



USAID
AVY AMIN'NY VAHOAKA AMERIKANA

MAHEFA
MALagasy HEniky ny FAhasalamana



JSI Research & Training Institute, Inc.



RAPPORT SUR L'ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE RÉGIONS MELAKY et SOFIA



RAPPORT DE L'ÉTUDE ETHNOGRAPHIQUE RÉGIONS MELAKY et SOFIA

2012

Ce rapport présente les principaux résultats de l'étude ethnographique réalisée dans la région de Melaky durant la période du 10 mars 2012 au 13 avril 2012. Cette étude a été menée par le programme de santé communautaire intégrée, MAHEFA (MALagasy HEniky ny FAhasalamana), à travers l'assistance des étudiants du Département de Sociologie, Université d'Antananarivo :

JAO Arsène, MAHAVORY Nancy Raïssa, MILINA Anise Chantal et RAKOTONDRAMANITRA Lalatiana.

Cette étude a été réalisée grâce à l'appui financier de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International.

Les partenaires du MAHEFA incluent : JSI Research & Training Institute, Inc., une institution de consultance et de recherche en santé publique ; The Manoff Group, pionnier dans le développement du marketing social et spécialiste dans la programmation axée sur le comportement et TRANSAID, une ONG internationale de développement, dont l'objectif principal est de créer des moyens de transport plus économiques, fiables et efficaces, en renforçant les capacités locales au niveau du secteur du transport et de la logistique.



Des informations complémentaires concernant la présente recherche peuvent être obtenues auprès du bureau de MAHEFA sis « Villa MIHARISOA » N° 076, Lotissement Bonnet – Ivandry, Antananarivo Madagascar, Tel : (261) 22 425 78 – 22 425 79.

LISTE DES ACRONYMES

AEN : Actions Essentielles de Nutrition

CEG : Collège d'Enseignement Général

CM : Cours Moyen

CSB : Centre de Santé de Base

EHA : Eau, Hygiène, et Assainissement

EPP : Ecole Primaire Publique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

MID : Moustiquaire Imprégné d'insecticide à longue Durée

OMD : Objectifs Millénaires du Développement

PF : Planning Familial

SMNI : Santé Maternelle, Néonatale et Infantile

SR : Santé de la Reproduction

SSME : Service de Santé Mère-Enfant

CISCO : Circonscription Scolaire

CLTS : Community Led Total Sanitation (Assainissement Total Piloté par la Communauté)

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

SEECALINE : Surveillance Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES : MELAKY

PREFACE	2
LISTE DES ACRONYMES	3
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES PHOTOS	8
INTRODUCTION	16
Ière PARTIE - SITE BELITSAKY	18
I-A-PRÉSENTATION DU SITE	19
1-Localisation et historique	19
2-Economie locale et accessibilité	19
3-Descriptions des ethnies existantes et représentation dans l'étude	20
4-Démographie	23
I-B-RESULTATS DE L'ETUDE	24
1- Organisation sociale	24
Structure sociale	24
Organisation matrimoniale	24
Tabous, croyances et endroits sacrés	24
Statut des femmes	25
2- Prises de décision par rapport à la santé : Influences de la hiérarchie sociale	26
3- Hygiène	26
Utilisation, traitement et conservation de l'eau (point d'eau, lavage des mains)	26
Défécation et latrine	29
4- Maladies	30
Perception locale de la maladie	30
Causes des maladies existantes	30
Traitement des maladies	31
5- Comportement sexuel	33
Informations sur la sexualité	33
Age de la première relation sexuelle	33
Education sexuelle	34



Nombre des partenaires sexuels	34
6 - Réalités endogènes et exogènes par rapport à la santé	35
Perception locale de la santé	35
Vaccination	35
MID (Moustiquaire Imprégnés d’Insecticides à longue Durée)	36
Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche des soins	36
Santé mère-enfant	37
Alimentation	38
Santé de la reproduction	38
IIème PARTIE - SITE BETANATANANA	40
II-A- PRÉSENTATION DU SITE DE L’ETUDE	41
1-Localisation et historique	41
2-Economie locale	41
3-Descriptions des ethnies existantes et représentation dans l’étude	42
4-Calendrier de collecte de données	43
5-Démographie.....	43
II-B- RESULTATS DE L’ETUDE	44
1- Organisation sociale	44
Structure sociale	44
Organisation matrimoniale	44
Tabous, croyances et endroits sacrés	45
Statut de la femme	45
2- Prises de décision par rapport à la santé : Influence de la hiérarchie sociale	46
3-Hygiène.....	46
Utilisation, traitement et conservation de l’eau (point d’eau, lavage des mains)	46
Défécation et latrines	47
4-Maladies.....	48
Perception locale de la santé et de la maladie	48
Causes des maladies existantes	48
Traitement des maladies	48



5- Comportement sexuel	50
Informations sur la sexualité, Age de la première relation sexuelle	50
Education sexuelle	50
Nombre de partenaires sexuels	51
6- Réalités endogènes et exogènes par rapport à la santé	51
Perception locale de la santé	51
MID (Moustiquaires Imprégnés d’Insecticides à longue Durée)	51
Santé mère-enfant	52
Vaccination	56
Santé de la reproduction	56
IIIème PARTIE - ANALYSE DES RESULTATS	58
III- A- SYNTHESE DE L’ETUDE.....	59
1- Site Belitsaky	59
2- Site Betanatanana	61
Facteurs favorisant les relations sexuelles	61
Facteurs favorisant les maladies	63
La sous-alimentation et malnutrition	63
La croissance démographique	63
Le niveau d’instruction	63
Qualité et propreté de l’eau	64
Perception locale de la propreté de l’eau	64
Latrines	64
III-B-RECOMMANDATIONS.....	65
CONCLUSION	69
ANNEXES	71
Cartographie	72
Guide d’Entretien	76
Guide – Focus Group	82
Photos montrant quelques manifestations des maladies chez l’enfant à Betanatanana	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 01 : Répartition des groupes communautaires interviewés par groupe ethnique

Tableau 02 : Répartition des interviewés selon leur catégorie

Tableau 03 : Répartition des participants au focus group par fokontany

Tableau 04 : Liste des éléments observés

Tableau 05 : Evolution du nombre de la population par fokontany

Tableau 06 : Raisons de la diarrhée selon la population interviewées

Tableau 07 : Premier recours sur le traitement des maladies

Tableau 08 : Taux de la PF

Tableau 09 : Population de Betanatanana par Fokontany

LISTE DES PHOTOS

- Photo 01** : La mairie de la commune rurale de Belitsaky
- Photo 02** : Route menant à Belitsaky
- Photo 03** : Route menant à Belitsaky
- Photo 04** : Pompe à eau
- Photo 05** : Rivière
- Photo 06** : Puits
- Photo 07** : Eau de puits
- Photo 08** : Conservation de l'eau (pompe)
- Photo 09** : Conservation de l'eau (rivière)
- Photo 10** : Moustiquaires
- Photo 11** : Bébé portant un collier préventif
- Photo 12** : Enfants portant des colliers et de la coiffure préventive
- Photo 13** : Jeunes hommes avec leur coiffure préventive
- Photo 14** : Allaitement maternel
- Photo 15**: Ville de Betanatanana
- Photo 16** : CSB II de Betanatanana
- Photo 17** : Riziculture et poisson d'eau douce
- Photo 18** : Puits cimenté
- Photo 19** : Puits naturel
- Photo 20** : Eau de rivière Demoky à boire
- Photo 21** : Eruption cutanée
- Photo 22** : Vente des médicaments modernes et traditionnels
- Photo 23** : Discussion avec les jeunes du Collège
- Photo 24** : Utilisation de la moustiquaire
- Photo 25** : Etat de la piste liant quelques Fokontany au CSB et moyen de transport
- Photo 26** : Matrones
- Photo 27** : Jeune mère de 16 ans
- Photo 28** : Produits locaux (banane, coco, miel)

TABLES DES MATIERES : SOFIA

TABLES DES MATIERES	9
LISTE DES TABLEAUX	12
LISTE DES PHOTOS	13
LISTE DES GRAPHIQUES	14
LISTE DES FIGURES	14
REMERCIEMENTS	85
INTRODUCTION	86
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE	87
II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	87
III. DESCRIPTION DE LA COLLECTE D'INFORMATIONS	89
1. Site Ambatosia.....	89
1.1 Présentation du site d'étude.....	89
1.2 Démographie et ethnie.....	89
1.3 Techniques de collecte des données.....	91
2. Site Antoñibe.....	94
2.1 Présentation du site d'étude.....	94
2.2 Démographie et ethnie.....	95
2.3 Techniques de collecte des données.....	97
IV. RESULTATS DE L'ETUDE	100
1. Site Ambatosia.....	100
1.1 Structure historique.....	100
1.2 Tabous, croyances et lieux sacrés.....	100
1.3 Organisation sociale.....	101
1.4 Organisation matrimoniale.....	101
1.5 Statut de la femme.....	102
1.6 Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche de soins.....	102
1.7 Prise de décision par rapport à la sant.....	102
1.8 Eau et hygiène	102
1.8.1 Cas du fokontany d'Ambatosia.....	102
1.8.2 Cas du fokontany d'Ankijanimavo.....	104
1.8.3 Cas du fokontany d'Ambalabe.....	105
1.8.4 Cas du fokontany d'Andranotakatra-Haut.....	105
1.8.5 Cas du fokontany d'Andranotakatra-Bas.....	106
1.9 Défécation et latrines	106

1.10 Maladies.....	108
1.10.1 Perception locale de la santé et de la maladie.....	108
1.10.2 Traitement de la maladie.....	108
a. Traitement par le guérisseur.....	109
b.Médecine formelle : fréquentation du CSB.....	109
c. Budget santé.....	110
d.Coût des traitements	110
1.11 Santé mère-enfant.....	110
1.11.1 Grossesse et accouchement (soin du cordon ombilical, mifana, ...)......	110
1.11.2 Naissance et allaitement.....	111
1.11.3 Vaccination.....	112
1.11.4 Alimentation.....	112
1.11.5 Utilisation de moustiquaires.....	113
1.12 Santé de la reproduction.....	113
1.12.1 Pratique de la planification familiale (PF).....	113
1.12.2 Infections Sexuellement Transmissibles (IST).....	114
1.12.3 Comportement sexuel.....	114
2. Site Antoñibe.....	116
2.1 Structure historique.....	116
2.2 Tabous, croyances et lieux sacrés.....	116
2.3 Organisation sociale.....	116
2.4 Organisation matrimoniale.....	117
2.5 Statut de la femme.....	117
2.6 Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche de soins.....	119
2.7 Prise de décision par rapport à la santé.....	120
2.8 Eau et hygiène.....	120
2.9 Défécation et latrines.....	122
2.10 Maladie.....	123
2.10.1 Perception locale de la santé et de la maladie.....	123
2.10.2 Traitement de la maladie.....	123
2.11 Santé mère-enfant.....	124
2.11.1 Grossesse et accouchement.....	124
2.11.2 Naissance et allaitement.....	124
2.11.3 Vaccination.....	125
2.12 Santé de la reproduction.....	125
2.12.1 Pratique de la planification familiale (PF).....	125
2.12.2 Infections Sexuellement Transmissibles (IST).....	126
2.12.3 Comportement Sexuel	127

V. ANALYSE	130
a. Mixité des cultures	130
b. Facteurs favorisant les maladies	130
c. Sous-alimentation et malnutrition	130
d. La croissance démographique	130
e. Le niveau d’instruction	131
f. Qualité et propreté de l’eau	131
g. Latrines	131
VI. RECOMMANDATIONS	132
CONCLUSION	138
ANNEXES	139
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	140
Annexe 2 : Focus Group.....	148
Annexe 3 : Observation	149
Annexe 4 : Cartes des sites d’étude.....	150

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des groupes communautaires interviewés par groupe ethnique.....	97
Tableau 2 : Répartition de la population par fokontany et distance des fokontany par rapport au chef-lieu de Commune.....	98
Tableau 3 : Répartition des interviewés selon leur catégorie.....	99
Tableau 4 : Liste des éléments observés.....	100
Tableau 5 : Répartition des participants aux focus groups par fokontany.....	101
Tableau 6 : Caractéristiques des groupes communautaires interviewés.....	103
Tableau 7 : Répartition de la population par fokontany par rapport au CSB II du chef-lieu de Commune, 2011.....	105
Tableau 8 : Caractéristiques des fokontany figurant dans la liste d'étude.....	106
Tableau 9 : Répartition des personnes interviewées selon leur appartenance ethnique et leur tranche d'âge.....	107
Tableau 10 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ambatosia.....	113
Tableau 11 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ankijanimavo.....	114
Tableau 12 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ambalabe.....	114
Tableau 13 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Andranotakatra-Haut.....	114
Tableau 14 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Andranotakatra-Bas.....	115
Tableau 15 : Etat des lieux sur la pratique de la planification familiale (PF).....	123
Tableau 16 : Caractéristiques sociodémographiques, activités économiques et principaux tabous dans les localités étudiées.....	127
Tableau 17 : Diverses recommandations.....	142

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Commune rurale d'Ambatosia.....	97
Photo 2 : La commune et la ville d'Antoñibe.....	102
Photo 3 : Taxis-brousses reliant Antsohihy à Antoñibe.....	102
Photo 4 : Endroit sacré à Ambalabe.....	109
Photo 5 : Sources d'eau dans la commune d'Ambalabe.....	112
Photo 6 : Conservation de l'eau.....	113
Photo 7 : Latrines.....	115
Photo 8 : Douche.....	116
Photo 9 : Dépôt de médicament à Ambatosia.....	118
Photo 10 : Centre de Santé de Base Niveau II à Ambatosia.....	119
Photo 11 : Allaitement maternel.....	120
Photo 12 : Hygiène de l'enfant.....	121
Photo 13 : Moustiquaire (simple).....	122
Photo 14 : Moustiquaire modifiée.....	122
Photo 15 : Groupes de jeunes.....	123
Photo 16 : Marché du jeudi (tsena) - Ambatosia.....	124
Photo 17 : Puits et rivières à Antoñibe.....	129
Photo 18 : Baignade dans un canal d'irrigation.....	130
Photo 19 : Enfants mangeant des mangues.....	130
Photo 20 : Conservation de l'eau / Entreposage des ustensiles de cuisine.....	130
Photo 21 : Latrines non utilisées (Dons de l'ONG Ecole du Monde).....	131
Photo 22 : Douche traditionnelle.....	131
Photo 23 : Infirmerie à Antsangabe.....	131
Photo 24 : Allaitement maternel.....	134
Photo 25 : Marché du mardi (tsena) - Antoñibe.....	137

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Utilisation des latrines et défécation à l'air libre.....	116
---	-----

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte Ambatosia.....	159
Figure 2 : Carte Antoñibe.....	160

**RAPPORT DE L'ETUDE ETHNOGRAPHIQUE
REGION MELAKY**

INTRODUCTION

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de santé communautaire intégré (JSI/CBIHP) nommé MALagasy HEniky ny FAhasalamana (MAHEFA) et financé par l'USAID Madagascar, des interventions de santé à base communautaire incluant la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la planification familiale et la santé de la reproduction (PF/SR), la prévention et le traitement du paludisme, les pratiques améliorées en nutrition (AEN), ainsi que celles relatives à l'eau, hygiène et assainissement (EHA) sont prévues être menées dans neuf régions du nord et du moyen ouest de Madagascar, spécifiquement auprès des populations difficilement accessibles.

L'équipe de MAHEFA a déjà réalisé une revue de la littérature et une analyse des barrières à l'adoption de nouvelles pratiques dans la zone d'intervention. Une étude ethnographique des communautés cibles du projet s'avère indispensable pour compléter les conclusions de la revue de la littérature et l'analyse des barrières. Cette étude permettra au programme MAHEFA de connaître les facteurs socioculturels qui influencent les pratiques courantes des membres de la communauté vis-à-vis des thèmes du programme (la santé maternelle, néonatale et infantile, l'utilisation de l'eau potable, l'assainissement, et l'hygiène).

L'étude permettra en outre aux enquêteurs d'observer et d'interviewer les familles pour mieux connaître les pratiques, les traditions, les coutumes et les mœurs qui influencent leur santé. Les données les plus précises viennent souvent des méthodes d'observation, des conversations informelles, et tout simplement du fait de pouvoir poser certaines questions aux gens pour mieux comprendre ce que les enquêteurs voient ou observent.

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Les objectifs généraux de cette étude sont les suivantes :

- Connaître les facteurs socioculturelles qui influent sur les comportements et/ou les pratiques sanitaires de la population locale ;
- Analyser les rapports de causalité entre les us et coutumes et les comportements sanitaires de la population, et qui pourraient influencer les résultats attendus du programme.

En cela, trois (3) objectifs spécifiques ont été appréhendés :

- Identifier les pratiques culturelles qui influent sur les comportements et/ou pratiques sanitaires de la population dans la région Melaky;
- Décrire la nature des relations entre les coutumes et mœurs des populations locales et leurs comportements et/ou pratiques sanitaires ;
- Définir les données ethnographiques pouvant servir à l'élaboration de stratégie de changement de comportement relatif aux thématiques du programme MAHEFA.

METHODOLOGIE

La réalisation de l'étude ethnographique sur les sites du programme pour affiner les informations sur les pratiques culturelles qui influent sur le comportement sanitaire de la population s'est effectuée en trois étapes :

1. Etape 1 : Phase préparatoire

- Elaboration du protocole de recherche
- Elaboration des outils de collectes
- Organisation et conduite de l'étude sur terrain

Etape 2 : Travaux de terrain

- Travaux sur terrain (entretien, focus group, observation)

Etape 3 : Traitement des données et présentation des résultats

- Compilation des résultats et analyse des données de l'étude ethnographique pour ressortir les pratiques culturelles influant sur l'état sanitaire de la population
- Interprétation des résultats et formulation des recommandations
- Elaboration et restitution du rapport de l'étude auprès de MAHEFA et de ses partenaires potentiels

La démarche scientifique, nous rappelle Bachelard, se présente comme une « course à obstacles » : lutte contre les préjugés et les évidences du sens commun, élaboration d'un cadre d'analyse, mise en œuvre de procédures expérimentales. Dans cette étude, ont été adoptées comme techniques de collecte des données: l'entretien, l'observation et le focus group. L'entretien correspond au mot anglais interview peut être plus ou moins directif par rapport à ce que l'on cherche à contrôler, à vérifier, à approfondir ou à explorer d'une situation ou d'un domaine donné. Nous avons donc essayé d'appliquer l'entretien semi-directif pour pouvoir vérifier certaines informations et les approfondir par la suite. Les unités de l'entretien dans le cadre de cette étude sont : familiales, et individuelles.

L'observation, de son côté, recouvre deux modalités principales : directe ou participante. La première est d'un usage courant en psychologie et permet d'étudier les phénomènes d'interactions au sein de groupes restreints. L'extériorité est de mise et l'objectif poursuivi consiste à enregistrer et à décrire fidèlement les événements qui se sont déroulés. L'autre technique a été expérimentée par les anthropologues et requière une plus grande implication du chercheur. Il importe ainsi de gagner la confiance des gens et de s'intéresser aux « impondérables de la vie quotidienne ». (B. Malinowski).

Enfin, le focus group¹, discussion approximativement structurée à l'aide d'une check-list des sujets que l'équipe veut aborder, est en quelque sorte une forme de triangulation des données afin d'assurer la validité des informations cruciales. Ensuite, nous avons essayé de voir comment les gens se comportent en groupe et de décrypter les sujets dont ils ne veulent pas aborder en collectivité.

¹«L'entretien axé sur le comportement est structuré de façon pour permettre de déterminer les réponses de personnes exposée à une situation antérieurement analysée par l'enquêteur. Son objectif principale s'agit de découvrir: (1) les aspects importants du contexte globale dans lequel une réponse a été donnée; (2) des disparités entre les effets attendus et les effets réels ; (3) des sous-groupes déviants dans la population ; et (4) le processus impliqué dans des effets provoqués expérimentalement ». Robert K. Merton and Patricia L. Kendall, in *The American Journal of Sociology*, Vol. 51, No. 6 (May, 1946), p.541 – 557.

1^{ère} Partie:
SITE DE BELITSAKY MELAKY



I-A-PRESENTATION DU SITE

1. Localisation et historique

La commune rurale de Belitsaky est une commune se situant à 60km de la commune urbaine de Maintirano. Cette commune appartenait, au début, à la communauté Sakalava Bôsy. C'est une communauté descendant des « vazimba » (nains) vivant dans le tsingy qui se trouve dans la commune. D'après les ouïes dire, ces « vazimba » existent encore mais ne se montrent pas à n'importe qui, sauf à leurs proches descendants habitant dans le village ; et aussi, dès qu'ils voient des personnes étrangères ou entendent des bruits bizarres (ou qu'ils n'ont pas l'habitude d'entendre), ils fuient immédiatement. S'agissant de la vie sanitaire ou de la santé, ils n'ont aucune influence sur qui que ce soit, ni sur quoi que ce soit.

2. Economie locale et accessibilité

Les principales activités économiques de Belitsaky sont l'agriculture (riz, maïs, manioc) et l'élevage (volailles, bovin).

Photo 01 : La mairie de la commune rurale de Belitsaky



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

La route desservant la commune rurale de Belitsaky est en mauvais état ; surtout en période de pluies, comme illustrée par les photos suivantes.

Photo 02 : Route menant à Belitsaky



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Photo 03 : Route menant à Belitsaky



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

3. Descriptions des ethnies existantes et représentation dans l'étude

Les communes rurales de Belitsaky et de Betanatanana sont composées de plusieurs communautés : *Sakalava, Bara, Korao, Antandroy, Antemoro et Betsileo*. La répartition de nos enquêtés se fait comme suit:

Tableau 01 : Répartition des groupes communautaires interviewés par groupe ethnique

Groupe communautaire	Nombre	Pourcentage par rapport à l'Effectif (%)
Sakalava	06	24
Bara	06	24
Korao	04	16
Antandroy	04	16
Antemoro	02	08
Betsileo	03	12
TOTAL	25	100

Par ailleurs, diverses méthodes ont été utilisées dans la collecte des données à savoir, l'entretien individuel, le focus group, ainsi que l'observation par rapport aux pratiques quotidiennes. Pour cela, la répartition des groupes pour chaque type des méthodes est la suivante :

Tableau 02 : Répartition des interviewés selon leur catégorie sociale ou statut familial

Catégorie des participants	Nombre	%
Grand-mère, Belle-mère	02	08
Mère	05	20
Mère célibataire	02	08
Jeune Fille	03	12
Matrone	02	08
Leader traditionnel	02	08
Président fokontany	02	08
Grand-père	01	04
Guérisseur	00	00
Père	05	20
Jeune homme	01	04
TOTAL	25	100

Au total, 25 individus ont participé aux entretiens individuels. Seuls les guérisseurs n'ont pas été représentés car certains d'entre eux n'étaient pas disponibles lors de notre descente sur le site, tandis que d'autres étaient réticents face à notre présence et n'ont osé aborder le sujet avec nous.

