

ANNEXE 03: BUDGET FAMILIAL

TYPES DE REVENUS

Journaliers	
Hebdomadaires	
Mensuels	
Trimestriels	

SITUATION GENERALE DE LA FAMILLE DANS LE MENAGE :

CHARGES FAMILIALES : consommations et dépenses

Type de consommation et dépense	quotidien	mensuel	Total (mensuel)
Alimentations			
Habitation			
Santé			
Education (écolage, fourniture, droit)			
Eau et électricité (JIRAMA, bougie, pétrole...)			

ANNEXE 04 : tableau des classes sociales

Classes dominantes	• Les bourgeoisies extérieures : qui ne sont pas à Madagascar, transnational, Orange, colas • Les bourgeoisies intérieures : comme exemple les bourgeoisies compradores (Karana, chinois) • Les bourgeoisies nationales : - les grandes familles nobles à Madagascar - les propriétaires des rizières - les membres des SA à capitaux malgaches
Classes intermédiaires	• Petite bourgeoisie : - Professions libérales (avocats, notaires, médecins) - Enseignants, journalistes - Pasteurs, prêtres - Commerçants détaillants - Fonctionnaires moyens (exécutants) - Paysans riches • Semi-prolétariat : - Petits commerçants - Gargotiers (Hôtel Gasy) - Artisans et paysans moyens - Agents de maîtrise
Classes dominées	• Prolétariat : - Ouvriers de différentes usines - Ouvriers agricoles et forestiers (plantation de coton) - Travaux de transport : dockers - Cheminots, chauffeurs - Fonctionnaires subalternes (gardiens) - Manœuvres - Paysans pauvres sans terre • Lumpen Prolétariat (les groupes marginaux) - Chômeurs, chômeurs déguisés - petits vendeurs de rues - Prostitué

Source : cours Anthropologie deuxième année sociologie avec Monsieur RABARISOLONIRINA Yves Lucien, 2014

Tableau N °11 : Répartition des formations sanitaires (CSB II SAB-NAM)

Formations sanitaires CSB2 Sab/Namehana		Nombre de médecins	Nombre de paramédicaux			Nombre de lits	Nombre de personnel administratif	Nombre de consultation mensuelle	Nombre d'accouchements /mois
Nombre	Types		Sages- femmes	Infirmières	Aides sanitaires				
Centre public	CSB2	6	3		1	12	3	1100	30
CSB1									
Formations sanitaires		Nombre de médecins	Nombre de paramédicaux			Nombre de lits	Nombre de personnel administratif	Nombre de consultations mensuelles	Nombre d'accouchements/mois
Nombre	Type		Sages- femmes	Infirmières	Aides sanitaires				
Centres privés	10	02	01						
Dispensaires		03							
Cliniques	1					02			
CHD	1	07	01	03		31			

Sources:

Commune,

2010-2011

CURRICULUM VITAE

RAMBININTSOA Veroniaina Fanantenana

Lot H 127 bis Amorondria Sabotsy Namehana

Celibataire

Malagasy

Age : 22 ans

Mobile : 0348439364



Expériences professionnelles

2016: Stage à la Direction des Districts Sanitaires du Ministère de la Santé Publique à Androhibe, dans le Service Soins de Santé de Base sur « l'éradication de la pratique d'automédication dans le milieu rural ».

2014 : Stages communaux et sociaux à Ampitatafika, concernant « l'utilisation de la planification familiale ».

2013 : Stage communal à Ankadikely Ilafy sur « les méthodes contraceptives ».



Cursus

2015 : Troisième année dans la Formation Professionnalisante en Travail Social et Développement à Ankatso ;

2014 : Deuxième année dans la Formation Professionnalisante en Travail Social et Développement à Ankatso ;

2013 : Première année dans la Formation Professionnalisante en Travail Social et Développement à Ankatso ;

2012 : Diplôme Baccalauréat de l'enseignement général en série D ;



Informations complémentaires

Langue Malagasy: langue maternelle ;

Langue Française: lu, écrit, parlé ;

Langue Anglaise : lu, écrit, parlé ;

Informatique : word, excel, power point;

Nom : RAMBININTSOA

Prénoms : Veroniaina Fanantenana

Adresse : LOT H 127 Bis Amorondria Namehana



Titre du document : ERADICATION DE LA PRATIQUE D'AUTOMEDICATION DANS LE MILIEU RURAL: CAS DE LA COMMUNE RURALE DE SABOTSY NAMEHANA DISTRICT D'ANTNANARIVO AVARADRANO.

Champ de recherche : paysans ruraux , Sabotsy Namehana, formation sanitaire publique.

Nombre de pages : 55

Nombre de figure : 02

Mots clés : population rurale, automédication, pauvreté.

Texte de résumé :

La santé constitue un des éléments clé de développement. La pratique d'automédication des paysans empêche l'accès au soin dans le centre de santé, qui est un grand levier essentiel permettant de lutter contre la pauvreté. Afin de permettre une meilleure mobilisation des ressources, une politique nationale de santé a été élaborée. Devant les nombreuses difficultés d'accès aux soins pour les populations vulnérables, l'Etat malagasy a donc comme idée de mettre en chantier la Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle, le FANOME et le Fond d'Equité.

Encadreur: Mr ANDRIAMAMPANDRY Todisoa Manampy.