Lors des focus group, nous avons considéré les mêmes catégories de participants, afin d'avoir plus d'informations en termes de quantité et de qualité. Pour chaque Fokontany, nous avons rassemblé 10 individus pour 1 focus group ; par exemple dans le Fokontany Belitsaky nous avons fait un focus group avec 3 grand-mères /belle-mères, 6 mères, et 1 matrone. Donc en tout, nous avons effectué 4 focus groups dans 4 Fokontany différents et avec des catégories sociales et familiales différentes.

Tableau 03 : Répartition des participants au focus group par fokontany

Catégorie des participants	Fokontany Belitsaky	Fokontany Ankilimanarivo	Fokontany Amborokotsy	Fokontany Mandrevomby	TOTAL	% par rapport à l'effectif
Grand-mère, Belle-mère	03	02		02	07	17,5
Mère	06	02			08	20
Mère célibataire		03			03	07,5
Jeune Fille				02	02	05
Matrone	01	01		01	03	07,5
Leader traditionnel			01	01	02	05
Président du fokontany			01	01	02	05
Grand-père			01		01	2,5
Guérisseur			01		01	2,5
Père		02	03	03	08	20
Jeune homme			03		03	7,5
TOTAL	10	10	10	10	40	100

Ce tableau représente les participants pour cette étude, classé selon leur catégorie sociale ou statut familial. Toute entité ont été prise en compte ici du fait que chacun peut avoir une influence quelconque par rapport à la santé et à la prise de décision. Néanmoins, les mères sont les plus nombreuses car ce sont elles les principales cibles étant donné qu'elles s'occupent directement des enfants et du foyer. En tout, nous avons pu faire 04 focus group.

Notre méthode ne s'est pas limitée aux focus groups et aux entretiens individuels, comme il a été dit précédemment, nous avons fait des observations dans le but de non seulement connaître les pratiques quotidiennes, mais aussi voir directement comment la population procède pour les faire. Ainsi, les éléments qui ont été observés sont figurés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 04 : Liste des éléments observés

THEMES	ELEMENTS OBSERVES
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - source d'eau existante ; - conservation de l'eau ; - traitement de l'eau ; - lavage des mains ; - défécation à l'air libre.
Préventions, soins et traitements	<ul style="list-style-type: none"> - fréquentation du centre sanitaire ; - prévention traditionnelle ; - utilisation des moustiquaires.
Santé maternelle et infantile	<ul style="list-style-type: none"> - grossesse ; - allaitement maternel ; - santé de la reproduction ; - préparation des repas ; - utilisation des moustiquaires ; - soucis envers les enfants.

Ce tableau est plutôt qualitatif comparé aux tableaux précédents ; mais l'important c'est que tous les éléments ont été bien vus directement et ainsi l'on a constaté leur véracité. Les détails sont abordés plus bas.

Calendrier de collecte des données

Pour effectuer cette étude, il nous a fallu rester dans le site étudié pendant 4 semaines, à savoir

- *Première semaine* : dans le fokontany de Belitsaky, chef-lieu de commune;
- *Deuxième semaine* : dans les fokontany d'Amboronkotsy et d'Antsory ;
- *Troisième semaine* : dans les fokontany de Mandrevomby et d'Ankilimanarivo;
- *Quatrième semaine* : dans le fokontany de Maperabe.

Ce laps de temps paraissait insuffisant car notre site (Commune rurale de Belitsaky) est composé de 7 Fokontany réparties sur plusieurs kilomètres et dont l'accès géographique est difficile pour la plupart. De ce fait, nous avons quand même tenté de faire l'étude dans chaque Fokontany tout en profitant de constater les pratiques quotidiennes de la communauté. Gagner la confiance des villageois n'est pas une chose facile surtout quand on est des étrangers pour eux, en plus, certaines de nos questions sont un peu délicates notamment celles abordant le comportement sexuel. C'est à partir de la 2ème semaine que les villageois commencent à être plus ouverts envers nous.

4. Démographie

La Commune est composée de 07 fokontany dispersés dans les quatre coins de la Commune. Pour voir la distance de ces fokontany avec leur population, nous avons dressé le tableau ci-après.

Tableau 05 : Evolution du nombre de la population par fokontany

Fokontany	Distance (Km)	Population 2011	Estimations 2012
BELITSAKY	0	1045	1075
ANTSORY	25	565	581
MANDREVOMBY	30	1089	1119
BEANTSIVA	20	350	359
AMBOROKONTSY	17	500	514
ANKILIMANARIVO	07	168	172
MAPERABE	10	599	616
TOTAL		4316	4436

Source : CSB II Belitsaky, 2012

Il a été mentionné dans ce tableau que pour l'année 2012, il s'agit d'une estimation ; cela s'explique par le fait que cette année n'est pas encore achevée et que le recensement de la population n'est pas encore finalisé. En somme, la Commune rurale de Belitsaky compte quelques 4436 d'habitants.



I-B-RESULTATS DE L'ETUDE

1. Organisation sociale

Structure sociale

Dans la commune rurale de Belitsaky, il existe encore un roi, appelé localement *Ampagnito*. Il est le chef suprême de la communauté, ce qui lui donne un pouvoir et une autorité dans la vie sociale. Sous l'Ampagnito se placent les Lonaka qui sont des personnes âgées et considérées comme des grands sages. Il est à préciser qu'il existe un Lonaka pour chaque groupe communautaire.

La situation sociale des familles peut varier selon leur rang, leur sentiment d'appartenance culturelle et leur niveau d'instruction. En ce sens, nombreuses sont les causes à l'origine des différences des richesses des familles tels que :

- la descendance : les familles descendantes des « Ampagnito » possèdent plus de terre pour réaliser leurs activités (agricole), à part cela, elles possèdent des héritages (zébus, bijoux) ;
- attachement aux cultures traditionnelles et aux coutumes qui suscite la résistance aux changements, les gens ne veulent pas d'enfreindre les interdits par peur de subir les punitions des ancêtres ;
- à part cela, il y a le manque de connaissance et de techniques, l'illettrisme et l'absence d'effort.

Organisation matrimoniale

L'organisation matrimoniale se fait pour la majorité traditionnellement, c'est-à-dire qu'aucun couple, parmi nos enquêtés n'a été marié légalement. Ce type de mariage n'a aucune influence sur les pratiques sanitaires car c'est reconnu au niveau de la communauté ; donc cela n'a rien avoir avec leur pratique en terme de santé.

Tabous, croyances et endroits sacrés

• Les tabous

Le fady généralement traduit par tabou ou interdits, sont en réalité des croyances qui concernent les actes, les aliments.

La population de la Commune Belitsaky a des tabous (fady) qu'elle respecte ; qui, pour eux, sont souvent l'expression d'un ensemble de règles de conduite établi par leurs ancêtres. Selon eux, le fady n'a pas pour objectif de restreindre la liberté mais plutôt d'assurer le bonheur et améliorer la qualité de vie des personnes le respectant. A titre d'exemple, il est interdit d'emmener des linges ou vêtements mouillés près de l'arbre sacré dans le Fokontany de Belitsaky sinon un malheur s'abattra sur le Fokontany. Autre exemple, on n'a pas le droit de manger une certaine nourriture par peur d'une punition ou par un simple refus. Une des raisons pour laquelle les personnes ne mangent pas telles ou telles nourriture est la peur de tomber malade.

• **Croyances**

La population de la Commune a une certaine croyance sur la continuité de la vie après la mort. Pour elle, la vie ne s'achève pas à la mort et que les morts et les vivants établissent encore des relations : les morts veillent sur les vivants et pour cela, les vivants doivent avoir du respect face à eux.

Le retournement des morts (razana) est l'une des manifestations de ces respects des vivants envers les morts.

L'existence des calamités telles que cyclone ou sécheresse est donc considérée comme étant issues de la colère des razana. Face à cela, un zébu doit alors être sacrifié pour les apaiser.

Le respect des plus âgés et des aînés fait partie de la tradition des villageois, c'est pourquoi leurs conseils sont très importants vu qu'ils ont plus d'expériences et que leurs bénédictions et leurs permissions sont indispensables avant de pouvoir faire quelque chose.

Une majeure partie de la population de la Commune croit aussi en des dieux ou esprits de la nature, et qui habitent dans les arbres, les rochers ou les rivières. D'où, l'apparition des endroits sacrés.

Notons que les croyances sont presque pareilles pour toutes les ethnies existantes, puisque la population de la Commune est en majorité Sakalava, alors les autres groupes ethniques respectent leurs croyances.

• **Endroits sacrés**

Chaque Fokontany dans la commune rurale de Belitsaky a son propre endroit sacré. Pour le cas du Fokontany de Belitsaky, il y a un arbre sacré appelé tozny qui se trouve à l'Est du village. Les interdits correspondant à cet endroit sont :

- emmener des linges ou vêtements mouillés ;
- sortir du feu dehors (à l'extérieur) ;
- siffler ;
- porter des ficelles, cordes.

Ces interdictions sont encore respectées jusqu'à ce jour.

A part cet endroit, il y a encore un autre endroit appelé tsy androrà (littéralement, interdiction de cracher) qui se trouve au Nord, lequel est encore plus sacré car c'est là que se déroulent les cérémonies culturelles, le tromba (transe).

Statut des femmes

Les femmes ont une place qui les différencie des hommes, c'est-à-dire qu'au niveau du foyer ou de la société, elles ne prennent aucune décision, elles ne font que soumettre à celles de leurs époux. Leur principal rôle c'est de s'occuper de la maison et des enfants.

2. Prises de décision par rapport à la santé : Influences de la hiérarchie sociale

Les conditions de vie sociale et les croyances fondamentales continuent toujours à influencer les comportements des individus. Néanmoins, les supérieurs (Ampagnito, Lonaky) ne prennent pas de décision par rapport à la santé ; cela ne concerne que les membres de la famille (pères, mères, grand-mères, oncles...). En ce qui concerne les conseils sur la santé, il n'y a pas de critères ou catégories sociales ou familiales spécifiques pour pouvoir les donner. Les personnes qui veulent des conseils par rapport à la santé, consultent leurs proches (mères, belle mères, amies, voisins...) selon leurs relations.

S'agissant de la PF, les femmes se partagent les informations entre elles en donnant des conseils et aussi racontent leurs expériences et c'est à partir de cela qu'elles s'orientent à prendre la décision à en pratiquer.

3. Hygiène

Utilisation, traitement et conservation de l'eau (point d'eau, lavage des mains)

Avant d'entamer la partie utilisation de l'eau, notons que les sources d'eau sont différentes d'un endroit à un autre.

Photo 04 : Pompe à eau



Photo 05 : Eau de rivière



Photo 06 : Puits



Photo 07 : Eau de puits



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Concernant l'utilisation de l'eau, il y a des villageois (au total 20 familles sur les 25 qu'on a pu interviewées) qui sont conscients de l'importance de la séparation des sources d'eau pour la cuisine des autres sources d'eau destinées au nettoyage et à la lessive et au bétail. Les sources d'eau existantes dans le village ont différentes fonctions. Certaines sources sont permanentes alors que d'autres ne sont que saisonnières. Pour les puits, ils ne sont pas ni couverts, ni clôturés.

Ce sont les mères de famille qui sont chargées de surveiller si leurs enfants suivent bien les règlements concernant l'utilisation de l'eau, ce sont elles qui apprennent à leurs enfants et leurs montrent quelle source utiliser pour quelle tâche. Grâce à cela, leurs enfants arrivent à différencier la source d'eau spéciale pour la cuisine, pour la vaisselle et pour la cuisson des repas. Ils utilisent d'autres sources pour abreuver les animaux, faire la lessive et prendre leur bain. Ce qui n'empêche que lorsqu'ils ont soif, ils se soulagent à la source la plus proche sans tenir compte des divers usages assignés aux sources d'eau.

Lorsqu'il est demandé aux villageois de décrire ce qu'ils entendent par hygiène, les hommes l'associent aux faits de prendre un bain et de faire la lessive, c'est-à-dire, ils l'ont réduit à l'hygiène corporelle et vestimentaire, tandis que les femmes ont un peu développé ce qui ont été dits par les hommes, et ont ajouté: veiller à la propreté de la maison et de la nourriture.

Pour ce qui est du lavage de mains, les villageois ne se rendent pas compte de son importance, ils ne sont pas habitués à le faire, ils ne lavent les mains que lorsque ils les trouvent sales et ils ne le font même pas avant de prendre le repas.

Les gens ne se lavent généralement les mains qu'avec de l'eau, mais la seules fois qu'ils utilisent du savon c'est généralement parce qu'ils vont se rendre à une fête. Les facteurs influençant l'utilisation de savon sont le prix et la taille du ménage (ils sont trop nombreux à l'utiliser et un savon ne dure que deux ou trois jours), comme un de nos enquêtés a mentionné : « maro loatra zahay an-trano ka tsy araka ny fividianana savony matetika, ny vola efa tsy mahampy ka ny sakafo no mamaika » ; d'après cette phrase, il a dit qu'ils sont trop nombreux à la maison et ils ne peuvent plus acheter du savon si souvent alors que le moyen est insuffisant et la prioritaire reste les nourritures. D'autre part, les villageois n'ont pas conscience du lien entre une mauvaise hygiène alimentaire et l'apparition des maladies.

En ce qui concerne la conservation de l'eau, les villageois présentent de très grandes disparités en termes de connaissance du fait que la non propreté des récipients de conservation de l'eau constitue une source de maladie.

Le prix des récipients de conservation d'eau avec couvercles de protection semble constituer un facteur déterminant : dans la plupart des cas, le seau en plastique sans couvercle est le seul récipient de collecte et de conservation de l'eau qui soit à la portée des gens et ils sont peu nombreux à le couvrir.

Mais le problème c'est que les villageois ne peuvent acheter des récipients pour conserver l'eau qu'à Maintirano (chef lieu de district). L'accès routier, c'est-à-dire la possibilité d'acheter et d'utiliser des récipients pour un stockage assuré de l'eau, constitue un facteur de blocage pour faciliter un bon stockage de l'eau, vu que la qualité des sources étant souvent mauvaise. De plus, seuls 20,83 % parmi les personnes enquêtées possèdent un récipient spécialisé afin de puiser l'eau dans les seaux par exemple, contre 75 % pour ceux qui n'en ont pas².

² Chiffres obtenus à l'aide de l'enquête sur terrain effectuée par l'équipe à Belitsaky, Mars-Avril 2012.

A cela s'ajoute le manque d'organisation communautaire par rapport aux sources d'eau : il y aurait peu ou pas de collaboration entre les utilisateurs d'une même source. Néanmoins, ils trouvent un autre moyen pour un peu améliorer cette qualité en laissant reposer l'eau, afin que les résidus restent au fond du récipient. Cette méthode, d'après la perception de la population, permet d'avoir de l'eau d'une meilleure qualité, car les saletés vont rester au fond du récipient. Par la suite, ils en déduisent qu'ils ont de l'eau potable. Ce système de traitement de l'eau est illustré par les photos N°08 et 09 ci-dessous.

Photo 08 : Conservation de l'eau (pompe)



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Photo 09 : Conservation de l'eau (rivière)



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

A part cela, il y a quand même des familles qui se rendent compte de la mauvaise qualité de l'eau et sont conscientes que celle-ci favorise l'apparition de maladies telle que la diarrhée. Parmi ces familles qui ont mentionné l'importance de la diarrhée (faisant partie de la maladie dominante dans cette commune), le tableau ci-dessous illustre les causes de cette maladie selon les interviewés :

Tableau 06 : Raisons de la diarrhée selon la population interviewée

Causes de la diarrhée	Pourcentage (n = 25)
Aliments, Nourritures	52,17 %
Eau	56,52 %
Aucune idée sur la raison	17,39 %

Les aliments et l'eau sont les plus cités comme sources de la diarrhée. Néanmoins, il y a des familles qui ne savent pas les causes possibles de la maladie, représentée par environ une famille sur cinq. Ainsi, d'après ce tableau, pouvons-nous parler de l'existence de la reconnaissance par la population étudiée sur les raisons qui peuvent entraîner la diarrhée. Les taux de réponses enregistrées sur « l'eau, les aliments et les nourritures » s'expliquent par le fait que les enquêtés sont libres de répondre selon leur point de vue et donc ils peuvent citer deux (02) réponses à la fois.

Pour faire face à cette situation et pour plus de prévention, elles préfèrent faire bouillir l'eau avant de l'utiliser car l'ébullition tue les microbes dans l'eau. A part l'agent de santé avec lequel nous avons eu un entretien, 79,16 % des enquêtés n'utilisent aucune méthode sur la façon de traiter l'eau avant de la boire ou de l'utiliser ; 20,83 % d'entre eux pratiquent l'ébullition, et 12,5 % optent pour le fait de laisser reposer l'eau pendant quelques heures, afin de laisser les résidus se décanter³.

Défécation et latrines

Dans la Commune, les latrines sont actuellement en nombre insuffisant et sont peu utilisées et/ou mal entretenues.

Sur les sept Fokontany qui constituent la Commune, seul Belitsaky, le chef-lieu de la Commune et Mandrevomby, disposent d'une latrine, et les autres n'en disposent aucune soit pour une question de croyance ou de tabou, soit par convenance liée à son utilisation.

La majorité des villageois (88% des interviewés) préfèrent faire leur besoin dans les bois un peu éloignés de leurs maisons, plutôt que d'endurer l'odeur nauséabonde et les mouches bleues à l'intérieur des latrines non hygiéniques. Seuls les agents de santé et quelques-uns de leurs voisinages (élèves, instituteurs, gardien ainsi que les malades qui font la consultation chez eux) utilisent la latrine à Belitsaky. Quant à Mandrevomby, la seule latrine dans ce Fokontany appartient à l'école, et il n'y a que les élèves et les instituteurs qui l'utilisent lorsqu'ils y sont, mais lorsqu'ils rentrent chez eux, la latrine reste non utilisée.

Néanmoins, les membres de la communauté ont déclaré être prêts à utiliser des latrines s'il y en avait. Plus de la moitié des interviewés (soit 68 %) est consciente de l'utilité des latrines, selon leur propos : « faire les besoins n'importe où entraîne la pollution de l'air dont nous respirons car les odeurs se répandent ; de plus, cela peut avoir des impacts négatifs sur la santé surtout pendant la période de pluies, car les eaux vont emporter les déchets et ces derniers vont atteindre la rivière où nous allons chercher l'eau que nous utilisons au quotidien » Mais un obstacle surgit face à sa construction pour les habitants. Soixante pour cent (60%) des interviewés ont dit : « il nous est impossible de participer directement à la construction d'une latrine, c'est interdit par nos coutumes, voire fady, vu que dedans on jette les déchets humains ; mais s'il nous en faut une, nous sommes prêts à dépenser de l'argent pour que quelqu'un d'autre la construise pour nous ». Construire une latrine est donc considéré comme tabou, jamais ils ne participeront à construire quelque chose dans laquelle on jette les déchets humains et ils préfèrent payer quelqu'un d'autre (étranger) pour faire le travail à leur place.

Il faut toutefois noter que sur les 10 pères de famille que nous avons interviewés, 80 % sont des travailleurs de champs et selon eux, ils préfèrent déféquer sur place parce que l'utilisation de latrines éloignées semble peu pratique et leur fait perdre du temps de travail.

³ Chiffres obtenus à l'aide de l'enquête sur terrain effectuée par l'équipe à Belitsaky, Mars-Avril 2012.

4. Maladie

Perception locale de la maladie

Les villageois se rendent compte de la présence d'une maladie lorsqu'ils constatent un changement sur leur état, par exemple : fatigue, étourdissement, manque d'appétit, température du corps élevée, tremblements.

Les villageois ont précisé que les maladies peuvent être classées selon leurs origines en trois catégories :

- Celles qui sont issues des mauvaises intentions ou de jalousie d'autrui : sorcellerie, mauvais sort, empoisonnement ;
- Celles qui proviennent de forces surnaturelles : punitions des ancêtres ou des esprits divers ;
- Celles qui sont provoquées par le contact direct avec leurs environnements : eau, air, moustiques (mais ils ne sont pas conscients que les moustiques provoquent le paludisme)...etc.

Causes des maladies existantes

Les villageois ont classé les types de maladies selon leurs origines :

1. Maladies causées par l'environnement ou par des causes naturelles : paludisme, diarrhée, bilharziose, étourdissement, fatigue, maux d'estomac ;

2. Maladies causées intentionnellement par des gens vivants, qui sont issues des mauvaises intentions ou de la jalousie d'autrui, sorcellerie, mauvais sort, empoisonnement : la diarrhée, les lèpres, gonflement des pieds par l'intermédiaire du « rao-dia » c'est-à-dire quelqu'un qui voulait faire du mal attend que la cible passe et il ramasse ses empreintes de pieds, les crises hystérique et épileptique ;

3. Maladies causées intentionnellement par des morts : punitions des ancêtres, état de démence (folie) suite au non-respect des coutumes ou du non tenue des promesses envers les ancêtres après que ceux-ci ont réalisé ses vœux ;

4. Maladies causées par les esprits qui veulent faire du mal suite au non respect des endroits sacrés : dysfonctionnement d'une partie du corps, par exemple perte de la vue, impuissance, aliénation, interruption involontaire de la grossesse.

Selon eux, parmi les causes de la diarrhée figurent l'utilisation des eaux non traitées pour la cuisine, la consommation en grandes quantités de tamarin surtout pour les enfants, la présence de parasites intestinaux. Certains sont conscients que le fait d'avoir des ongles sales peut provoquer facilement des maux de ventre, parce que les saletés vont se mélanger à la nourriture et apportent des microbes qui suscitent l'apparition des maladies.

Les villageois sont aussi conscients que les maladies peuvent être issues du fait de manger de la nourriture sale ou en utilisant de l'eau non traitée (non bouillie) venant de puits ou des rivières.

Malgré ces différentes perceptions, pour eux, la colère des ancêtres reste la cause première des maladies, ils pensent que les maladies sont le résultat d'un mauvais comportement de leur part, par exemple, quand ils ont manqué de respect envers les ancêtres ou n'ont pas respecté les tabous ou les coutumes, les ancêtres les punissent en leur infligeant des maladies.

Traitement des maladies

En cas de maladies, le traitement suivi par les villageois dépend de l'origine de celles-ci :

- celles qui sont provoquées par le contact direct avec leurs environnements sont traitées auprès des médecins formels ;
- celles qui sont issues des mauvaises intentions ou de jalousie d'autrui : sorcellerie, mauvais sort, empoisonnement sont traitées auprès des tradipraticiens ou des guérisseurs traditionnels ou auprès des leaders religieux ;
- celles qui proviennent de forces surnaturelles : punitions des ancêtres ou des esprits divers sont traitées auprès des guérisseurs et /ou en faisant des rituels dans les endroits sacrés pour demander pardon aux esprits des ancêtres, car d'après leur croyance, la raison de vénérer ces derniers c'est qu'ils les représentent.

Il n'empêche qu'au cas où les tradipraticiens et les guérisseurs échouent, c'est-à-dire lorsque la maladie atteint un certain degré et s'aggrave, les médecins formels sont placés en dernier recours.

D'autre part, l'automédication est aussi une pratique courante dans la communauté où le rôle des femmes, surtout des mères de famille est primordial.

Il est à noter que c'est la mère qui s'occupe des problèmes concernant la santé de ses enfants. Celle-ci est souvent conseillée par les autres femmes de son entourage : belle-mère, grand-mère, matrone, guérisseuse.

L'acquisition des connaissances en termes de médicament repose sur une transmission orale et se transmet de génération en génération (les mères apprennent à leurs filles au fur et à mesure de leurs confrontations à des maladies et ainsi de suite).

Le tableau ci-dessous présente le premier recours des interviewés en cas de traitement des maladies.

Tableau 07 : Premier recours pour le traitement des maladies

Interviewés	Guérisseurs, Plantes médicinales	Médecin formel	Automédication
Leader traditionnel	1	1	
Grand- père	1	1	1
Grand-mère		1	
Père	4	3	
Mère	3	3	
Jeune homme	3	1	
Jeune femme	1	1	
Total	13	11	01

D'après ces chiffres bruts, les villageois ont l'habitude de consulter les guérisseurs en premier lieu et de boire des tisanes en cas de maladies. C'est à partir du moment où la maladie s'aggrave qu'ils consultent les médecins formels (CSB II à Belitsaky ou à Maintirano).

• **Guérisseur**

Les guérisseurs appelés masy ou gasy, cumulent les fonctions de devin, de guérisseur traditionnel et de voyant, ils sont majoritairement Sakalava et sont souvent sollicités pour guérir la maladie soit issue d'une sorcellerie, soit issue du non-respect d'un tabou .

Parmi les raisons qui poussent les villageois à fréquenter les guérisseurs traditionnels, selon eux, est la pauvreté avec ses lourds problèmes tels que le chômage, le handicap et la vieillesse. La population est occupée à chercher de quoi se nourrir au jour le jour que de se préoccuper de leur état de santé .

C'est pourquoi, en cas de maladie, nombreux sont ceux qui préfèrent fréquenter les guérisseurs car là-bas, les coûts du traitement sont moindres et le mode de paiement est plus facile, négociable (on peut payer après guérison).

Le problème c'est que les villageois qui fréquentent les guérisseurs n'osent même pas remettre en question leurs méthodes de guérison même si celles-ci sont inefficaces et ont échoué, par peur que ces derniers les rejettent et ne voudront plus les guérir en cas d'une éventuelle maladie.

• **Médecine formelle : fréquentation du CSB**

Pour ceux qui préconisent la fréquentation des médecins formels, le problème concerne le déplacement face à l'éloignement du centre de santé, vu que le coût de transport par véhicule est bien au-delà de leur moyen et que le seul moyen de transport abordable ou gratuit est le « Gary » (charrette). Selon leur propos, cette raison d'éloignement constitue un facteur favorisant la fréquentation des guérisseurs traditionnels qui sont plus près et moins chers.

Notons que la Commune de Belitsaky bénéficie de deux médecins dont un homme et une femme. L'appréciation de ces médecins par les villageois varie d'un village à un autre : si dans certains villages, le médecin de sexe masculin a été bien apprécié, bien accepté et a gagné la confiance des gens grâce à ses conseils et la manière dont il se comporte avec eux, dans d'autres villages, ce même médecin est perçu comme inhospitalier et insensible. Selon les dires, il n'est pas très accueillant et est plutôt froid envers les patients. Le médecin lui-même ne sait pas instaurer un climat de confiance avec les habitants, de ce fait, les gens éprouvent de la méfiance à son égard. Soixante douze pour cent (72%) des gens du village qui n'apprécient pas le médecin le traitent d'insensible car il n'accorde pas de crédit sur les médicaments. Pour eux, le médecin doit leur accorder cette faveur vu leur pauvreté. C'est aussi le cas du médecin de sexe féminin, seulement, si on compare leur popularité, le médecin de sexe masculin est plus apprécié par rapport à la femme. Selon les villageois (68% des interviewés), la raison pour laquelle ils ne l'apprécient pas c'est parce qu'elle n'arrive pas à s'adapter à leurs façons de vivre et qu'elle n'arrête pas de se plaindre sur le climat, sur le fait qu'il n'y pas de marché local, sur les caractères des gens etc. Cette situation met les gens dans une position difficile en cas d'absence du médecin de sexe masculin car même malades, ils préfèrent attendre que ce dernier arrive pour aller se soigner. A cause de tous ces problèmes, les gens sont devenus réticents et n'emmènent les malades qu'à un stade de complication grave de la maladie, c'est-à-dire en dernier recours. Et si par malheur le médecin n'arrive pas à sauver le malade, c'est le centre qui en subit les conséquences et sa réputation se détériore.

- **Budget et/ou dépense**

Vu l'état de pauvreté de la population, personne ne peut se permettre d'allouer un budget spécial pour la santé. La dépense pour la santé est donc minimisée parce que la population est surtout préoccupée par la question de survie : alimentation surtout.

- **Coût du traitement**

Selon les interviewés, le coût du traitement est très élevé, cela dépend de la gravité de la maladie. C'est pareil pour les Masy mais la différence c'est que pour ce dernier, il est possible de faire du crédit, tandis que chez les médecins formels, « il faut payer avant d'être soigné ». Prenons l'exemple du traitement de la diarrhée, chez le Masy, cela ne coûte que 1.000 Ariary environ, en plus, il est possible de payer après le rétablissement, tandis qu'au CSB, le coût du traitement varie de 3.000 à 10.000 Ariary selon le degré de la maladie. Pour eux c'est hors de portée du budget familial par rapport à leur niveau de vie, en plus ils n'ont pas de sources de revenus fixes et stables, donc ils ne peuvent pas s'offrir un meilleur traitement dont le coût est sûrement élevé.

5. Comportement sexuel

Informations sur la sexualité

Le sujet sur la sexualité est assez délicat dans cette localité. Il n'est pas interdit d'en aborder la discussion, mais c'est seulement un peu gênant. En revanche, entre frères et sœurs, pères et filles, mères et fils, le sujet est devenu tabou.

La communauté ainsi que les jeunes se partagent les informations entre eux. Bien que dès fois, les moins âgés se réfèrent auprès des plus âgés qui sont considérés comme experts en la matière.

Les individus sont de plus en plus à l'aise de parler de la sexualité devant des individus du même sexe.

Pour cette raison, 92 % de nos interviewés ont dit : « si nous avons le choix, nous préférons recevoir les informations sur la sexualité par quelqu'un du même sexe que nous, par exemple, s'il faut nous sensibiliser sur la sexualité, il faut le faire séparément, c'est-à-dire un homme sensibilise les hommes et une femme sensibilise les femmes ». Cinquante-six pour cent (56 %) des interviewés ont dit que pour eux les posters montrant des Photos concernant la sexualité leur suffit pour mieux la comprendre. Et enfin, toutes les personnes interrogées ont dit qu'il est préférable d'évoquer leurs problèmes sur la sexualité devant des médecins du même sexe qu'eux.

Age de la première relation sexuelle

Les jeunes deviennent sexuellement actifs dès leur très jeune âge (12/13ans) à cause du manque de surveillance par les parents et l'inexistence de modèles adéquats.

De plus, dans le Fokontany de Belitsaky, les parents adoptent un comportement qui incite d'une manière plus ou moins directe leurs enfants, en particulier les filles, d'avoir une relation sexuelle précoce. Cela se manifeste par le fait de donner à leurs filles plus d'indépendance dès que leur corps atteint un certain développement. Il s'agit de construire une maison située un peu à l'écart de la leur, afin que leurs filles puissent exercer des activités sexuelles comme source de revenus sans que leurs parents puissent les voir.

En contrepartie, les garçons/hommes donnent quelque chose aux filles en guise de remerciement et en symbole de la satisfaction par rapport aux plaisirs qu'elles leur ont procurés pendant les actes sexuels. Les filles ne sont pas sensées offrir quelque chose aux garçons à part leurs corps, et le font pour obtenir une contrepartie, soit sous forme pécuniaire soit en nature (bijoux, vêtements).

Cette situation est considérée par les leaders religieux comme étant un acte de rejet de toute responsabilité des parents vis-à-vis de leurs enfants, un acte d'égoïsme. Selon eux, ce comportement est impardonnable car le rôle des parents n'est pas de vendre leur fille mais, au contraire, de les inciter à mieux se comporter et à garder leur virginité jusqu'au mariage.

Education sexuelle

Parler de sexe n'est pas tabou (fady) mais l'éducation sexuelle ne peut se faire qu'entre mère et fille, entre père et fils et avec les pairs.

Il y a des pratiques culturelles qui favorisent les relations sexuelles. Il s'agit de l'enterrement, de la circoncision, du retournement des morts, de la veillée mortuaire, du jour du marché. Pendant ces événements, les personnes s'adonnent aux relations sexuelles en évitant toutefois l'inceste, c'est-à-dire, se coucher avec une proche parente.

Certaines règles régissent la vie sexuelle des couples mais celles-ci dépendent de leur appartenance ethnique. Par exemple, pour la communauté Sakalava, le rapport sexuel est interdit durant les 3 mois (1 mois pour les Bara, 2 mois pour les Betsileo, les Antandroy et les Korao), qui suivent l'accouchement et l'homme a la permission d'avoir une relation sexuelle extraconjugale durant ces périodes.

Nombre des partenaires sexuels

Il y a ceux (88 % des interviewés) qui préconisent l'importance de la fidélité. Parmi eux, 54,54 % pensent que l'infidélité peut conduire à des situations pouvant nuire à leur vie sociale du fait des conflits que cela va entraîner, tandis que 45,45 % ont mentionné que l'infidélité peut nuire à la santé, car elle favorise l'expansion des IST.

Par ailleurs, 12 % des interviewés sont pour l'infidélité, pensant que cela n'entraîne pas forcément des situations qui nuisent à la vie sociale, car dépend de la discrétion de chacun. En ce qui concerne la santé, l'important c'est de savoir choisir son partenaire et de toujours se protéger pendant le rapport sexuel.

Dans la commune, il est fréquent de rencontrer des gens qui ont plusieurs partenaires. Nous n'avons pas pu déterminer le nombre exact des partenaires des adolescents car c'est trop varié, mais nous avons pu, grâce à nos observations, remarquer que le nombre de partenaires varie de 2 à 4 pour les garçons et pour les filles, de 2 à 6 selon la période ; ce nombre est plus élevé pendant le marché de zébus.

En ce qui concerne le rang, le nombre de partenaires ne détermine pas le rang social des hommes. Il est vrai que celui qui a plusieurs partenaires est très remarqué et considéré comme ayant beaucoup d'argent, mais cela n'augmente pas pour autant son rang social, ni ne la diminue.

L'expérience sexuelle est considérée par les partenaires potentiels hommes comme positive si leurs partenaires arrivent à leur procurer le maximum de satisfaction. De ce fait, une certaine forme de jalousie apparaît et du coup, ils ne veulent pas partager avec d'autres ; dès fois, cela peut les pousser au mariage.

Pour les partenaires femmes, l'expérience sexuelle est considérée comme positive en ce sens que cela les aide à prendre goût à la prostitution, car si elles ne trouvent pas de plaisir pendant la relation sexuelle, elles se sentent non comblées et considèrent ceci comme un simple moyen de gagner de l'argent. Selon leur propos : « il est préférable d'avoir un partenaire plus expert car il nous procure plaisir et argent en même temps ».

Pour le cas d'une mère ou d'un père célibataire, le fait d'avoir déjà d'enfants ne dérange pas les partenaires potentiels, pour eux l'important c'est le sexe et peu importe qu'elle/il ait ou non d'enfants, ou qu'elle/il soit marié(e) ou pas.

Il n'existe aucun droit ni obligation du père d'un bébé né d'une mère célibataire, parce que leur relation n'est ni légal vis-à-vis de l'Etat, ni légitime vis-à-vis des parents. Il n'empêche que certains pères (30% des interviewés) ont conscience de la difficulté que peuvent avoir les mères à élever seules leurs enfants et les aident un peu financièrement.

6. Réalités endogènes et exogènes par rapport à la santé

Perception locale de la santé

Chacun peut avoir sa perception par rapport à la santé mais, à la base, la vision est un peu similaire: avoir la santé signifie une bonne énergie, une forte capacité à travailler, contrairement au malade qui est faible. Cette sensation leur permet de traiter la maladie d'une façon ou d'une autre.

Vaccination

La vaccination est une des méthodes utilisées par la médecine moderne que les mères ont conscience par rapport à son importance. Elles constatent les effets de la vaccination sur leurs enfants car elle leur donne de l'énergie, augmente leurs anticorps ainsi que leur appétit, etc. C'est pour cette raison qu'elles vaccinent leurs enfants. Pour les fokontany autres que celui de Belitsaky, le médecin va sur place pour faire la vaccination pendant la période calendrier vaccinal. De ce fait, les mères n'ont plus d'excuses pour ne pas vacciner leurs enfants. L'apparition du vaccin a changé l'état de santé de l'homme et marque un pas en avant. Sa vulgarisation fait partie des grands changements dans l'histoire de la mondialisation.

Moustiquaires Imprégnés d'Insecticides à longue Durée

Leur utilisation est exclusive, c'est-à-dire que chaque famille l'utilise et chaque membre de la famille dort dans la moustiquaire, mais la population n'est pas consciente que cela est fait dans le but de prévenir le paludisme. Pour les interviewés (soit 100 %), les MID sont utilisés dans le simple but de pouvoir dormir tranquillement et pour ne pas avoir des boutons issus de la pique des moustiques. L'utilisation de ces moustiquaires peut être vue comme un succès mais une société ou une communauté doit aussi connaître les raisons et surtout la nécessité de son utilisation bien que notre communauté ici ne se trouve pas à côté de la plaque. Ci-contre la photo montrant la moustiquaire utilisée dans un ménage.

Photo 10 : Moustiquaires

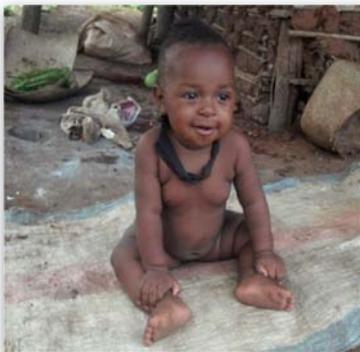


Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche des soins

La prévention traditionnelle est la seule qui existe dans la Commune à part les MID et la vaccination. Cela se manifeste par la coiffure, le port de certains colliers ou bracelets... présentés dans les Photos ci-dessous. D'après eux, il peut s'agir d'une prévention contre les mauvais sorts ainsi que de traitement contre certaines maladies. La prévention traditionnelle relève ici du ressort du guérisseur.

Photo 11 : Bébé portant un collier préventif



Source : RAISSA Nancy, 2012

Photo 12 : Enfant portant des colliers et une coiffure préventive



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Photo 13 : Jeunes hommes avec leur coiffure préventive



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

En ce qui concerne la prévention pour la médecine moderne, aucune prévention n'est faite par les villageois pour différentes raisons :

- ils n'ont pas de budget alloué à la santé ;
- ils ne sont pas conscients de l'importance de la prévention ;
- ils ne sont pas habitués à prévenir les maladies.

En médecine moderne ou traditionnelle, aucune prévention n'est, non plus faite par les villageois concernant les IST.

Santé mère-enfant

• Grossesse et accouchement

Les «matrones» des villages qui ont plus de facilité de communication avec la population locale jouent un rôle fondamental pour convaincre les bénéficiaires de fréquenter les centres de santé spécialisés. Elles collaborent avec les médecins formels pour l'accouchement et ont suivi des formations sur la santé mère-enfant telles que :

- Sensibilisation sur la vaccination et la prise de vitamine A ;
- Sensibilisation sur la fréquentation des CSB pour l'accouchement ;
- Sensibilisation sur la pratique de la PF;

Notons tout de même qu'il ne s'agit pas de toutes les matrones pour le cas du fokontany de Belitsaky.

Pendant la grossesse, les mères ont l'habitude de faire la consultation prénatale à partir du 3ème mois de grossesse, dans le but de connaître l'évolution de la grossesse et de la santé du bébé au centre de santé. Là-bas, elles reçoivent des conseils comme :

- ne pas manger de sel ;
- se réveiller tôt le matin pour respirer de l'air frais ;
- ne pas dormir tout le temps mais se lever tôt pour faire un peu d'exercices pour faciliter l'accouchement
- ne pas manger d'œuf, de pain, et de poissons secs sales.

Par contre, elles ont l'habitude d'accoucher chez les matrones et reçoivent quelques consignes comme des interdictions par rapport aux alimentations : par exemple, interdiction de manger des têtes de volailles ou celles des fruits de mer. Cette interdiction est surtout en relation avec la protection qu'elles pratiquent auprès des guérisseurs : protection contre les maladies et le mauvais esprit qu'elles peuvent rencontrer au cours de la grossesse.

• Naissance et allaitement

Après la naissance, les communautés villageoises font la pratique du « mifana », c'est-à-dire l'acte de rester au chaud après l'accouchement et de s'abstenir sexuellement pendant 1 à 3 mois. Pour cela, les femmes doivent rester au lit, sans faire trop d'effort et ne devraient pas s'exposer au vent pour éviter d'attraper certaines maladies comme le « sovoka », une maladie causée par le froid. Pour elles, c'est aussi un moyen d'avoir des grossesses plus ou moins espacées.

Que ce soit chez le médecin ou chez les matrones, les femmes sont conseillées de toujours nettoyer le téton avec de l'eau tiède avant d'allaiter le bébé, surtout pour le premier allaitement (pour celles qui accouchent chez les matrones).

La communauté Bara donne du thé moyennement sucré, sid'un autre côté, la communauté Korao donne de l'eau tiède ou bouillon de riz moyennement sucré en guise du premier lait ; la cause est que la mère n'a pas encore assez de lait pour son bébé.

Les femmes sont aussi conseillées de bien installer leurs bébés au moment de l'allaitement pour que ces derniers soient bien à l'aise et tètent facilement.

Photo 14 : Allaitement maternel



Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Alimentation

Suite à un problème d'insuffisance alimentaire, le lait maternel s'assèche rapidement et les mamans sont, par la suite, obligées à partir de 3 mois, de donner d'autres aliments comme le kobam-bary et le koba kida (sorte de purée de riz et de banane) en tant que complément du lait maternel.

Santé de la reproduction

• Pratique de la Planification Familiale (PF)

Dans la Commune, les enfants ont toujours été considérés comme étant une richesse précieuse, dans la mesure où ils constituent des mains d'œuvre qui vont aider les parents dans leurs activités (travaux des champs, travaux ménagers...). Ils peuvent aussi être des sources de revenus pour eux, surtout les filles dans le sens où les parents les poussent à exercer des activités sexuelles pour gagner de l'argent ; ce qui freine la pratique de la PF. Le tableau suivant montre le taux d'utilisation et de non utilisation de la PF d'après nos enquêtes.

Tableau 08 : Taux de la PF

Pratique la PF	Ne pratique pas la PF	A arrêtée de pratiquer la PF	TOTAL
9	12	2	23
39,13 %	52,17 %	8,70 %	100,00 %

Source : Equipe à Belitsaky, 2012

Parmi les méthodes de PF utilisées figurent les injections, le stérilet, l'implant.

Les raisons de non utilisation sont nombreuses :

- Ignorance ;
- Désir d'avoir d'autres enfants ;
- Pas de temps consacré à cela ;
- Hésitation quant à l'utilisation ;
- Peur ;
- etc.

Certaines femmes ont choisi d'arrêter la pratique de la PF car elles veulent avoir d'autres enfants, d'autres l'ont arrêté car cela les a rendues malades.

• **Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**

Les villageois ont conscience de la gravité des IST mais n'en redoutent pas trop par rapport aux autres maladies transmissibles telles que la lèpre, la tuberculose.

- La majorité des hommes interviewés (80 %) ⁴ n'aiment pas utiliser les préservatifs car ils les trouvent gênants.
- 66,66 % des hommes ont déclaré pratiquer le multi-partenariat sans se protéger ⁵.

Pour le cas du fokontany de Belitsaky, ce sont les jeunes qui sont les plus touchés par la relation sexuelle précoce et le nombre de partenaires est varié. Ils ignorent la gravité de cette maladie et sa cause. Néanmoins, dès qu'ils aperçoivent des anomalies (écoulement et douleur génitaux), ils consultent immédiatement le médecin. Cela soulève le problème que seul le garçon ⁶ suit le traitement. Dans les autres fokontany, les maladies comme les IST « n'existent pas » d'après les interviewés.

⁴ Chiffres obtenus à l'aide de l'enquête sur terrain effectuée par l'équipe à Belitsaky, Mars-Avril 2012.

⁵ Idem

⁶ Car c'est toujours le garçon qui ressent en premier les anomalies.

II^{ème} Partie :
SITE DE BETANATANANA MELAKY



II-A-PRESENTATION DU SITE

1. Localisation et historique

Le site de Betanatanana se trouve dans le District de Maintirano (à 21 km de Maintirano), Région Melaky, circonscription administrative de Mahajanga. C'est une zone potentiellement agricole et elle attire beaucoup de migrants (Korao, Betsileo, Antandroy, Bara, Vezo, etc.). Cette Commune Rurale est une ancienne occupation sakalava, servant de pâturage (toets'omby). Son nom vient du fait qu'elle était peuplée de tanatanana (jatropa). Actuellement les jatrophas ont disparu mais le nom est resté. Les Sakalava avec leurs anciens modes de vie commencent à être dépassés par les migrants, en particulier les Korao. Ces migrants ont apporté la riziculture dans cette région.

2. Economie locale

Les activités principales de Betanatanana sont la riziculture pluviale, les cultures du maïs et du manioc. La plantation de cocotier et de bananier, la pêche en eau douce et maritime constituent également l'une des sources de revenu de la population locale.

Photo 15: Ville de Betanatanana



Source : JAO Arsène, 2012

Photo 16 : CSB II de Betanatanana



Source : JAO Arsène, 2012

3. Descriptions des ethnies existantes et représentation dans l'étude

La Commune rurale de de Betanatanana est composée de plusieurs communautés : Sakalava, Bara, Korao, Antandroy, Antemoro et Betsileo.

Nous avons pu y effectuer 33 entretiens lors de cette étude :

- 02 autorités communales (Maire et son adjoint)
- 05 agents de santé (médecin, infirmier, agent communautaire, dispensatrice, sage femme)
- 03 Présidents de Fokontany, dont un Mpiandry (Pasteur, Betsileo) et un Lonaky (chef de lignage Korao)
- 02 matrones (Sakalava)
- 02 enseignants de l'école primaire (Sakalava et Korao)

La Commune rurale de de Betanatanana est composée de plusieurs communautés : Sakalava, Bara, Korao, Antandroy, Antemoro et Betsileo.

Nous avons pu y effectuer 33 entretiens lors de cette étude :

- 02 autorités communales (Maire et son adjoint)
- 05 agents de santé (médecin, infirmier, agent communautaire, dispensatrice, sage femme)
- 03 Présidents de Fokontany, dont un Mpiandry (Pasteur, Betsileo) et un Lonaky (chef de lignage Korao)
- 02 matrones (Sakalava)
- 02 enseignants de l'école primaire (Sakalava et Korao)
- 04 jeunes mères (Sakalava et Korao)
- 02 grand-mères (Sakalava et Betsileo)
- 02 grands-pères
- 01 guérisseur
- 02 enfants moins de 10 ans
- 04 jeunes pères
- 04 adolescents

Pour le focus group, 4 focus ont été faits en prenant en considération les différents groupes suivants :

- Autorités
- Mères
- Jeunes parents
- Adolescents.

Ces différents statuts sociaux et familiaux forment 4 groupe d'individus ; ce qui nous a permis de faire 4 focus group. Enfin, les observations qui se répartissent dans 10 Fokontany parmi les 14 dans la commune de Betanatanana ont permis de voir :

- Allaitement maternel
- Fréquentation du CSB et de l'infirmier privé
- Fréquentation et accouchement (CSB, matrone)
- Etat, conservation et utilisation de l'eau (puits et rivières)
- Utilisation des puits
- Le non lavage des mains (enfants et parents)
- Utilisation des moustiquaires

4. Calendrier de collecte des données

La collecte des données de notre terrain se déroulait comme suit :

- *Première semaine* : recherche au sein du chef-lieu de la commune et ses alentours à savoir : Betanantanana, Mahavelo et Ambonarabemahasoa.
- *Deuxième semaine* : Ampanea et Ambalatra
- *Troisième semaine* : Mahazoarivo et Andranomalio
- *Quatrième semaine* : Amboanodimy et Soatana

5. Démographie

La commune est composée de 14 Fokontany qui se répartissent du Nord au Sud et d'Est en Ouest. Ce tableau représente leur distance par rapport au CSB II de Betanatanana et leur population respective.

Tableau 9 : Répartition de la population de Betanatanana par Fokontany

FOKONTANY	DISTANCE PAR RAPPORT AU CSB (km)	POPULATION 2011	ESTIMATION 2012
Betanatanana	500 m	613	630
Mahavelo	1	555	569
Ambonarabemahasoa	2	1 154	1187
Ambalatra	4	514	528
Andranomalio	4	505	519
Analamamoko	4	464	477
Morafeno	5	404	415
Amboanio dimy	6	533	547
Soatana	6	485	499
Mahazoarivo	7	895	920
Matavirano	7	578	594
Ampanea	7	2 548	2620
Manombo	15	719	739
Andrafialava	20	755	776
TOTAL		10 722	10 990

Source : CSB II Betanatanana, 2012



II-B-RESULTATS DE L'ETUDE

1. Organisation sociale

Structure sociale

Les villageois se regroupent dans un Fokontany, circonscription administrative de base, dans lequel des unités d'organisation se produisent. C'est l'organisation lignagère : toutes les cérémonies et rituels (circoncision, mariage, etc.) doivent se dérouler chez le chef de lignage ou Lonaky. Puisqu'il représente les ancêtres, il détient surtout le pouvoir symbolique comme quoi personne ne peut le remplacer qu'après sa mort. Le pouvoir se transmet de père en fils le plus âgé, puis de frère en frère jusqu'au dernier, et ensuite le fils du dernier et à lui de le transmettre à son frère et ainsi de suite. Il est à signaler que l'autorité royale est encore présente mais elle reste sur le plan culturel royal, c'est-à-dire dans la dynastie royale.

L'organisation économique reste au sein du foyer, mais on peut demander l'aide des entourages quand on a besoin de coup de main (par exemple préparer les rizières à l'aide des bœufs, avant de faire le repiquage). Chaque ménage se débrouille pour subvenir aux besoins de ses membres. Dans la famille, tous les enfants ont leur propre part de culture rizicole dans le but de les rendre responsables et conscients. Au moment de la récolte, quand les besoins familiaux sont comblés, les enfants vendent leurs produits pour acheter ce qui leur fait plaisir (par exemple des vêtements).

Photo 17 : Riziculture et poisson d'eau douce



Source : JAO Arsène, 2012

Organisation matrimoniale

Les femmes en général n'ont aucun droit auprès de leur Lonaky, mais plutôt auprès du Lonaky de leur mari. Pour les Korao ou Antesaka, les femmes mariées ont le privilège de rester dans le village de leurs maris après avoir donné naissance à leurs enfants, même si le couple divorce. Dans ce cas, les femmes construiraient une maison à côté de celle de leurs enfants toujours dans le village de leurs ex-maris. Ce n'est qu'après leur mort qu'elles quittent le village, car elles doivent être enterrées dans leur propre tombeau familial. Entre temps, elles peuvent rendre visite et surtout accoucher chez leurs parents. Les Korao pratiquent l'endogamie de groupe et le mariage arrangé, car dès son jeune âge, l'enfant Korao a déjà son partenaire appartenant à la même génération que lui. Si les frères des femmes Korao ne résident pas dans leur village (travaillant hors du village), l'une de ses sœurs doit rester dans le village et dans ce cas, c'est le mari qui suit la femme ; d'où la tendance uxori locale. Tandis que pour les Sakalava, les femmes jouissent de leur droit matériel issu de leur Lonaky (parcelle de terrain, bœufs... en guise d'héritage) mais non pas idéal. Elles suivent leurs maris après la conclusion du mariage mais elles quittent définitivement le village de ces derniers en cas de divorce. Ils sont strictement exogames et viri locale.

Le but du mariage pour ces deux groupes est la reproduction de la progéniture. Un proverbe malagasy disait que « Ny hanambadian-kiterahana », la finalité du mariage, c'est d'avoir des enfants. Dans la philosophie malagasy, avoir des enfants constitue une richesse, car les enfants sont censés aider leurs parents dans la vie quotidienne. De plus, marier les filles le plus vite possible diminue la charge familiale et celles qui ont déjà leurs foyers doivent contribuer aux besoins de leurs parents surtout au moment des festivités culturelles. En un mot, les enfants sont faits pour augmenter la richesse familiale et pour sauver la face de leurs parents. A cet effet, les Korao marient leurs filles plus tôt par rapport aux Sakalava par peur d'avoir des enfants hors mariage légitime. L'âge requis pour se marier est de 12 ans car l'âge d'une première relation sexuelle est de 10 ans. Comme nous venons de dire, les Korao font marier leurs enfants avec des Korao à peu près du même âge, mais les Sakalava sont indifférents (âge, origine, catégorie...) quand aux partenaires de leurs enfants, même dans la dynastie royale. La communauté voit cette pratique normale, car les enfants mariés légitimement ne sont pas des enfants rebelles. De ce fait, c'est un honneur pour les parents peu n'importe l'âge.

Tabous, croyances et endroits sacrés

• Tabous et Croyances

Les 3/5 des gens avec qui nous avons discuté disent qu'ils sont chrétiens tout en pratiquant la religion traditionnelle c'est-à-dire le culte des ancêtres. Nous avons vu que la population de Betanatanana est encore majoritairement traditionalistes à tendance chrétienne. La religion musulmane reste insignifiante. Le culte des ancêtres est la base de la croyance traditionnelle malagasy. Les Sakalava et Korao honorent les ancêtres ou razaña, promus au rang de la divinité. Ils sont également considérés comme source de vie et traités comme des médiateurs des vivants auprès de Ndrañahary, Dieu. Ils consultent également les possédés du Tromba et le devin, Mpisikily. Ils pensent que les aody, médications sacrées, remèdes, charmes et objets prophylactiques, sont nantis de vertus efficaces capables de protéger la vie, de préserver des malheurs et de guérir diverses maladies, sans oublier qu'ils peuvent aussi provoquer la mort. Les Korao pratiquent le famadihana, le retournement des morts ou seconde funéraille et ils transportent les restes de leur mort vers les terres des ancêtres (tanindrazana), dans leur région originelle.

• Endroits sacrés

Les sacrés qui se trouvaient dans cette commune ont presque matériellement disparu sauf le zomba là où il y a le tombeau royal. Mais symboliquement, tout ce qui est source (eau, vie,...) revêt un caractère sacré. Les tombeaux sont également sacrés.

Statut de la femme

Les femmes sont principalement ménagères, mais elles accompagnent également leurs maris au travail dans les champs. Il existe ici une répartition des tâches selon le sexe. Les responsabilités se partagent entre les uns et les autres. Si la femme éduque les enfants et fait le ménage, il revient au mari de chercher les vivres, les bois de chauffe, etc. Il convient de signaler que les tâches faciles sont réservées aux femmes. Il est à noter que ce sont les femmes (grand-mères et/ou mères) qui prennent les décisions en premier lieu quand il y a une personne malade dans un ménage, surtout quand il s'agit de l'enfant. Dans le foyer, c'est la femme qui est le chef du gouvernement, tandis que le mari est le président. Un homme qui n'a pas d'épouse (vady en malagasy, et veut dire partenaire) est mal vu dans la société et dépourvu d'une efficacité sociale. C'est de la femme au foyer que revêt le respect à son mari, si la femme en question est chaste, le

mari trouve la place qui lui est dû hiérarchiquement, dans la famille et dans la société toute entière. Il est inadmissible par exemple de voir une mère de famille ivrogne, tandis que pour les pères c'est acceptable. Quant aux mères célibataires, elles sont quand même considérées.

2. Prises de décision par rapport à la santé:

Influence de la hiérarchie sociale

La hiérarchie sociale telle que la place de chaque individu dans la société influe évidemment sur la prise de décision en matière de santé. L'autorité parentale (parents et grand parents) tient encore une place très importante dans celle-ci. Par exemple, quand le couple habite chez leurs parents (parents du mari dans la plupart des cas), il demande l'aval de ces derniers. La gérontocratie est encore vivace dans la société malagasy en générale. Mais le Lonaky n'est pas forcément impliqué dans la prise de décision que si les malades lui demandent un conseil. A cet effet, toutes les structures sociales participent au processus décisionnel si le besoin se fait sentir (gravité de la maladie).

3. Hygiène

Utilisation, traitement et conservation de l'eau (point d'eau, lavage des mains)

Le traitement de l'eau est absent des ménages que nous avons observés. Les 10 Fokontany que nous avons visité ont leur propre puits (sans et avec pompe mécanique). Les gens prennent de l'eau de puits à l'aide d'un seau plastique de 5 litres attaché à une corde (pipa). Ils conservent l'eau dans un seau en plastique de 15 litres sans couvercle. Ils prennent l'eau du seau à l'aide d'un gobelet en plastique d'un litre ou de demi-litre. Ces récipients sont à multifonctions : ce sont des outils pour prendre de l'eau et pour la toilette également. Les prix de ces outils sont : seau de 15 litres : 4 000 Ar, 5 litres : 2 000 Ar, gobelet : 1 000 Ar. Ils se trouvent dans le chef lieu de la Commune de Betanatanana.

Photo 18 : Puits cimenté



Source : JAO Arsène, 2012

Photo 19 : Puits naturel



Source : JAO Arsène, 2012

L'eau propre est l'eau qui coule, sans déchets, sans défécation, ... La propreté de l'eau ne s'explique seulement pas de par sa clarté, mais avec son origine. Si la source est considérée localement comme propre et saine, tout le monde y va pour prendre de l'eau. Il y a ceux qui prennent de l'eau de rivière (exemple des Fokontany d'Ampañea, d'Ambonarabemahasoia, de Mahazoarivo). Au moment où nous sommes passés à Ampañea, les ménages qui se trouvaient aux alentours de la rivière Demoky y viennent s'approvisionner en eau. L'eau est catégoriquement sale, avec sa couleur rougeâtre, mais personne ne s'en soucie.

Des projets ont été faits par rapport aux traitements de l'eau (filtre, Sûr'Eau) dans presque tous les

Fokontany de la Commune de Betanatanana mais cela s'est mal passé, la communication a été mal comprise. Quand le filtre (acheté à 5 000 Ar la pièce) est endommagé et les précurseurs ne sont plus sur place, les gens ne se débrouillent pas pour le réparer ou le remplacer. Ils le laissent dans cet état. Quant au Sûr'Eau qui est disponible partout dans les épiceries, les 90 % des interviewés n'apprécient pas l'odeur de ce produit, ils préfèrent de l'eau sans Sûr'Eau. De plus ils ne font même pas bouillir l'eau avant de la boire. Pourtant, ils sont très stricts sur le fait que l'eau ne doit pas contenir quelque chose de fady (excrément, cadavre,...). L'eau propre n'est pas l'eau traitée dans le sens scientifique, mais l'eau considérée intuitivement dépourvue de ces éléments interdits ou fady.

Pour ce qui est du lavage des mains, quatre sur les trente-trois interviewés seulement lavent leurs mains avant de manger, c'est-à-dire le médecin, l'infirmier et les deux enseignants.

Les 3/5 disent que ce n'est pas les moyens (eau, savon) qui manquent mais c'est la volonté. Les parents connaissent

l'importance du lavage des mains, mais ils n'arrivent pas à persuader leurs enfants de le faire. Quant aux jeunes mères, elles ne lavent leurs mains qu'après avoir changé et lavé le bébé. Nous avons vu également que les enfants ne lavent leurs mains à aucun moment et ils ne prennent un bain qu'une fois par semaine. La saleté et la propreté sont relatives et culturelles. Quand on a demandé aux enfants (deux enfants de 7 ans et de 9 ans) de décrire ce qu'ils entendent par hygiène, les garçons parlent de prendre un bain dans l'étang et de faire la lessive, tandis que les filles parlent de faire le ménage, de laver la vaisselle, de veiller à la propreté de la nourriture. Ce n'est pas important pour eux de se laver les mains avant les repas. Et quand ils utilisent du savon pour se laver dans l'étang, c'est généralement parce qu'ils vont se rendre au marché ou à une cérémonie hebdomadaire. Le savon est utilisé juste pour parfumer le corps tout simplement. Cela veut dire donc que c'est la présence des autres qui les poussent à utiliser un savon mais non pas pour leur propre hygiène.

Défécation et latrines

La défécation à l'air libre se pratique partout. Mais il y a quand même quatre fokontany sur dix qui sont positifs à la latrine (Betanatanana, Soatana, Ambalashtra, Andranomalio). A l'exemple de Betanatanana chef lieu de la Commune, le Maire a dit qu'il est possible de construire des latrines par ménage s'il y a des moyens techniques et financiers mais 3/5 des enquêtés disent qu'il est encore difficile de le faire, car cela va empiéter tout l'entourage. Ce village a non seulement un problème de forage (faculté à trouver de l'eau : à partir d'un mètre durant la saison des pluies) mais également d'espace, c'est-à-dire l'espace rétrécit à cause d'une installation massive et la place pour une latrine n'est pas prévue. Quand à Soatana, leur problème c'est que les puits et les latrines doivent se distancer de 30 m au minimum (50 m de préférence) et le puits doit se trouver en amont par rapport à la latrine. Il est aussi à signaler que la latrine doit être familiale car il est encore honteux de déféquer chez une autre famille.

Photo 20 : Eau de rivière de Demoky à boire



Source : JAO Arsène, 2012

4. Maladies

Perception locale de la santé et de la maladie

Nos interlocuteurs nous livrent que la définition est l'absence de la maladie et l'état de bien-être complet, physique, mental et social. Il y a ceux qui parlent d'énergie, de vitalité et de capacité à faire des choses. La santé n'est pas seulement corporelle mais également sociale car un individu déviant, et ceux qui ne sont pas prospères dans leurs vies sont considérés malades et ils n'ont aucune efficacité sociale. Par exemple, les handicaps physiques sont classés parmi les maladies, surtout le cas des lépreux. La santé est une richesse pour les malagasy.

Dans leur manifestation on peut considérer les maladies, selon les propos de nos interviewés, en trois catégories suivantes :

- Maladies psychologiques ou mentales (crise épileptique, hystérique, ...)
- Maladies physiologiques et métaboliques (diarrhée, fièvre, toux,...)
- Maladies ou handicap physiques (malentendants, malformations)

Quant à leur origine, il existe également trois catégories :

- Celles qui proviennent d'une force maléfique et d'une punition des ancêtres ;
- Celles qui proviennent d'une sorcellerie et d'un empoisonnement ;
- Celles qui proviennent d'un accident ou d'une torture corporelle.

Causes des maladies existantes

Les interviewés ont donné plusieurs types de maladies selon leur fréquence : paludisme, diarrhée, bilharziose, bombement de la fontanelle et fontanelle abaissée, crise épileptique, fatigue, maux de dents, IST, la gale. Ils ont différentes perceptions sur les origines et les causes des maladies. La diarrhée et le vomissement des enfants sont souvent associés à la poursuite par des mauvais esprits au moment du repas. Les IST figurent parmi les maladies provenant de la sorcellerie, peu d'entre eux savent qu'elles sont causées par des relations sexuelles non protégées. La punition des ancêtres et l'ensorcellement restent les causes principales des maladies d'après leurs dires.

Traitement des maladies

La prévention formelle est presque absente en pratique, tous les interviewés disent ne pratiquer aucune prévention. Pourtant, le médecin du CSB a fait tous les 6 mois une campagne de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans, celle entre déjà dans la prévention formelle ; ce qui conduit à en déduire que la prévention formelle existe et est pratiquée dans le village. Cependant, les interviewés pratiquent le système de prévention traditionnel, par exemple faire boire du tambavy, tisane (tsivoanino) chaque matin aux enfants de moins de 10 ans, pour les prévenir des maladies courantes (fièvre, diarrhée...). En principe, ils ne cherchent des soins que lorsqu'ils tombent gravement malades. Il est à signaler que l'étape préliminaire du traitement est le tambavy (plante médicinale), ensuite l'automédication (se manifestant par l'achat des médicaments courants et le conseil des amis), et enfin en dernier recours, aller au CSB tout en consultant toujours les tradipraticiens. Le centre de santé est devenu un secours mais non pas un recours, c'est-à-dire le traitement ne se fait au CSB qu'après avoir tenté plusieurs expériences, basées sur des conseils des amis ou des membres de la famille, et qui ont échoué.

Deux individus (grand-père et mère) ont avoué qu'avant d'amener un malade au CSB, on doit consulter un guérisseur traditionnel pour avoir son aval et sa bénédiction. Parce qu'après avoir suivi des traitements au CSB et s'il y a une complication, le guérisseur leur dit qu'ils ont brûlé l'étape hiérarchique de soins. D'ailleurs, chez un guérisseur, les malades ne retournent pas les mains vides. Il existe chez lui une facilité de paiement de frais de consultation et de traitement. Et ce frais peut se faire en nature (volaille, bœuf, ...) et le temps de paiement varie suivant le cas (un mois, un an, ...). En tout cas on ne paie qu'après avoir été guéri.

L'infirmier libre de 20 ans d'expérience dans le milieu connaît bien ce système et il le pratique. Nous avons vu que beaucoup de monde vient le consulter. Il est donc à noter que c'est une question de confiance, car il noue des relations amicales avec la population locale. Il fait de la consultation, des soins et traitements et vend également des médicaments. Chez lui, aucun malade ne retourne chez lui sans médicament après avoir fait une consultation, chacun a sa part selon leur possibilité, même avec la somme de 1 000 Ar. L'infirmier a facilité le mode de paiement. Pourtant, chez le médecin du CSB, les malades font la queue pour attendre le médecin et il se peut qu'ils retournent chez eux sans obtenir de médicament. Nous avons vu le cas d'un enfant de 3 ans malade (avec des éruptions cutanées sur sa poitrine), qui après avoir consulté le médecin, la mère n'ayant pas eu les moyens de payer le médicament qui était à 5 000 Ar, est partie avec l'enfant sans médicament. Le médecin lui a dit d'aller chercher de l'argent alors qu'elle est une mère célibataire et habite encore chez ses parents.

Photo 21 : Eruption cutanée



Source : JAO Arsène, 2012

A cet effet, nous pouvons donc avancer que l'un des facteurs bloquant la recherche de soins est le pouvoir d'achat ou l'accès financier. Les grands-mères, les grands-pères, les jeunes mères et pères, les autorités locales sont tous de même avis que les gens fuient le système de santé à cause de leur pauvreté. Nous voyons parallèlement à cette pauvreté que les Malagasy en général ont peur d'un système formel et officiel. Voilà pourquoi, ils préfèrent aller ailleurs, chez les guérisseurs, chez les renin-jaza (matrones), et pratiquer l'automédication (de toutes les façons, des produits pharmaceutiques se vendent aux marchés comme tous les produits). Le médecin du CSB et un agent communautaire nous livrent que les gens ne valorisent pas les activités de vaccination gratuite faite par le CSB durant les campagnes. Ils poursuivent que les gens pensent qu'il y a une idée négative derrière cette gratuité, par exemple ce sont des médicaments périmés. Force est de signaler que le choix du type de traitement ou de personne à qui on demande les soins n'est pas nécessairement fonction de diplôme ou de qualification, mais plutôt une question de confiance et cela se manifeste d'une manière plutôt officieuse. Ainsi, pouvons-nous imaginer que si tout cela continue, la santé des villageois serait toujours en jeu car il se peut la personne en qui ils ont confiance n'a pas la qualification requise pour la recherche des soins.

Photo 22 : Vente des médicaments modernes et traditionnels



Source : JAO Arsène, 2012

L'automédication est une pratique courante où le rôle des femmes, des mères de famille en particulier, est primordial. L'acquisition des connaissances en termes de matière médicale repose sur une transmission orale. Les filles apprennent de leurs mères, au fur et à mesure de leurs confrontations à des pathologies. Comme dans beaucoup de sociétés, c'est la mère qui prend en charge les problèmes liés à la santé des enfants. Celle-ci est souvent conseillée ou épaulée par les autres femmes de son entourage en fonction de l'organisation sociale existante.

5. Comportement sexuel

Informations sur la sexualité, Age de la première relation sexuelle

Les deux enseignants disent que l'éducation scolaire sur la santé de la reproduction commence à partir de la CMI (4ème année de l'école primaire), pour les enfants de 10 à 12 ans. Mais l'éducation sexuelle et la santé de la reproduction ne se font qu'au CEG⁸ (classe de quatrième). L'adjoint au maire nous a déclaré que cette éducation doit commencer dès l'âge de 8 ans. Et tous les parents que nous avons interviewés ont dit qu'ils ne donnent aucune éducation relative à la sexualité (tabou). Ils sont parfois surpris quand ils découvrent que leurs enfants connaissent déjà le sexe. Par exemple les parents ne connaissent que leurs enfants sortent avec quelqu'un que lorsqu'elles tombent enceintes. Nous avons constaté que beaucoup de jeunes filles tombent enceintes alors qu'elles sont encore au collège (CEG) et même à l'école primaire (EPP)⁹. Les ¾ des jeunes mères que nous avons interviewées ont eu leur première grossesse au CEG. Un pasteur nous avoue qu'un enfant de 5 ans connaît déjà le terme ou langage des relations sexuelles. Cela peut être dû au milieu, car chaque jour on peut voir des animaux s'accoupler et les grands disent les termes. Les psychologues environnementalistes disaient que c'est le milieu où nous vivons qui façonne tous nos comportements.

Photo 23 : Discussion avec les jeunes du Collège



Source : MILINA Chantal, 2012

Education sexuelle

Les connaissances sur la sexualité se transmettent entre camarades (de classe ou du quartier). Toutefois le partage de connaissances peut se faire en famille entre les membres du même sexe. Les filles apprennent de leurs mères, au fur et à mesure de leurs confrontations à des pathologies et il en est de même pour les garçons avec leur père. Il est encore tabou de parler de sexe en public et surtout entre frères et sœurs, père et fille mais il est tolérable si c'est entre mère et fils. Il est très difficile de détecter le langage relatif à la sexualité, car tout le monde s'abstient d'en parler. Pour les jeunes du collège, cela se manifeste en classe durant les cours même. Ils ont dit que quand ils voient la fille de leur choix, ils font une déclaration verbale ou écrite et ils attendent la réponse. A cet effet, la fille a plusieurs possibilités de réponses (écrites, verbales...).

⁸ Collège d'Enseignement Générale (secondaire)

⁹ Ecole Primaire Publique

Nombre de partenaires sexuels

D'après les résultats de notre recherche deux hommes (parmi les 9 interviewés) ont plus de trois femmes (toutes les trois femmes se connaissent et ont de bonne relation). Pour ces deux hommes le fait d'avoir plusieurs femmes est un honneur, car entretenir trois épouses n'est pas une chose facile. Mais pour les autres pères (les 7 autres), épouser plus qu'une femme est une folie et fait perdre la crédibilité au sein du membre de la famille et de la communauté. Un homme qui trompe sa propre femme ne mérite pas d'être écouté disait les deux grands-pères que nous avons interviewés.

Les jeunes par contre ont différentes opinions que leur grand-père c'est-à-dire, pour eux rester avec une seule fille signifie une grande défaite. Lors de notre focus group Adolescent, un jeune parmi les 6 est contre l'idée de polygamie. Pour lui, deux personnes qui s'aiment doivent se respecter pour éviter des éventuelles maladies, mais aussi pour mieux planifier l'avenir. Alors que les jeunes filles (5 sur 6) sont prêtes à quitter leurs partenaires (de leur âge) pour des hommes plus âgés si ces derniers peuvent leur offrir des sommes d'argent (50 à 100 milles Ariary).

Les mères célibataires éprouvent du confort en sortant avec des hommes (4 ou plus) car ce qui compte pour elles, c'est l'argent donné par leurs partenaires après le rapport sexuel. Cette information a été recueillie lors de notre discussion (Focus groups Mères où 4 d'entre elles sont mères célibataires). Les autres (6 mères) sont contre le changement fréquent des partenaires sexuels car ça détruit leur image vis-à-vis des membres de la communauté.

6. Réalités endogènes et exogènes par rapport à la santé

Perception locale de la santé

La perception peut être la même qu'observée dans la commune de Belitsaky, car la communauté affirme que c'est par rapport à l'énergie, à la force... Bref, c'est à défaut de cela qu'elle sente les maladies et cherche les soins.

Moustiquaires Imprégnés d'Insecticides à longue Durée

La moustiquaire à imprégnation durable est à usages multiples. Premièrement, elle est utilisée pour se protéger des piqûres des moustiques en vue de prévenir le paludisme. En même temps, elle constitue également un outil pour piéger ou attraper des poissons comme nous voyons sur cette photo en bas. Les grands-pères, et grands-mères et les matrones ne savent même pas que le paludisme vient de la piqûre du moustique. Tandis que les jeunes pères et mères le savent très bien, mais quand il n'y pas de bouillons à la maison, la mère de famille ordonne à ses enfants d'aller pêcher les poissons à l'aide de la moustiquaire. Les attitudes des générations actuelles commencent à changer mais ces dernières ne peuvent pas contrer l'autorité des adultes.

Santé mère-enfant

• Grossesse, accouchement et naissance

Les femmes ne connaissent pas qu'elles sont enceintes que lorsqu'elles n'ont pas leurs menstruations (cycle menstruel). Mais c'est à partir du deuxième mois d'aménorrhée qu'elles constatent vraiment qu'il y a un bébé dans leur ventre. Les hommes ne savent qu'à partir du gonflement du ventre de leur femme. La première réaction est de trouver un tradipraticien (mpanandro ou renin-jaza) pour voir si c'est une bonne ou une mauvaise chose. La renin-jaza ne la sait qu'à partir de trois mois et plus. A ce moment-là, le tradipraticien va lui prescrire des interdictions et préventions durant la grossesse, car on dit que la femme enceinte est une femme manday lefo (portant une sagaie), avec laquelle il faut être prudent. C'est une arme à double tranchant, il se peut que cette arme la tue. Il est fady ou interdit de :

- Mandika taboara (enjammer un potiron)
- Mamaky taboara (casser ou couper un potiron), de peur que le bébé risque d'avoir une grosse tête
- Mettre un soutien-gorge, car le cordon ombilical risque de s'enrouler autour du fœtus
- Manger des bananes n'est pas conseillé, car votre bébé sera trop gros.
- Mipetraka am-baravarana (s'asseoir sur le seuil de la porte), car cela retarde la sortie du bébé
- Mamehy sakaviro amin'ny lamba (mettre du gingembre dans sa poche) : le bébé risque d'avoir un 6è doigt ou un 6è orteil
- Manaitra ampela bevohoka (surprendre la femme enceinte)
- Manger de la nourriture salée
- Boire du rhum.

Remarque : Ces fady ne sont forcément pas dictés par un guérisseur, mais comme ils sont déjà encrés dans la vie de tous les jours, tout le monde les considère tacitement. Cette mesure a été prise dans le but d'éviter une fausse couche. Force est de signaler qu'il y a des fady qui participent au bien-être de la population.

La consultation prénatale ne commence en général qu'à partir du sixième mois de grossesse. Quatre sur quatre des femmes interrogées avouent que ce n'est qu'à partir du cinquième mois qu'elles ont vraiment une certitude que c'est un bébé qu'elles portent dans leur ventre. Mais quand il y a un malaise, la CPN se fait plus tôt et il arrive parfois que les femmes ne font pas la CPN si elles sont en bonne santé durant la période de grossesse. Les femmes enceintes, même si elles consultent la sage-femme, continuent toujours à consulter la matrone et elles se font accoucher souvent par cette dernière.

La naissance a souvent lieu dans le village maternel du nouveau-né. A l'approche de la date de l'accouchement, c'est-à-dire à partir du 7ème mois de la grossesse, la future mère retourne chez ses parents pour attendre le bébé, car c'est chez ses parents qu'elle bénéficie de soutien moral et de conseils. A la veille de la naissance, la grand-mère maternelle s'assure que tout le dispositif coutumier soit mis en place et que tout le rituel se déroule selon les normes.

Photo 25 : Etat de la piste reliant quelques Fokontany au CSB et moyen de transport disponible



Source : JAO Arsène, 2012



Source : JAO Arsène, 2012

Cinq sur six des femmes interviewées ont préféré accoucher chez une matrone. Le Médecin du CSB avance que la matrone a plus de temps pour assister psychologiquement et moralement les femmes enceintes et celle qui est en train d'accoucher.

Et ensuite, il y a aussi le fait que pour les malagasy en général, quand on a une douleur quelconque, on doit trouver des spécialistes (masseurs ou masseuses) pour faire le diagnostic et prescrire le traitement. Les matrones sont des spécialistes masseuses surtout pour les femmes enceintes. Une matrone avance que toutes les femmes enceintes qui viennent la consulter bénéficient toujours d'un massage (massage des jambes lourdes, de ventre, de dos,...). Cette pratique ne fait pas partie d'une logique concurrentielle de la stratégie marketing mais plutôt d'une logique culturelle. Même si elles n'ont aucune formation requise pour pratiquer ce métier, et même si leurs techniques sont encore rudimentaires (on coupe le cordon ombilical avec une lame, pas d'alcool ni de gants pour les mains), elles occupent notamment une place centrale dans la santé maternelle et infantile.

L'efficacité des matrones réside donc dans leurs capacités d'écoute et dans leur volonté à résoudre tous les maux, même si elles échouent quelquefois. Les matrones avec qui nous avons discuté disaient qu'elles ont acquis leur savoir de leurs aïeux. C'est une transmission familiale (de grand-mère à petite fille). Elles sont reconnues pour leurs savoir-faire par l'ensemble de la communauté. Les frais de l'accouchement dépendent de la distance entre le domicile de la femme et de la matrone, puisque c'est cette dernière qui se déplace la plupart de temps, mais les matrones elles-mêmes disent ne demander aucun frais. Cependant, les femmes ayant accouché chez une matrone avouent qu'il y a toujours un frais à titre de cadeau pour la matrone (8.000 à 20.000 Ar quand il s'agit d'une fille et 10.000 à 25.000 Ar si c'est un garçon). La différence entre les filles et les garçons réside dans le fait que les garçons sont censés travailler dur et à beaucoup apporter. Il est à signaler que la fonction d'une matrone est strictement réservée à des femmes adultes (censées avoir des expériences dans la vie maternelle). Chaque village a ses propres matrones, c'est-à-dire au moins une matrone dans un village.

Photo 25 : Matrones



Source : JAO Arsène, 2012



Source : JAO Arsène, 2012

Pour ce qui est de la sage-femme travaillant au CSB, elle est très stricte sur la conditionnalité, c'est-à-dire la propreté, les équipements de naissances (pagnes, alcool, ...). Les frais varient de 20.000 à 30.000 Ar selon les femmes, mais la sage-femme dit ne recevoir aucun sou de la part de ces femmes.

Lorsque l'enfant naît, sa destinée semble être tracée par tous les événements qui se sont succédés pendant la grossesse et la délivrance. A cela, il faut ajouter l'heure, le jour et le mois de naissance (vintana). Durant les première et deuxième semaines consécutives à l'accouchement, la mère demeure dans sa maternité en miniature, auprès d'un foyer à braise permanente en vue de conserver le bébé dans une chaleur constante (mifana). Le nombre de tabous à observer ne cesse tous les jours d'augmenter. La plupart reviennent à la mère, mais le père n'en est pas moins épargné.

Deux semaines après la naissance, la grande famille célèbre le rituel de fiboaha (sortir le bébé de la maison) autour d'un Lonaky. Un tel rite, amplifié et enrichi par la donation du nom, requiert un sacrifice sanglant de bœufs dans l'ancien temps et une intervention spéciale de l'aura familial, mais cela dépend de l'étendue du cheptel bovin de la famille paternelle du nouveau-né. Actuellement, vu la difficulté quotidienne familiale, on ne sacrifie que des volailles. Ce rituel est l'occasion pour la famille d'annoncer l'arrivée du nouveau-né aux ancêtres et de mettre l'enfant sous leur protection. C'est le jour également pour le bébé de voir pour la première fois le soleil. C'est un rite de reconnaissance.

Les femmes accouchées ne savent pas l'importance de la consultation postnatale. Nous avons une femme de 22 ans qui vient d'accoucher il y a deux mois, et encore dans la période de mifana. Ni la mère, ni le bébé qui avait mal au ventre au moment où nous étions passé chez eux ne s'étaient fait vaccinés (Amboanodimy à 5 km du CSB). Il lui était encore interdit de toucher et de se baigner à l'eau froide, alors qu'il faut traverser de l'eau boueuse pour atteindre le CSB. Puisqu'elle ne peut rien faire, elle ne fait que se contenter du conseil des amies et des parents. Après trois jours, elle fait parvenir au médecin le carnet de visite du bébé par l'intermédiaire d'une amie. Le médecin a refusé catégoriquement de prescrire quoi que ce soit. Après cinq jours, l'enfant est guéri, la mère ne sait même pas que c'est à cause de la nourriture qu'elle a mangé qui rend son bébé malade. L'information par rapport à cela est encore méconnue de 2/5 des jeunes mères surtout. Nous avons vu également un bébé d'un mois emmené par sa grand-mère chez un médecin libre car celui-ci a été mis au monde par une matrone de leur localité à Mahazoarivo (plus de 7 km du CSB). Puisque la mère est encore au stade de *mifana*¹⁰, la grand-mère prend le relais jusqu'à faire téter son petit-fils de ses propres seins.

¹⁰ *Mifana* : période (3 mois) durant laquelle la femme jabely ou malemy s'abstient de toute activité énergétique et de rapport sexuel

• Allaitement maternel et alimentation de l'enfant

La taille moyenne des ménages enquêtés est de 5 individus, il est donc difficile pour ces ménages de spécifier les régimes de chaque membre. Tout le monde y compris la mère allaitante se contente de tout ce qui est à la portée du ménage. A cet effet, le manque de régime pour les femmes allaitantes et leur occupation domestique leur ont donné l'idée de commencer à donner des aliments de complément à leur bébé dès leur premier mois (la soupe de farine de banane cuite avec du sucre)¹¹ parallèlement au lait maternel. Cette pratique n'a rien avoir avec l'ethnie mais est plus liée aux moyens financiers du ménage. Ils pensent qu'à partir de ce mois, le lait maternel n'est pas suffisant pour le bébé. La fréquence de la prise du repas varie selon l'âge du bébé : un mois, une fois par jour ; à partir de trois mois, trois fois par jour. Il est à remarquer que chaque famille a quelques pieds de bananiers. De ce fait, les bananes sont très abondantes sur le marché local et de bon marché.

L'interdiction relative à l'allaitement maternel surtout le premier lait n'existe pas. Sauf qu'il n'est pas conseillé d'allaiter en marchant, c'est-à-dire le bébé dans les bras de sa mère ou dans son dos, mais il faut s'asseoir convenablement. Nous avons remarqué que les mères ne nettoient pas leur tétou mais elles font écouler quelques gouttes du lait de leur sein avant la tétée. Cela rejoint l'idée selon laquelle avant de manger on doit d'abord verser un petit morceau pour les génies ou pour les esprits (par peur d'être poursuivi par ces esprits et cela peut causer la maladie de l'enfant).

Concernant la fréquence de l'allaitement, elle dépend de la demande de l'enfant (par rapport à ses pleurs) et de la disponibilité de la mère (par rapport aux activités de subsistance). Par exemple, pendant que la mère travaille dans les champs (de 6h à 12h et 14h à 17h), le bébé (à partir de 3 mois car après cette période la mère peut entreprendre ses activités) reste à la maison avec sa sœur ou son frère¹² plus âgé (nous avons vu 3 cas : un de 6 ans et deux de 7 ans) ; et durant ce temps, si le bébé ne pleure pas, la mère n'interrompt pas ses activités. Donc le bébé ne tète que trois fois par jour (matin-midi-soir), et il ne la rattrape que la nuit. Mais si la mère reste à la maison (à faire le ménage¹³), le bébé tète le plus souvent possible (au moins 10 fois par jour).

L'allaitement varie d'un an et demi à 3 ans selon l'état de santé de l'enfant et la grossesse suivante de sa mère. Il convient de signaler que dès que la mère tombe enceinte, la mère est obligée d'arrêter l'allaitement immédiatement, car il est interdit de continuer d'allaiter quand on est enceinte (cela rend l'enfant maladif).

Photo 27 : Jeune mère de 16 ans



Source : JAO Arsène, 2012

¹¹ Fait maison : banana vert asséché, pilé pour avoir de la poudre

¹² Ceux-là sont censés s'occuper de son frère ou de sa sœur.

¹³ Faire du ménage n'est pas considéré comme une occupation

Vaccination

Les mères et les pères connaissent effectivement le rôle du vaccin et constatent l'effet positif de celui-ci sur l'état de santé de leurs enfants. Mais ils oublient à chaque fois la date de rappel. De plus, les enfants ne se font vacciner que durant les campagnes de vaccination tous les six mois (SSME). Le médecin du CSB a dit que durant la campagne, les mères sont venues massivement avec leurs enfants et on leur a dit de revenir au CSB le mois suivant, mais elles ne sont plus revenues. Un agent communautaire nous a dit que le mode de communication n'est pas adéquat pour la population locale (à l'exemple de l'affichage, message radiophonique...). Il a ajouté que la plupart des gens ne savent ni lire ni écrire et ne possèdent pas de radio. On doit donc chercher d'autres modes de communication qui convient à la réalité locale, par exemple le mode de communication bouche à oreille, ou bien impliquer le chef de lignage (Lonaky) dans la transmission du message. Cinq pour cent (5 %) d'entre les enquêtés connaissent que tel vaccin protège contre telle maladie. Cependant, il y a ceux qui pensent que le vaccin empire l'état de santé de leurs enfants, car habituellement après chaque vaccin les enfants ont un peu de température.

La vaccination ne peut pas être négligée parce que certaines mères ont déjà constaté ses bienfaits alors que d'autres ne l'ont pas encore vu. Divers facteurs peuvent expliquer cela et la solution reste à trouver afin de modifier les pratiques négatives, étant donné que c'est la santé des enfants et même celle de la communauté qui est en jeu.

Santé de la reproduction: Pratique de la PF

Les mères avec lesquelles nous avons discuté avouent qu'elles n'utilisent que l'injection tous les trois mois. Par ailleurs, elles ne pratiquent pas la PF qu'après avoir donné naissance à un ou deux enfants (tsy natao fiarovana vohoka tsy nirina fa natao hanabe aizana : traduit littéralement, la PF n'est pas fait pour prévenir la grossesse non désirée mais pour espacer la naissance, dit le médecin du CSB de Betanatanana).

Ainsi la communication et la sensibilisation par lesquelles la PF est introduite localement sont malencontreuses. Les femmes sont conscientes du bienfait de la PF (4 sur 4) et elles sont motivées pour la pratiquer, mais leurs maris ont une certaine réticence (3/4). Ils disent que toutes les femmes pratiquant la PF sont des femmes insubordonnées, elles sont devenues puissantes et robustes, et que les hommes n'arrivent plus à les dominer physiquement et sexuellement. Certains hommes peuvent se sentir vexé ou frustré par rapport à cela. Ensuite les hommes tiennent encore l'idée selon laquelle les femmes sont là pour procréer et doivent faire plusieurs enfants car la progéniture est une richesse. Il est encore honteux et inadmissible dans la communauté le fait de ne pas avoir enfanté et même, n'avoir juste qu'un enfant est considéré comme ne pas en avoir du tout. Un proverbe malagasy dit: «N'avoir qu'un seul enfant, c'est presque être stérile.» Cela peut être dû à la peur de voir l'enfant mourir. D'ailleurs, le souhait au moment d'un mariage est : « Miteraha fito lahy, fito vavy » : ayez sept garçons et sept filles. Ensuite pour les Malagasy en général, le nombre un est sensiblement égal à zéro, et ils ont peur du néant. Les proverbes malagasy suivants « Izay be no basy » (ceux qui sont nombreux sont des fusils), « Ankanga maro tsy vakin' amboa » (un groupe de pintades n'aura pas peur de l'attaque d'un chien), « Tondro tokana tsy mahazo hao » (un seul doigt ne peut pas attraper un pou), « Hazo tokana tsy mba ala » (un seul arbre ne fait pas la forêt) sont des soubassements de cette peur du nombre un ; par conséquent ce qui est nombreux doit être strictement supérieur à trois. Cinq sur cinq des hommes interviewés sont prêts à quitter leurs femmes si celles-ci sont stériles. La stérilité est encore uniquement assignée aux femmes.

Les mères avec lesquelles nous avons discuté avouent qu'elles n'utilisent que l'injection tous les trois mois. Par ailleurs, elles ne pratiquent pas la PF qu'après avoir donné naissance à un ou deux enfants (tsy natao fiarovana vohoka tsy nirina fa natao hanabe aizana : traduit littéralement, la PF n'est pas fait pour prévenir la grossesse non désirée mais pour espacer la naissance, dit le médecin du CSB de Betanatanana).

Ainsi la communication et la sensibilisation par lesquelles la PF est introduite localement sont malencontreuses. Les femmes sont conscientes du bienfait de la PF (4 sur 4) et elles sont motivées pour la pratiquer, mais leurs maris ont une certaine réticence (3/4). Ils disent que toutes les femmes pratiquant la PF sont des femmes insubordonnées, elles sont devenues puissantes et robustes, et que les hommes n'arrivent plus à les dominer physiquement et sexuellement. Certains hommes peuvent se sentir vexé ou frustré par rapport à cela. Ensuite les hommes tiennent encore l'idée selon laquelle les femmes sont là pour procréer et doivent faire plusieurs enfants car la progéniture est une richesse. Il est encore honteux et inadmissible dans la communauté le fait de ne pas avoir enfanté et même, n'avoir juste qu'un enfant est considéré comme ne pas en avoir du tout. Un proverbe malagasy dit: «N'avoir qu'un seul enfant, c'est presque être stérile.» Cela peut être dû à la peur de voir l'enfant mourir. D'ailleurs, le souhait au moment d'un mariage est : « Miteraha fito lahy, fito vavy » : ayez sept garçons et sept filles. Ensuite pour les Malagasy en général, le nombre un est sensiblement égal à zéro, et ils ont peur du néant. Les proverbes malagasy suivants « Izay be no basy » (ceux qui sont nombreux sont des fusils), « Ankanga maro tsy vakin'ambova » (un groupe de pintades n'aura pas peur de l'attaque d'un chien), « Tondro tokana tsy mahazo hao » (un seul doigt ne peut pas attraper un pou), « Hazo tokana tsy mba ala » (un seul arbre ne fait pas la forêt) sont des soubassements de cette peur du nombre un ; par conséquent ce qui est nombreux doit être strictement supérieur à trois. Cinq sur cinq des hommes interviewés sont prêts à quitter leurs femmes si celles-ci sont stériles. La stérilité est encore uniquement assignée aux femmes.

Le médecin du CSB avance que les hommes n'accompagnent pas leurs femmes au CSB pour pratiquer la PF. C'est donc les femmes avec l'aide d'un médecin ou d'un agent de santé qui choisissent le type de PF à pratiquer sans implication de leurs maris. La non implication du mari dans tout cela engendre des problèmes : durant la période de culture et de récolte, la femme oublie ou ne veut pas quitter ses activités même si c'est le moment de faire l'injection suivante. D'où l'interruption de la contraception sans que le mari en soit au courant, et un risque élevé de grossesse non désirée, qui parfois se complique (2 cas sur 5). Ensuite, lorsque le mari découvre que sa femme pratique la PF et que cela se complique (maladie, règles continues), celui-ci quitte sa femme (1 cas sur 5). Quatre sur cinq des femmes pratiquant la PF ne reviennent plus chez le médecin lorsqu'elles comptent s'arrêter.

Quant aux préservatifs, les femmes n'apprécient pas du tout les condoms, elles disent que le condom réduit le plaisir et elles pensent que l'homme qui met un condom avant de faire l'amour ne les aime pas. Cela ne veut pas dire que les hommes aiment en utiliser mais ils sont indifférents, c'est-à-dire si leurs partenaires leur demandent d'en mettre, ils sont moins réticents. Quant aux jeunes adolescents (4/4 de 16 à 17 ans), ils n'utilisent pas non plus de condom à cause de la taille de leur pénis (trop petit). Néanmoins, ils suivent le calendrier menstruel du cycle de leurs partenaires.

III^{ème} Partie:
ANALYSE DES RESULTATS MELAKY



III-A-SYNTHESE DE L'ETUDE

1. Site Belitsaky

Comme dans plusieurs sociétés, les femmes ont une certaine place quelle qu'elle soit au niveau de la communauté ou du foyer. Il ne s'agit pas d'une discrimination, étant donné que la plupart d'entre elles ont un niveau d'étude très bas (pour ne pas dire qu'elles « n'ont jamais fréquenté l'école ») ou autres mais c'est la coutume. De ce fait, ces femmes tiennent surtout leur rôle dans la maison en s'occupant des enfants ainsi que du foyer. La prise de décision relève parfois de l'autorité des hommes, et sauf pour les enfants, elles ont quand même leur mot à dire. Arrivées à un certain âge ou une certaine position sociale, elles tiennent une place importante en termes de respect et/ou d'influence ; par exemple, une grand-mère est une personne à qui l'on doit beaucoup de choses : manière d'agir, respect de parole... et difficile à contredire. Quant à la contraception, la consultation de l'avis de l'époux est toujours à faire avant d'aboutir à la décision finale.

Du côté de la santé, le faible niveau d'instruction des femmes a des impacts sur leur santé. Leur ignorance les conduit à un état avancé de sévérité des maladies qui peuvent entraîner par la suite la mort, avant de rechercher les soins. Cela peut concerner à la fois la mère que l'enfant ; les maladies nécessitant un traitement intensif est dangereux non seulement pour les deux, mais également peut se répercuter sur la santé communautaire, car peuvent conduire à une mortalité maternelle ou infantile dans le pire des cas.

Par ailleurs, la précocité du mariage (seul le mariage traditionnel existe dans la Commune rurale de Belitsaky) et de l'acte sexuel peut aussi avoir une conséquence négative telle que la mortalité maternelle. Cela s'explique par le fait que l'entrée dans l'acte sexuel est assez précoce dans cette Commune, poussé par les parents pour la plupart des cas¹⁴. Ces actes sexuels ne sont pas souvent protégés or il s'agit de relations sexuelles avec des partenaires multiples. Après l'accouchement, les groupes ethniques ont une coutume appelée « mifana »¹⁵; un temps pendant lequel la femme ne peut pas pratiquer l'acte sexuel, il se peut que l'homme cherche du plaisir sexuel ailleurs mais cela dépend de l'homme, c'est-à-dire s'il peut s'abstenir ou pas.

Par rapport à tout cela, il existe également un fait comme la violence conjugale, en tout cas, dans le site où nous avons fait cette étude. C'est vrai que ceci est souvent rencontré dans une culture où le statut des femmes est bas. Par contre, cette rubrique n'a pas été évoquée en détails lors de notre descente sur le site. C'est pour cette raison que le sujet n'a pas été développé dans ce rapport. Notons également qu'il s'agit d'une situation très intime et difficile à aborder d'une part ; et que le statut des femmes (le fait de se soumettre aux hommes) est une barrière pour ne pas évoquer la violence conjugale de peur que leur mari l'apprenne, d'autre part.

Toujours dans le domaine de la santé, les ancêtres, les tabous, sont tout autant de facteurs à prendre en considération dans les communes rurales. Les cultures peuvent se différencier d'une région à l'autre ou

¹⁴ Evoqué dans la sous-partie « comportement sexuel », section « âge de la première relation sexuelle », p 21-22.

¹⁵ L'acte de rester au chaud après l'accouchement et de s'abstenir sexuellement pendant 1 à 3 mois.

d'une communauté à l'autre ce qui rend l'harmonisation de la médecine moderne et traditionnelle un peu complexe. Dans ces communes, les villageois sont parfois habitués à la médecine traditionnelle étant donné que cela a existé depuis des lustres, contrairement à la médecine moderne qui n'a existé/n'est accessible que depuis quelques décennies. De plus, les modes de soins et de traitements sont différents. Comme il a été dit précédemment dans ce rapport, il existe certaines maladies pour lesquelles les villageois ne consultent pas le médecin pour les traiter, bien que le CSB II est accessible (géographiquement) pour eux. Le respect des morts et des ancêtres persiste encore ; leur culture leur a fourni une connaissance justifiant leurs actes (par rapport à la médecine traditionnelle). Les actes se manifestent quotidiennement, car il n'y a pas de honte pour eux de le pratiquer et de le porter devant tout le monde. Par exemple, l'on a observé le port de certains colliers, bracelet, coiffure, ou le fait de ne pas manger certaines nourritures... pour se protéger des maladies et/ou des mauvais sorts. Enfants ou adultes, femmes enceintes ou pas, ils ont tous leur protection traditionnelle qui y correspondent. L'existence du CSB II et du médecin moderne ne change pas leur croyance quant à leur fréquentation du CSB II pour la recherche des soins, le cas avec la maladie comme la démangeaison de la peau.

Pour les lecteurs, les intellectuels, les bailleurs, etc., il ne s'agit pas ici de juger les actes de la communauté, mais plutôt les aider à changer de comportement face à la pratique sanitaire. Il faut donc pour cela, leur montrer une autre vision qui leur permette à la fois, de pratiquer la médecine moderne et toujours respecter leur culture traditionnelle.

2. Site Betanatanana

Facteurs favorisant les relations sexuelles

- Vidéo club :

C'est une salle pour visionner de films, où la projection s'effectue à l'aide d'un poste téléviseur et d'un lecteur CD appartenant à un particulier, dans le chef lieu de la Commune. Chaque jour, elle projette un film de toutes sortes, même un film interdit aux mineurs (Visa A), mais habituellement, ce sont des films commandos et d'action. Il n'y a aucun contrôle émanant de l'autorité sur place. (02 salles de vidéo, avec une capacité pouvant contenir environ 30 personnes, et le billet d'entrée est à 200 Ar). Tout le monde peut fréquenter ce lieu.

- Bar club :

Il existe 4 Bars dans ce village de Betanatanana, animés par des clips vidéo dans lesquels les gens viennent boire de l'alcool et d'autres les fréquentent pour regarder les clips vidéo (Jeunes et enfants des deux genres). Ces bars ne ferment leur porte que tardivement, après 23 heures, surtout le weekend. Les bars sont devenus des lieux de rencontre et de détournement de mineur d'après les dires de l'Adjoint au Maire et nous l'avons vérifié par observation. Il est à noter que ce ne sont pas des garçons de collège qui fréquentaient les bars mais les jeunes gardiens de bœuf ou ceux qui travaillent chez des propriétaires terriens comme métayers. Les jeunes collégiennes sont souvent tombées enceintes des gardiens des bœufs ou autres (métayers,...) mais non pas des jeunes collégiens. Les gardiens ont des moyens financiers et des prestiges. Cinq sur cinq des collégiens interviewés ont avoué qu'il est difficile de sortir avec leurs camarades de classe.

- Marché (tsena) :

Dans cette commune il existe deux sortes de marché. Le marché des produits locaux qui s'effectue 2 fois par semaine (mardi et samedi). Et chaque 17 du mois, il y a le marché de zébu (tsenan'omby) qui ne se termine qu'à la fin du mois avec un grand bal discothèque durant lequel des relations sexuelles se multiplient. L'infirmier et le médecin nous ont dit qu'il y a des patrons (démarcheur des zébus) qui engagent des femmes durant une semaine pour la somme de 100 000 Ar, juste pour leur préparer leur repas et leur « servir » en toutes les circonstances. Et il se peut que la prochaine fois, ces femmes se feront engagées par d'autres personnes. C'est la raison pour laquelle, il y a beaucoup de mères célibataires dans ce village. C'est l'une des causes de la prolifération des IST. Et le médecin du CSB a dit que les $\frac{3}{4}$ des hommes qui viennent se faire soigner au centre ont attrapé les IST et sont déjà à leur état chronique.

Les mères célibataires gagnent leur vie autrement en faisant du commerce des produits locaux (riz, banane, coco, miel...) tout en travaillant dans les champs (riziculture, maïsiculture,...). Le problème réside dans la diversité du marché ; c'est-à-dire que les produits existent mais ne trouvent pas de débouchés, étant donné qu'il s'agit surtout du marché local (consommation locale). Ce qui signifie que le rendement demeure assez faible.

Photo 29 : Produits locaux (banane, coco, miel)



Source : JAO Arsène, 2012



Source : JAO Arsène, 2012



Source : JAO Arsène, 2012

- Circoncision :

C'est une grande fête familiale animée par des sonorisations. Elle dure 2 à 3 jours en général, et c'est une occasion pour les jeunes pour faire des relations. Les parents à cet effet n'arrivent pas à contrôler leurs enfants. C'est l'une des causes d'absentéisme scolaire d'après les enseignants. Et il en est de même pour le *soron'anaky*¹⁶, exhumation... Ces rituels, qui représentent des moments de libération collective (alcool, drogue,...) et durant lesquels, il est tout à fait admissible d'avoir des rapports sexuels avec qui on veut, sont des occasions que tout le monde profite. D'ailleurs, draguer une fille en public ne représente aucune honte, même devant son frère. Il n'est pas ici question de sentiment ou bien de stimulus mais plutôt de liberté sexuelle et de distraction.

Ces occasions peuvent devenir des opportunités pendant lesquelles les activités d'information et de sensibilisations sont réalisées.

La Commune de Betanatanana est une zone potentiellement agricole. Elle a tout ce qu'il faut pour nourrir la population et améliorer ainsi sa santé. Mais il n'y a pas de synergie entre ceux qui détiennent l'autorité publique et l'autorité traditionnelle. En termes d'organisation, l'autorité communale reste administrative, tandis que l'autorité traditionnelle est sociale et culturelle. Les agents de santé se cantonnent dans leur milieu hospitalier avec tous les préjugés possibles et ne veulent pas approfondir la logique de la pratique culturelle. D'où l'existence de distorsion entre les uns et les autres. La population pense que ce système n'est pas fait pour son bien mais pour plutôt la disqualifier de sa pratique culturelle. Le discours gouvernemental ou bien les messages émanant de l'autorité officielle blesse et/ ou désarme les autorités traditionnelles. Il existe toujours des malentendus. Les savoir-faire locaux ne trouvent pas leurs raisons d'être en vulgarisant les nouvelles pratiques et c'est la raison d'une fuite constatée par des nombreux chercheurs en santé publique.

L'histoire de notre société disait Marx « c'est une histoire de lutte de classe », mais nous ajoutons que, c'est une histoire de lutte de position. La population dite « pauvre » ne cherche pas à fuir le système de santé publique, mais elle n'y trouve pas sa place et elle se considère comme disqualifiée et marginalisée.

« La culture est le fondement des structures sociales elles-mêmes ; toute institution se traduit en dernière analyse par un système de comportements s'imposant aux individus, comportements qu'il leur faut apprendre ». La structure sociale malagasy est une structure différenciée où chacun a sa place dans le fonctionnement du système culturel. Les femmes sont des « fanaka malemy », littéralement meuble fragile, et à elles sont dévolues les tâches complémentaires à celles des hommes, et surtout elles s'occupent de l'éducation et de la santé de leurs enfants. Elles sont les premières à connaître leur état de santé. Les pères de famille ne sont pas impliqués directement que si la maladie s'aggrave.

La santé de ces femmes est également leur propre affaire. Elles ont une certaine liberté pour prendre soin de leurs corps, à l'exception du planning familial qui contredit la culture malagasy selon laquelle les enfants constituent des richesses. Le mariage précoce des enfants est une stratégie de reproduction sociale et un maintien de la lignée ancestrale.

Quand on cherche à améliorer la santé maternelle et infantile, il faut se centrer sur la féminité de la femme malagasy. L'autorité de la femme n'est pas manifeste mais latente. Chez les malagasys traditionnels, ce sont les femmes qui véhiculent le « Hasina », la sacralité. Le mot reny, (mère) d'où dérive le mot Firenena, (patrie) revêt un caractère sacré. C'est la raison pour laquelle, la prohibition de l'inceste pour les Malagasy repose strictement sur la lignée maternelle. Dans la communauté Antandroy par exemple le mariage entre les enfants des frères est acceptable mais non pas celle des sœurs. D'où l'importance

¹⁶ Rite de faire appartenir un enfant dans le lignage de son père

du cordon ombilical et voilà pourquoi les Korao amènent les cordons ombilicaux de leurs enfants chez eux. La vulnérabilité de ces femmes et leurs enfants réside dans l'état général de moyen d'existence de la communauté dans laquelle ils se trouvent.

Par rapport aux résultats obtenus, nous allons classer l'analyse en plusieurs volets, c'est-à-dire le social et l'humanitaire.

Facteurs favorisant les maladies

La santé de la population dans la Commune est menacée, elle revêt deux dimensions : l'une liée à la croissance démographique accélérée et l'autre à la pauvreté. L'augmentation de la population élève les besoins en infrastructures sanitaires tandis que la pauvreté des individus limite les dépenses de santé. Il faut quand même noter que c'est l'interaction entre divers phénomènes qui accroît les risques de détérioration de la santé.

La sous-alimentation et malnutrition

Les villageois ne disposent pas de ressources alimentaires en quantité suffisante. En générale, ils ne souffrent pas de faim mais de malnutrition, qui se présente comme un facteur d'aggravation des maladies. Une malnutrition chronique est une cause indirecte de mortalité, étant à l'origine d'une moindre résistance aux maladies, de plus, une alimentation très déséquilibrée se conjugue souvent avec des conditions sanitaires déplorable.

Les femmes sont d'autant plus exposées que leur statut est bas ; elles cumulent alors des charges de travail excessives (tâches domestiques), absence de rémunération, mariage précoce, forte fécondité... Leurs enfants, surtout les filles, suivent leurs pas, avec un poids à la naissance faible et des carences: elles deviendront à leurs tours des mères affaiblies.

La croissance démographique

Une croissance démographique rapide entraîne nécessairement un contexte nouveau : l'augmentation de la production alimentaire, alors que les moyens de productions restent inchangés. Les paysans devenus plus nombreux se mettent à rester sur les mêmes terres, et sont obligés de nourrir une population sans cesse croissante, alors qu'une partie de la population actuelle est déjà mal nourrie.

Le niveau d'instruction

La variable éducation est très importante du point de vue économique (amélioration de la qualité de la population et augmentation des capacités d'adaptation), mais aussi démographique : les comportements varient selon le niveau d'éducation. Par exemple, le P.F est plus utilisé par celles qui ont un certain niveau.

Qualité et propreté de l'eau :

Perception locale de la propreté de l'eau

La perception locale de la propreté de l'eau est la même pour tous les interviewés, c'est-à-dire que dès que l'eau a une couleur transparente, sans bactéries visible à l'œil nu, elle est considérée comme propre et ne nécessite plus aucun traitement.

Latrines :

Perception locale sur l'utilisation et non utilisation

Aucun de nos interviewés ne possède de latrines ; d'ailleurs nous avons observé cette inexistence. Les raisons sont différentes :

- Habitude de non utilisation ;
- Existence de vaste endroit dans la nature pour faire les besoins ;
- Non acceptation de creuser par eux même la terre pour en fabriquer car d'après leur vision, les villageois ne travaillent pas pour les déchets ;
- Mauvaise odeur des latrines.

Malgré cela, les villageois acceptent quand même de les utiliser à condition que ce ne soit pas eux qui vont creuser la terre et construire les latrines. D'autres ont mentionné qu'ils préfèrent avoir de l'eau potable d'abord à la place des latrines car pour ces dernières, la nature est encore à leur disposition alors que l'eau potable est plus importante et primordiale.



III-B-RECOMMANDATIONS

Coutumes, comportements/pratiques sanitaires et recommandations

Coutumes/Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations à considérer/analyser
CPN tardive à partir du 5e mois de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Faire de massage chez une matrone dès le 2e mois de la grossesse et si tout va bien, elle ne revient que le jour des contractions. - boire de la tisane pour éviter les maux d'estomac (feuille de canne à sucre), l'étourdissement (tabaky). - aller au CSB en cas de malaise. 	<ul style="list-style-type: none"> - grossesse non suivie par l'Agent de Santé. - complications au moment de l'accouchement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser les matrones (la 1ère personne à consulter) à envoyer les femmes enceintes chez un Agent de Santé au moins quatre fois pendant leur grossesse.
Accouchement chez les matrones	<ul style="list-style-type: none"> - faire accoucher une femme sans gants, ni alcool. - section du cordon ombilical à l'aide d'une lame ou couteau (déjà utilisé). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie chez la mère. - Complication de la plaie ombilicale du bébé. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formation et approvisionnement en matériel des matrones pour éviter les éventuelles infections chez la mère et le bébé. - Etablissement du plan d'accouchement pendant la grossesse - promotion des kits accouchements et kit femme enceinte (bande, savon, alcool, moustiquaire) - recherche opérationnelle sur le chlorexidine et le misoprostol.

Coutumes/Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations à considérer/analyser
Mifana 3 mois	- Se laver avec de l'eau chaude et ne jamais toucher de l'eau froide pendant 3 mois.	- Les femmes mifana habitant loin du CSB ne peuvent pas se déplacer même si elles et leurs enfants tombent malades.	- Renforcement de capacité des Agents Communautaires pour apporter les premiers soins.
Donner un aliment complémentaire au bébé avant l'âge de 6 mois	- Un bébé de trois mois mange de Koba (banane purée) et mange du riz bien avant sa 1ère année.	- Ventre gonflé, décalcification et sous vitaminé.	- Promotion et sensibilisation des mères à pratiquer l'AME pour protéger leurs enfants d'éventuelles maladies mais aussi pour espacer la naissance. - Education des mères sur les alimentation complémentaire après six mois. - Sensibilisation sur la PF dont la MAMA pour espacer les naissances.
Avoir beaucoup d'enfants	- Non pratique et méfiance de la PF, pour espacer la naissance.	- Naissances rapprochées. - sevrage précoce. - malnutrition des enfants. - les mères perdent leurs forces et se sentent de plus en plus fatiguées ou sont malades. - mortalité maternelle ou infantile.	- Sensibilisation et éducation sur les méthodes existantes, et avantages de la PF pour la mère et l'enfant. - Renforcement des capacités des AC et des PA pour la disponibilité des services de PF dans tous les Fokontany. - Collaboration avec d'autres partenaires pour la disponibilité des méthodes de longue durée en PF

Coutumes/Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations à considérer/analyser
Utilisation de l'eau non traitée	<ul style="list-style-type: none"> - La potabilité de l'eau à boire est associée à sa transparence, ou l'absence de saleté visible, alors que peu recouvrent le récipient de stockage. - Les gens attendent juste que l'eau se décante dans le seau avant de le boire ou de l'utiliser. - boire directement l'eau sans traitement, réchauffée mais non bouillie. - les ménages ne disposent pas de point de vente de sur'eau à proximité et ceux qui l'utilisent ne connaissent pas le dosage correct. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les femmes mifana habitant loin du CSB ne peuvent pas se déplacer même si elles et leurs enfants tombent malades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement de capacité des Agents Communautaires pour apporter les premiers soins.
Hygiène et Propreté	<ul style="list-style-type: none"> - Non lavage des mains ou lavage des mains sans savon. - les enfants mangent avec des mains sales. - les ménages se lavent les mains quand ils les voient sales et le font avec du savon s'il en reste de leur lessive ; -les gens ont l'habitude d'utiliser de la cendre à la place du savon. 	<ul style="list-style-type: none"> - l'existence des maladies des mains sales (diarrhée,...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Démonstration des mères sur le lavage des mains (avec savon ou cendre) de leurs jeunes enfants avant de manger, après avoir déféqué et après avoir changé un enfant . - Démonstration sur l'utilisation du « tippy tap » et inviter les mères de laisser un seau plein d'eau et un dispositif pour le savon ou de la cendre pour se laver les mains à l'entrée de l'endroit où la famille mange.

Coutumes/Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations à considérer/analyser
Non utilisation des latrines	<ul style="list-style-type: none"> - faire des besoins dans les forêts (un peu loin de leurs maisons). - il est fady pour les ménages de construire eux-mêmes leurs latrines. - les ménages peuvent payer des tierces pour la construction de latrines pour eux. 	<ul style="list-style-type: none"> - la pollution de l'air . - le déversement des excréments dans la rivière où la population puise l'eau un fois que la pluie tombe (1ère cause de la diarrhée). 	<ul style="list-style-type: none"> - Construction des latrines hygiéniques améliorées et adaptées au contexte géographique pour chaque ménage. - Former les bénéficiaires à fabriquer et entretenir des latrines améliorées pour que celles-ci ne sentent pas mauvais. - Promotion de l'approche CLTS et de latrines améliorées
Consultation chez les guérisseurs et auto-médicamentation	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de paludisme, maux de tête, maladies diarrhéiques ils vont chez un faiseur de gris-gris (qui leur donne des plantes, de terre blanche...) et acheter deux ou trois comprimés chez un revendeur des médicaments du Fokontany. - le cout des consultations chez le médecin public n'est pas à la portée des bourses des ménages. 	<ul style="list-style-type: none"> - la maladie s'aggrave et parfois ça entraîne la mort. - ou bien la maladie se taise et revient après. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter le mode de paiement des frais médicaux (cotisation annuelle de chaque ménage pour pouvoir acheter du médicament au CSB, type mutuelle de santé). - Approvisionnement des CSB en termes de médicaments et vente à bas prix. - Sensibilisation des ménages sur les signes de danger des maladies des enfants de moins de 5 ans, nouveau-nés et des femmes enceintes ou nouvellement accouchées.

CONCLUSION

En tout, cette étude nous a permis de connaître ce qui se passe dans une autre société Malagasy en termes de pratique sanitaire. La Commune rurale de Belitsaky est une commune rurale difficile d'accès en raison de mauvaise infrastructure routière, notamment en période de pluie et composée de 07 fokontany. C'est une commune regroupant des groupes communautaires comme le Sakalava, le Bara, le Korao, l'Antandroy, l'Antemoro et le Betsileo, vivant de l'agriculture et de l'élevage.

Concernant l'organisation communautaire, le roi, appelé localement « Ampagnito » est le chef suprême, en second lieu se place les grands sages « Lonaky » (il en existe un pour chaque groupe ethnique) et enfin les présidents du fokontany. Ils ont leur autorité sociale mais la prise de décision reste dans le cercle familial quand il s'agit de la santé. Des fady (tabous) existent sous plusieurs formes et selon le contexte dans la commune, n'empêche que la fréquentation du CSB II existe aussi avec une différence à la fréquentation des guérisseurs. Leurs modes de traitements sont différents ainsi que le tarif/mode de paiement, ce qui figure parmi les raisons de l'état de santé (mortalité, VIH/SIDA ...) de la communauté. Des points d'eau, il y en a plusieurs dans chaque fokontany mais la qualité ne convient pas à ce que nous appelons « eau potable » ; ajoutons à cela l'inexistence du traitement de l'eau (pour la majorité des villageois) surtout avant de la boire. Face aux maladies existantes (diarrhée, paludisme, crise épileptique, bilharziose, étourdissement, dysfonctionnement d'une partie du corps, etc.), les raisons sont multiples d'après la perception des villageois ; saleté des nourritures et l'eau pour certains, punition/colère des ancêtres pour d'autres, sans oublier l'autre raison comme la sorcellerie ou le mauvais sort. Le traitement de ces maladies dépend de l'origine de celles-ci et du coût du traitement mais il peut se classer en 3 catégories (tradipraticien/guérisseurs, automédication et médecin moderne). Il n'est pas à négliger ici, la pratique de la PF dans la commune et également la fréquentation des matrones au moment de l'accouchement.

La sexualité est aussi un domaine qui touche la santé de la communauté : les informations obtenues ne sont pas fiables vu que c'est de bouche à oreille, rapport sexuel précoce (12/13 ans), trop d'indépendance (manque d'encadrement parental) des adolescents, prostitution... Néanmoins, il y a quelques parents, leader religieux qui sont conscient de ces actes et considèrent ces actes comme étant le rejet de responsabilité des parents vis-à-vis de leurs enfants.

Bref, la médecine moderne est présente sur le lieu ainsi que le médecin formé, la communauté le fréquente mais n'abandonne pas pour autant ses croyances et ses habitudes. Ceci constitue parfois un problème de la santé communautaire car cette pratique peut entraîner la mortalité (mortalité maternelle et infantile). Par ailleurs, les communautés de Betanatanana s'organisent culturellement autour des Lonaky ou chef lignager et autour des Fokontany administrativement. Le culte des ancêtres est encore pratiqué par la majorité de la population parallèlement aux autres religions (Chrétienne, Musulmane). En matière de santé, les guérisseurs traditionnels et les matrones sont encore les premiers recours pour le traitement et la recherche de soins. Ils sont reconnus par l'ensemble de la communauté par leurs savoirs associés au sacré.

La prise de décision par rapport à la santé maternelle et infantile repose sur les mères de famille. Elles sont des éducatrices et accompagnatrices des enfants. La vaccination reste le moyen de prévention mais la participation reste encore faible à cause de la perception locale. Cependant, le système traditionnel, de faire boire aux enfants de la tisane tient encore sa place dans la prévention. Les parents savent pertinemment quand leurs enfants tombent malade mais ils ne connaissent pas exactement de quelle maladie il s'agit. L'origine de la maladie est assignée à la colère des ancêtres.

La consultation prénatale ne se pratique qu'à partir du cinquième mois de la grossesse le cas échéant la femme enceinte rencontre une complication. Et cela se fait en premier lieu chez les matrones. La période

de « mifana » pour les femmes allaitantes les empêche d'aller au CSB. L'interdiction relative au premier lait n'existe pas mais l'allaitement n'est pas exclusif durant les premiers six mois de la naissance. Le planning familial est faiblement pratiqué à cause du refus des pères de famille et de l'occupation ménagère des mères. L'injection de trois mois est le plus utilisé. Les hommes ont peur d'utiliser les condoms tandis que les femmes ne les apprécient pas. Les maladies sexuellement transmissibles sont encore méconnues de la communauté.

La défécation se fait souvent à l'air libre, étant donné qu'il est encore tabou de déféquer dans une maison. La population prend de l'eau dans des puits et des rivières. Les gens conservent l'eau dans des récipients sans couvercle. Le traitement de l'eau est presque absent du ménage. Le lavage des mains ne se fait qu'après avoir travaillé aux champs. L'utilisation de savon est réservée à la lessive et à la vaisselle, l'hygiène corporelle avant d'aller aux lieux publics.

L'amélioration de l'état de santé des populations suppose une conjonction d'effort et une action à différents niveaux : il faut prendre acte de ce que « la santé est un tout ». Il faut donc adopter une approche globale de la santé car elle est souvent liée à d'autres phénomènes : santé et malnutrition sont intimement liées, l'irrigation des terres favorise aussi l'extension des pathologies, la pollution de l'eau multiplie les cas de maladies diarrhéiques, la pauvreté pose des problèmes de santé, induit une diminution des dépenses de santé.

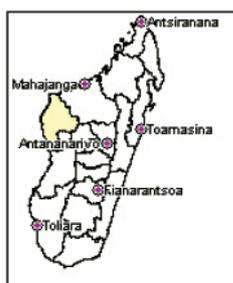
Bref, les questions de santé sont à aborder en considérant globalement de nombreuses variables : économiques, sociales, culturelles, environnementales, biologiques...Donc, cela demande la participation de beaucoup d'entre nous.

ANNEXES

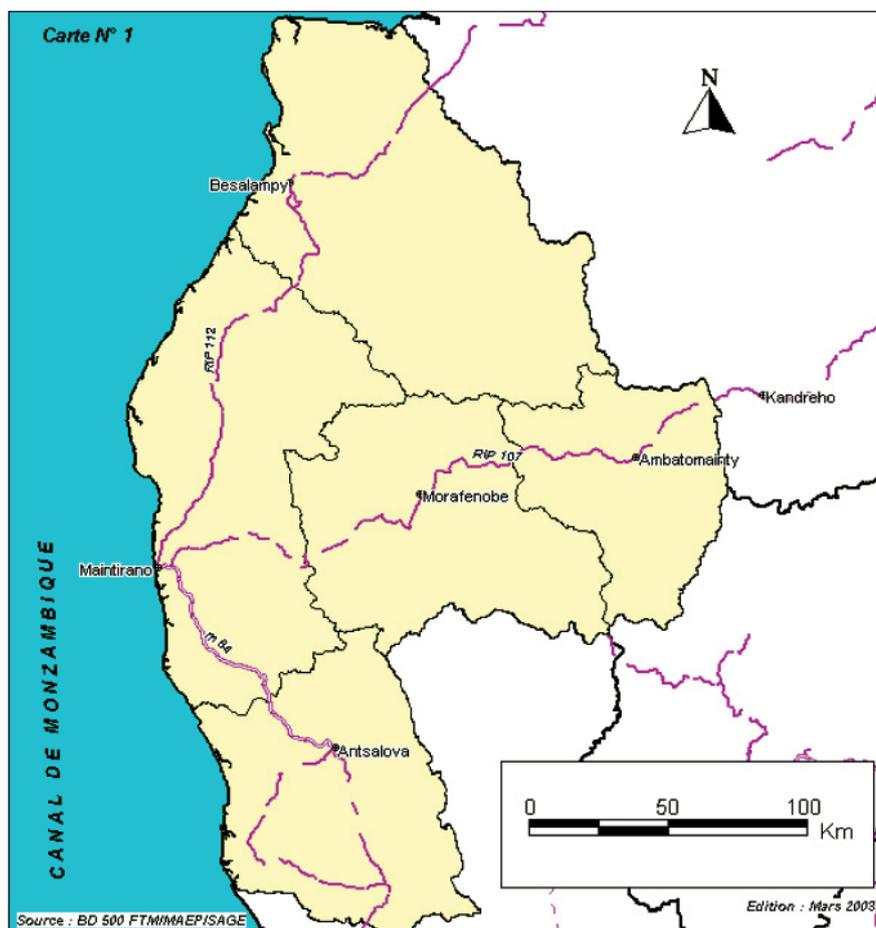
ANNEXE 1: CARTOGRAPHIE

CARTE DE LOCALISATION DE LA REGION MELAKY SOUS-PREFECTURES COMPOSANTES

DIRECTION REGIONALE DU DEVELOPPEMENT RURAL DE MELAKY

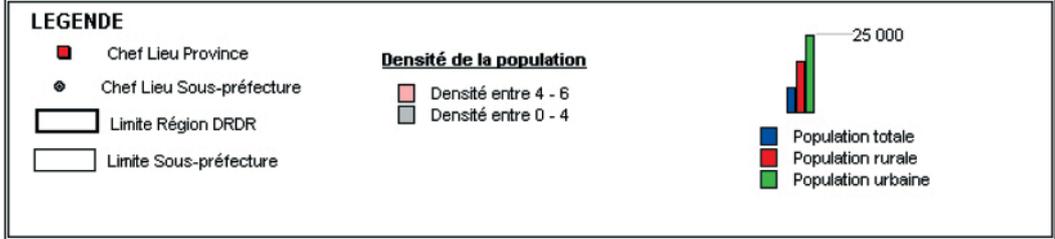
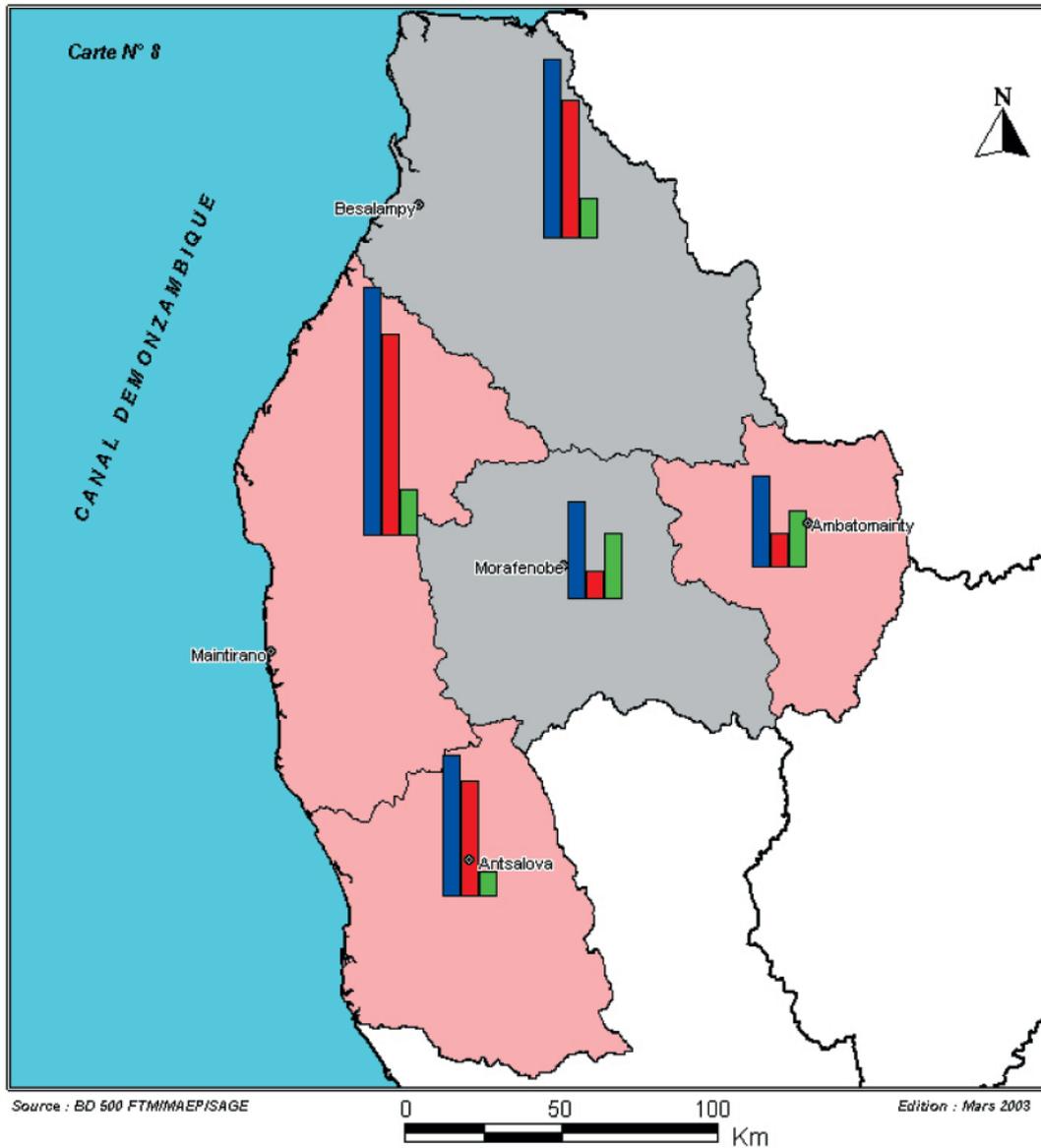


CODE POSTAL	NOMFIV
410	Besalampy
413	Maintirano
404	Ambatomainty
418	Morafenobe
406	Antsalova

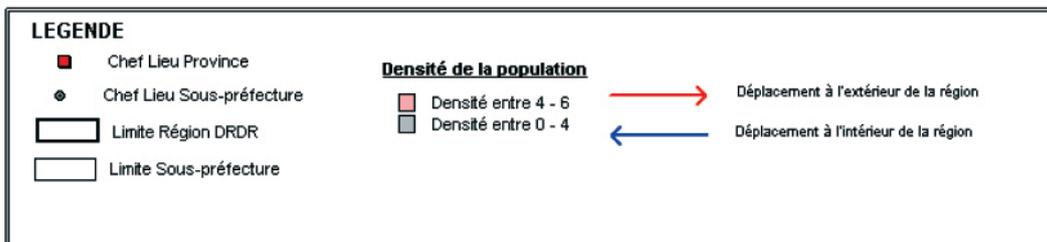
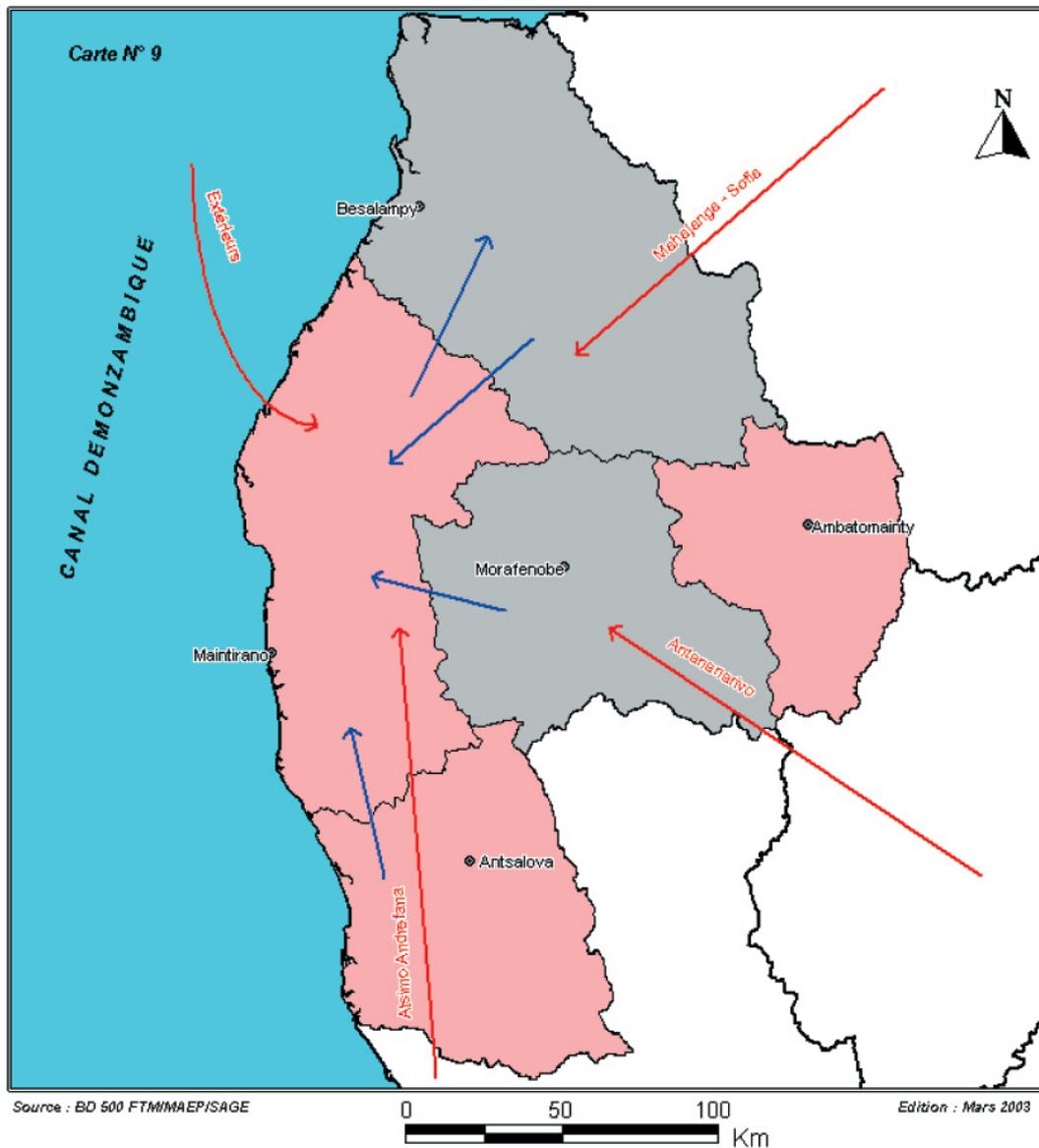


LEGENDE					
■	Chef Lieu Province	---	Chemin d'Interêt Provincial	□	Limite Région DRDR
•	Chef Lieu Sous-préfecture	- - -	Route d'Interêt Provincial	□	Limite Sous-préfecture
		—	Route Nationale		

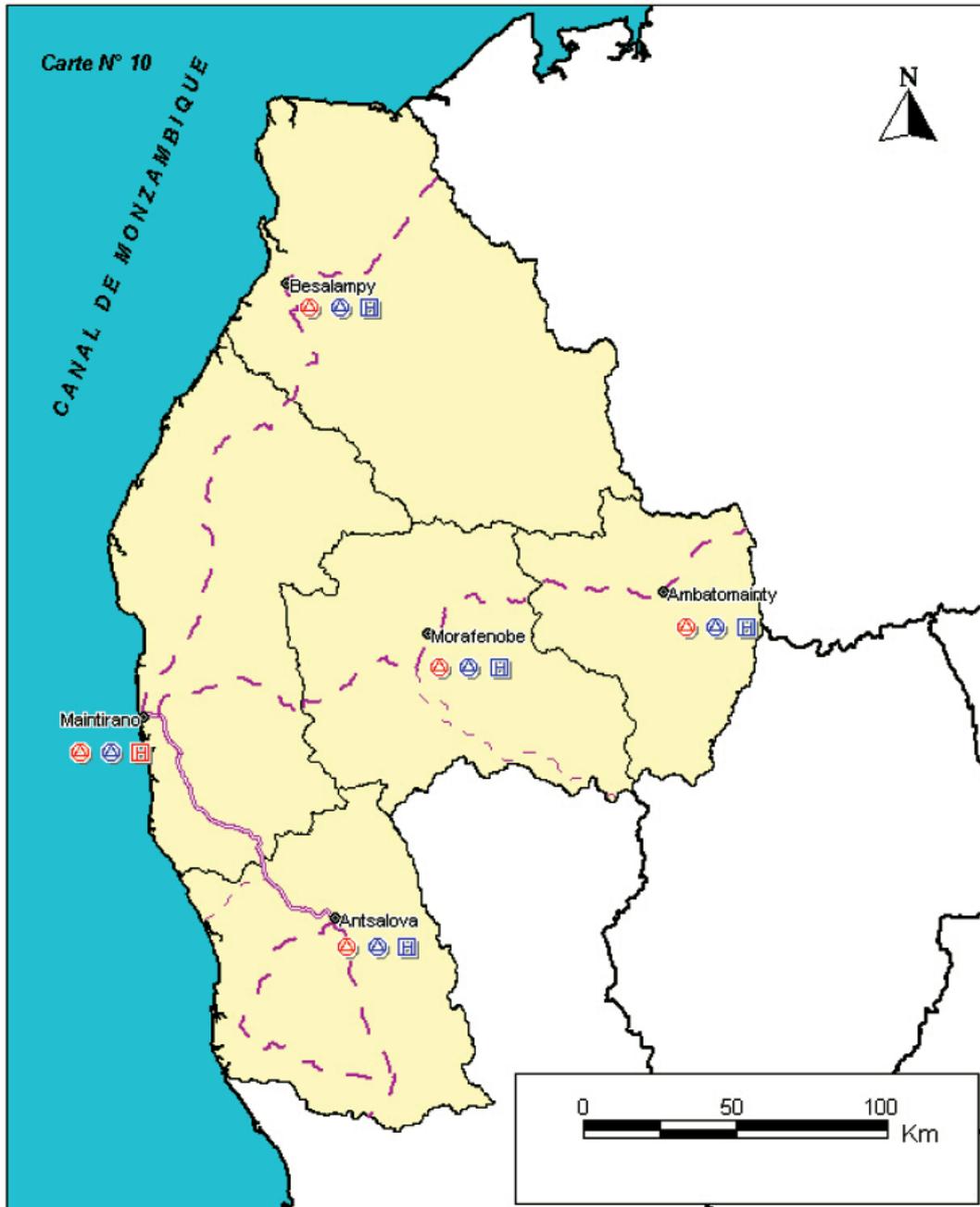
CARTE DEMOGRAPHIQUE DE LA REGION MELAKY
 DIRECTION REGIONALE DU DEVELOPPEMENT RURAL DE MELAKY



CARTE DES FLUX MIGRATOIRES DE LA REGION MELAKY
 DIRECTION REGIONALE DU DEVELOPPEMENT RURAL DE MELAKY



CARTE DES INFRASTRUCTURES DE LA REGION MELAKY
 DIRECTION REGIONALE DU DEVELOPPEMENT RURAL DE MELAKY



Source: BD 500 FTMIMAEPISAGE

Edition : Mars 2003



ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

Pour une étude ethnographique en vue d'élaborer une stratégie de changement de comportement (Mars 2012)

Interviewé :

Age :..... **Sexe :**..... **Profession :**.....

Niveau d'étude :

Taille de ménage :

Interviewer :

A-GENERALITES

1-Premisse Socio-culturel

Mba tantarao anay ny niandohany tanàna, ny niavian'ny olona teto sy ny foko misy eto, ny fomba misy eto...

2-Santé et Maladie

- Définition et représentation

Inona ny atao hoe marary raha ny fahazoanareo azy ? Satria nahoana ?
Ary ahoana koa ny hoe salama ? Satria nahoana ?

- Expression phénoménale de la maladie

Ahoana ny fisehoan'ny aretina ?

- Dimension émotionnelle

Ahoana ny fomba fiatrehanareo ny aretina? Satria nahoana?

- Dignité humaine

Misy fifandraisana ve ny fahasalamana sy ny hasina maha olona? Satria nahoana ?

- Sens du mal ou de la pathologique

Ahoana no ahatsapanareo fa hoe misy aretina ao anatinareo (na ny zaza) ?

- Quels symptômes les poussent à prendre soins?

Amin'ny fotoana toy inona ianareo no mahatsapa fa tokony hanatona mpitsabo?

- Impacts de la globalisation

Ahoana ny fahatsapanareo na ny fahitanareo ny vokatry ny fanatontolona? Satria nahoana?

- Catégorie des maladies

Inona avy ny aretina tena misy eto?

Sokajio araky ny toetrany ireo aretina ireo. Satria nahoana?

- Perception sur les préventions

Ahoana ny fahitanareo ny fomba fisorohana amin'ny aretina? Satria nahoana?

B-ORGANISATION SOCIALE

1-Organisation familiale, lignager, clanique et territoriale ;

Ahoana ny fomba fandrindrana misy eto?

(Inona ny rafitra misy eo anivon'ny fianakaviana, fiarahamonina, mpiray foko) Satria nahoana?

2-Statut et rôle de la femme

Ahoana ny toeran'ny vehivavy eo amin'ny fiarahamonina na ao antokatrano ? Satria anahoana ?

3-Hiérarchie sociale : influence de celle-ci sur la prise de décision par rapport à la santé

Inona ny antanatohatra misy eto ? (mpanjaka, be antitra, mpanakarena...)

Iza no tena masinteny amin'ireo ?

Ahoana ny finatraikany amin'ny fanampahan-kevitra mikasika ny fahasalamana ?

4-Dépense familiale allouée à la santé

Misy teti-bola natokana ho an'ny fahasalamana ve? Satria nahoana ?

5-Système de parenté

Ahoana ny fomba amin'ny fanambadiana ? (endogamie, exogamie) Satria nahoana ?

C-RITUEL ET CULTES EXISTANTS

1-Endroits sacrés. (Causes, respect...)

Aiza no misy faritra masina na fady eto? Satria nahoana?

2-Croyance, la vie et la mort (cause de la mort et de la vie)

Inona ny fivavahana ataonareo?

Ahoana ny fahitanao ny fiaianana sy ny fahafatesana ? Satria nahoana?

3-Place des guérisseurs, devin, transe, crise hystérique, sorcellerie

Manan-danja ve fitsaboana netim-paharazana? Satria nahoana?

D-MODE DES SOINS ET TRAITEMENTS

1-Soin en cas de maladie (plantes médicinales, guérisseurs, centre sanitaire, psychologique...).Raisons de la pratique des soins. Etapes hiérarchiques des soins.

Inona avy ireo fomba fitsaboana fataonareo?

Inona avy ireo dingana arahinareo mandritra ny fitsaboana ny aretina? Satria nahoana?

2-Coût de soins et traitements

Ahoana ny fahitanao ny saran'ny fitsaboana ?

Mifanentana amin'ny fahefa-mividy ve?

3-Complémentarités ou non de la médecine traditionnelle et moderne

Arakany fahitanao azy, afaka ampiarahina ve ny fitsaboana nentim-paharazana sy ny maoderina? Satria nahoana?

4-Relations entre autorités (familial, parental) et techniques de soins, le temps de prendre soins

Izy no manapa-kevitra amin'ny fomba sy fotoana hitsaboana? Satria nahoana?

E-SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

1-Grossesse et naissance

Ahoana no ahalalanao fa bevohoka ianao ?

Misafo ve ianao mandritra ny vohoka? Aiza ? Satria nahoana?

2-Les interdictions relatives aux femmes enceintes et à la naissance, alimentation

Inona avy ireo fady mandritra ny fintondrana vohoka?

Inona avy ireo fady mandritra ny fahaterahana?

Misy sakafo natokana ho an'ny vehivavy bevohoka sy ny zaza? Satria nahoana?

3-Alimentation de femme allaitante, de nourrisson

Misy sakafo natokana ho an'ny vehivavy mampinono sy ny zaza? Inona avy? Satria nahoana?

4-Pratique de l'accouchement (cordon ombilical et placenta)

Ahoana ny fomba fiterahana? Aiza no asina ny tavony sy ny tadim-poitra? Satria nahoana?

5-Pratique de l'avortement

Ahoana ny fandraisan'ny fiaraha-monina ny fanalan-jaza aty? (malalaka, fady...)

Ahoana ny fomba fisehoan'ny fanalan-jaza?

6-Planning familial

Mahafantatra ny fisian'ny fandrindram-piterahana ve ianao ?

Manao izany ve ianao? Satria nahoana?

7-Allaitement maternelle (Fréquence et durée, le premier lait)

Inona ny omena ny zaza voalohany raha vao teraka?

Misy fomba ve atao amin'ny fampinonoana ny zaza? Satria nahoana?

8-Utilisation des moustiquaires

Mampiasa lay ve ianareo? Satria nahoana?

Inona ny karazana lay ampiasainareo? Satria nahoana?

Novidina ve io sa azo tamin'ny fanampiana?

Misy antony manokana ve ny lokon'ny lay aty? Satria nahoana?

Iza no matory ao anaty lay? Satria nahoana?

Misy tombon-tsoa tsapa ve amin'ny fampiasana ny lay?

9-Relation mère –enfant

Ahoana ny fizotran'ny fifandraisan'ny reny sy ny zanany ? (éducation.....)

10-Relation père-enfant

Ahoana ny fizotran'ny fifandraisan'ny ray sy ny zanany ? (éducation.....)

11-Vaccination

Ahoana ny fandraisanareo ny fanaovana vaksiny? (lanjany) Satria nahoana?

Mahomby ve ny fanovana azy? Satria nahoana?

Iza no tokony atao vaksiny araka ny fahalalanao? Satria nahoana?

12-Vitamine A

Ahoana ny fandraisanareo ny fanomezana vitamine A ny zaza? (lanjany) Satria nahoana?

Mahomby ve ny fanovana azy? Satria nahoana?

13-Nourriture de l'enfant (6mois et +)

Inona no sakafo omena ny zaza? Satria nahoana?

Isaky ny fotoana toy inona no anomezana azy izany? Satria nahoana?

F-HYGIENE

1-Pratiques de faire ses besoins

Aiza ianareoa no mivoaka ? Satria nahoana ?

2-Traitement et conservation de l'eau

Aiza ianareo no maka rano ? Satria nahoana ?

Misy fomba fanadiovana rano ve ataonareo ? Inona ilay izy ? Satria nahoana ?

Ahoana ny fomba fitehirizanareo rano? Satria nahoana ?

Misy fitaovana manokana akana rano voatahiry? (Plus observation)

3-Perception locale sur la propreté de l'eau

Ahoana ny ahafantaranareo fa madio ny rano? Satria nahoana?

4-Lavage des mains : pratique et fréquence, les difficultés en terme de moyen

Amin'ny fotoana inona no tokony hanasa tanana ny olona? Satria nahoana?

Ahoana ny fomba fanasana tanana? (misy savony na tsisy)

Iza no tokony hanasa tanana? Satria nahoana?

Araka ny fahalalanao, mety ho inona ny voka-dratsy ny tsy fanasana tanana? Satria nahoana?

5-Hygiène corporelle, Hygiène alimentaire, Hygiène vestimentaire (par rapport à la fréquentation de service sanitaire)

Misy fiantraikany amin'ny fandehanana any amin'ny toeram-pitsaboana ve ny fomba fitafy na ny fahadiovan'ny vatana? Satria nahoana?

Misy fiantraikany amin'ny fahasalamana ve ny fahadiovan'ny sakafo? Satria nahoana?

G-COMPORTEMENT SEXUEL

1-Sexualité : sujet tabou ou pas

Ny resaka fananahana ve fady resahina aty sa ahoana? Satria nahoana?

2-Age de la première relation sexuelle

Eo amin'ny firy taona eo ny tovolahy na ny tovoavavy no miditra amin'ny firaisana ara-nofo? Satria nahoana?

3-Nombre de partenaire

Mety manatsara (na manaratsy) ny fifandraisana eo amin'ny fiaraha-monina ve ny fananana vady maro? Satria nahoana?

4-But de l'union et du mariage

Ahoana ny fomba amin'ny fanambadiana aty? (traditionnel...) Satria nahoana?
Inona no tena tanjona ao anatin'ny fanambadiana? Satria nahoana?

5-Hétéro / homosexualité

Hita aty ve ny fiarahan'ny lahy samy lahy na ny vavy samy vavy?

6-Santé de la reproduction

Ahoana ny fiantraikan'ny fiterahana amin'ny fahasalamana? Satria nahoana?
Tokony arindra ve ny fiterahana? Satria nahoana?

7-Santé sexuelle

Misy ve ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofo? Inona avy?
Azo atao ve ny misoroka azy ireo? Amin'ny fomba ahoana?

8-Lien entre les rites et les partenaires sexuels?

Misy fomba fanao aty aminareo ve ka manome vahana ny fanaovana firaisana ara-nofo? (ohatra:
amin'ny fanompoam-be) Satria nahoana?

ANNEXE 3 : FOCUS GROUP

THEME I: SERVICE MEDICAL

Dans cette rubrique nous tentons à aborder tout en commençant par une culture générale et en faisant en sorte que nous sommes là pour trouver une solution ensemble :

Pourquoi et comment les gens fréquentent-ils ou non ce centre ? Quels intérêts donnent-ils à ce service ?

La distance à parcourir pour aller au centre de santé influe – t – elle sur la fréquentation ?

Existent – ils des projets relatifs à la santé, à l'eau et l'assainissement ? Et comment étaient les résultats de ces projets ? Adhèrent-ils facilement aux processus de la modernisation et de la globalisation ?

Est – ce que les médecins modernes adoptent un comportement méchant ? Les pratiques de ces personnels médicales entravent – elles la culture locale ?

Quels sont les besoins de la communauté par rapport à la santé ?

THEME II : CULTURE

L'organisation sociétale, la représentation sociale et culturelle de la santé et de la maladie est également à prendre en considération dans une telle étude. En ce sens, quels sujets sont encore tabous et sensible pour cette communauté ?

Certain fady pouvant entraver à la mise en place d'un quelconque projet (ex : projet de construction des latrines peut être impossible à réaliser car il est interdit pour les villageois d'en utiliser). Cette rubrique nous permet de connaître et de comprendre les pratiques communautaires.

La flexibilité de certain fady ou tabou permet de connaître, d'une part l'ampleur de certaine tradition (fady) ainsi que l'attachement de la population locale à cette tradition et d'adapter à un nouveau mode de vie d'autre part.

Certain rituel pouvant proliférer certaine maladie, il est nécessaire de connaître la perception de la communauté locale face à cela.

THEME III : EDUCATION

Nous voulons savoir tous les systèmes éducatifs (formels et informels) existants sur le lieu. Il est donc utile d'aborder le sujet du Planning familial puisque cela concerne la vie présente et future du ménage. A part cela, d'autres thèmes vont être évoqués avec les villageois ainsi que les autorités villageoises, à savoir :

- **Propreté** : corporelle, vestimentaire, alimentaire
- **Sexualité** : éducation sexuelle (comportement du couple conjugal face à la sexualité, parent-enfant...)
- Education scolaire et éducation familiale relatives à la santé, à la sexualité, à la propreté...

PHOTOS MONTRANT QUELQUES MANIFESTATIONS DES MALADIES CHEZ L'ENFANT A BETANATANANA

Photo Enfant Sakalava avec un signe de son groupe (coiffure).



Source : JAO Arsène, 2012

Photo Enfant malade depuis un mois, âgé de quatre mois, jamais amené à l'hôpital



Source : JAO Arsène, 2012

Photo Enfant atteint d'une maladie halo ou bombement fontanel, traité traditionnellement en mettant des masques circulaires autour de sa tête.



Source : JAO Arsène, 2012

**RAPPORT DE L'ETUDE ETHNOGRAPHIQUE
REGION SOFIA**

Août-Septembre 2012

REMERCIEMENTS

Cette étude a été effectuée avec la collaboration de MAHEFA (Malagasy HEniky ny FAhasalamana), financée par l'USAID.

Nous adressons nos vifs remerciements aux organismes et personnes qui ont contribué financièrement et techniquement à la réalisation de ce travail d'étude plus particulièrement :

- USAID
- MAHEFA Antananarivo et Antsohihy
- Direction de Développement Régional Antsohihy
- Les médecins du CSB II d'Antoñibe
- Les autorités locales des communes rurales d'Ambatosia et d'Antoñibe
- Les guides pour les déplacements inter-fokontany des communes rurales d'Ambatosia et d'Antoñibe
- Les habitants des communes rurales d'Ambatosia et d'Antoñibe

JAO Arsène

MAHAVORY Nancy Raïssa

MILINA Anise Chantal

RAFANOMEZANTSOA Hervé

« Département de Sociologie, Université d'Antananarivo »

INTRODUCTION

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme de santé communautaire intégré (JSI/CBIHP) nommé Malagasy HENiky ny FAhasalamana (MAHEFA) et financé par l'USAID Madagascar, des interventions de santé à base communautaire incluant la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI), la planification familiale et la santé de la reproduction (PF/SR), la prévention et le traitement du paludisme, les pratiques améliorées en nutrition (AEN), ainsi que celles relatives à l'eau, hygiène et assainissement (EHA) sont prévues être menées dans neuf régions du Nord et du Moyen-Ouest de Madagascar, spécifiquement auprès des populations difficilement accessibles.

Le présent document fournit des détails essentiels sur une série d'activités de recherche mises en œuvre par le programme MAHEFA au cours de l'année 2012 afin d'informer sur une stratégie pour le changement de comportement dans les régions du programme. Cette stratégie repose sur l'amélioration du bien-être sanitaire des familles dans les régions d'intervention à travers des actions faisables et acceptables. Une bibliographie annotée a aidé l'équipe de MAHEFA à identifier la nature spécifique des défis dans la zone d'intervention et à révéler l'historique des programmes d'intervention y afférentes. Etant donné la taille de la population et la diversité des groupes ethniques dans la région Sofia, le programme a décidé de mener une série de 3 types de recherche qualitative. L'analyse des barrières a facilité l'identification des motivateurs, des barrières et des groupes d'influence à l'adoption de nouvelles pratiques. Ensuite, l'étude ethnographique des communautés cibles du projet qui était mené aux mois d'aout/septembre 2012 et qui fait l'objet du présent document est indispensable pour approfondir les résultats des précédentes recherches. Elle permettra au programme MAHEFA de connaître les facteurs socioculturels qui influencent les pratiques courantes des membres de la communauté vis-à-vis des thèmes du programme (la santé maternelle, néonatale et infantile, l'utilisation de l'eau potable, l'assainissement, et l'hygiène). Enfin, une recherche complémentaire Trials of Improved Practices-TIPs ou Essais des pratiques améliorées est aussi planifié afin de permettre à l'équipe MAHEFA de faire la triangulation des résultats et surtout pour révéler les petites actions faisables et importantes (PAFIs). Des études identiques ont été menées dans les régions de Menabe, Melaky, et Boeny et sont également planifiées pour les régions SAVA, Betsiboka et DIANA.

L'étude ethnographique a fait appel à des enquêteurs pour mener des observations et des entretiens auprès des familles pour mieux connaître leurs pratiques, les traditions, les coutumes et les mœurs qui influencent leur santé. En effet, des données plus riches peuvent être obtenues à partir des méthodes d'observation, des conversations informelles, et tout simplement du fait de pouvoir poser certaines questions à la population cible pour mieux comprendre ce que les enquêteurs voient ou observent..



I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Cette étude a pour principaux objectifs, d'une part, de connaître les facteurs socioculturels qui influencent les comportements et/ou les pratiques sanitaires de la population cible et, d'autre part, d'analyser les rapports de causalité entre les us et coutumes et les comportements sanitaires de la population cible qui pourraient avoir des impacts sur les résultats attendus du programme.

Dans cette optique, les trois objectifs spécifiques suivants ont été pris en compte, à savoir :

- comprendre les perceptions, les connaissances, les attitudes, et les pratiques dans la communauté par rapport à la santé des jeunes, femmes enceintes, mères, enfants, et nouveau-nés ;
- déterminer les influences culturelles, traditionnelles qui influencent les pratiques de santé des groupes-prioritaires au niveau communautaire ; et
- mieux comprendre les raisons qui poussent les groupes prioritaires de la communauté à recourir à certaines pratiques par rapport à leur santé pour pouvoir élaborer des stratégies de changement de comportement appropriées à la région et relatives aux thématiques du programme MAHEFA.

II. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Selon G. Bachelard¹, la démarche scientifique est similaire à une « course d'obstacles » où il est nécessaire de lutter contre les préjugés et les évidences du sens commun en élaborant un cadre d'analyse et en mettant en œuvre des procédures expérimentales. L'analyse ethnographique dont fait l'objet de la présente étude nécessite ainsi une méthodologie appropriée afin d'avoir des résultats fiables, conformément aux objectifs énumérés ci-dessus.

Les actions menées dans le cadre de l'étude ethnographique dans la région Sofia ont été la collecte, la description et l'interprétation des informations sur les pratiques culturelles qui influent sur le comportement sanitaire de la population-cible du Programme.

Une démarche comportant trois étapes a été adoptée :

- **Etape 1 : Phase préparatoire**
 - ✓ Elaboration du protocole de recherche
 - ✓ Elaboration des outils de collecte des informations ethnographiques
 - ✓ Organisation de la conduite de l'étude sur terrain
- **Etape 2 : Travaux sur terrain**
 - ✓ Orientation de l'équipe de collecte sur terrain

¹ BACHELARD, G., 1993, La Formation de l'esprit scientifique. 12ème édition, Paris, P.U.F., 252 pages

✓ Collecte des données : entretien individuel et familial, focus group, observations dans les sites sélectionnés

▪ **Etape 3 : Traitement des données – présentation des résultats**

✓ Compilation et analyse des données recueillies lors de l'étude ethnographique afin de ressortir les pratiques culturelles influant sur l'état sanitaire de la population

✓ Interprétation des résultats et formulation des recommandations

✓ Elaboration et restitution du rapport de l'étude auprès de MAHEFA et de ses partenaires potentiels

Des techniques de collecte de données spécifiques ont été menées au cours de cette étude : l'entretien, l'observation et le focus group.

L'entretien correspond au mot anglais interview et engage une interaction entre deux individus : l'interviewer (le chercheur) et l'interviewé (l'enquêté). Il peut être directif, semi-directif ou libre ; le choix du type d'entretien dépend de ce que l'on cherche à contrôler, à vérifier, à approfondir ou à explorer d'une situation ou d'un domaine donné. Pour la présente étude, notre choix s'est porté sur l'entretien semi-directif pour pouvoir vérifier certaines informations et les approfondir par la suite. Les unités de l'entretien sont familiales et individuelles.

Ensuite, **l'observation** recouvre deux modalités principales : directe ou participante. La première est d'usage courant en psychologie et permet d'étudier les phénomènes d'interactions au sein de groupes restreints. L'extériorité du chercheur est de mise et l'objectif poursuivi consiste à enregistrer et à décrire fidèlement les événements qui se sont déroulés au cours d'une période donnée. La seconde technique a été expérimentée par les anthropologues et requiert une plus grande implication du chercheur. L'objectif est de gagner la confiance des individus et de s'intéresser aux « impondérables de la vie quotidienne »².

Enfin, **le focus group**³, discussion semi-structurée à l'aide d'une check-list des sujets que l'équipe veut aborder, est en quelque sorte une forme de triangulation des données afin d'assurer la validité des informations cruciales. Par cette méthode, nous avons essayé de voir comment les individus se comportent en groupe et de décrypter les sujets dont ils ne veulent pas aborder ensemble.

² Malinowski, B., 1922, *Argonauts of the Western Pacific: An account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea*, London: Routledge and Kegan Paul.

³ « Le focus group est une technique d'interview qui permet de déterminer les avis des personnes qui ont été exposées à l'analyse des enquêteurs. Ses principales fonctions sont de découvrir: (1) les aspects significatifs de la situation étudiée compte tenu des réponses qui ont été données ; (2) les écarts entre les effets prévus et réels ; (3) les éventuels sous-groupes déviants parmi la population étudiée ; et (4) l'évaluation des processus en cours suite aux effets induits expérimentalement. » Extrait de Robert K. Merton and Patricia L. Kendall, 1946, *The American Journal of Sociology*, 51, 6, p.541 - 557.



III. DESCRIPTION DE LA COLLECTE D'INFORMATIONS

1. Site Ambatosia

1.1 Présentation du site d'étude

La commune rurale d'Ambatosia est une des communes qui constituent le district de Bealanana, située à 18 km de celui-ci. L'accès à la commune se fait en voiture mais la piste reste difficile surtout en période de pluies. Pendant la période sèche, la route est poussiéreuse juste après la bifurcation sur la RN 6.

La commune rurale d'Ambatosia est riche en produits économiques et les principales activités sources de revenus sont les suivantes : riziculture, culture d'ail, culture d'oignons, culture de légumes, élevage de bovins, élevage de porcins, élevage de volailles.

Photo 1 : Commune rurale d'Ambatosia



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

1.2 Démographie et ethnies

La commune rurale d'Ambatosia est composée de deux principaux groupes ethniques : les Tsimihety et les Sihanaka. La répartition des personnes interviewées s'est faite comme suit :

Tableau 1 : Répartition des groupes communautaires interviewés par groupe ethnique

Groupe communautaire	Nombre	Pourcentage par rapport à l'effectif total (%)
Tsimihety	24	80
Sihanaka	06	20
Total	30	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

D'après ce tableau, 4 sur 5 des personnes interrogées sont issues du groupe ethnique Tsimihety (population cible), contre 1 sur 5 du groupe Sihanaka. Selon l'histoire qu'on nous a raconté pendant notre descente sur terrain, ce sont les Sihanaka qui, les premiers, se sont installés dans la localité et sont devenus les autochtones du village. Des années ont passé, ils se sont immigrés en allant dans d'autres communes, notamment, la commune rurale d'Ambatoriha. A ce jour, ce sont les Tsimihety qui sont devenus les plus nombreux, mais la forte présence des Sihanaka demeure remarquable dans certains fokontany⁴.

Composée de 12 fokontany, la commune rurale d'Ambatosia se trouve sur la route menant à Bealanana. Le tableau ci-dessous montre la répartition des habitants selon les fokontany et la distance de chaque fokontany par rapport au chef-lieu de Commune. Ainsi, une grande partie de la population se trouve à Ambatosia qui est également le chef-lieu de Commune. Les données concernant la répartition par genre de la population du fokontany d'Ambalabe n'ayant pu être obtenues, nous ne sommes pas en mesure de déterminer avec précision les taux de répartition par genre de la population.

Tableau 2 : Répartition de la population par fokontany et distance des fokontany par rapport au chef-lieu de Commune

Fokontany	Distance (Km)	Population 2012		Total
		Masculin	Féminin	
Andranotakatra-Bas	8	629	628	1257
Andranotakatra-Haut	6	445	401	846
Anjohibe	10	577	582	1159
Ankijanomavo	2.5	500	600	1100
Ambohimitsinjo	6	385	467	852
Ampaminty	15	460	475	935
Ambararatabe-Centre	17	147	167	314
Ambalabe	3	ND	ND	1325
Antanabao Ampandrana	10	380	412	792
Ambatosia	0	1176	1224	2400
Andasinimaro	18	712	811	1523
Beanantsindra	7	626	686	1312

Sources : Mairie de la Commune Rurale d'Ambatosia, Président du fokontany d'Ambatosia, 2012
ND : non disponible

4: Le fokontany est une subdivision administrative de base au niveau de la Commune. Selon l'importance des agglomérations, il comprend soit des hameaux, soit des villages, des secteurs ou des quartiers. (Décret N° 2007-151 du 19 février 2007 portant sur l'Organisation, le fonctionnement et les attributions du Fokontany).

1.3 Techniques de collecte des données

Compte tenu de la méthodologie évoquée précédemment, trois méthodes ont été utilisées afin de pouvoir collecter des données :

- l'entretien individuel auprès de personnes de différentes catégories d'âge et de sexe ;
- l'observation sur les pratiques quotidiennes des villageois ;
- et le focus group.

a. Entretien individuel

Les entretiens individuels ont été effectués auprès de 17 personnes de sexe féminin et 13 de sexe masculin. Outre ces participants, nous nous sommes aussi adressés à un président de fokontany, à un maire et à trois agents communautaires. Le tableau ci-après montre la répartition par catégories des interviewés pour l'entretien individuel.

Tableau 3 : Répartition des interviewés selon leur catégorie

Catégorie des participants	Nombre
Jeunes filles	1
Mères célibataires	3
Mères	10
Grand-mères	2
Matrones	1
Jeunes hommes	1
Pères	7
Grands-pères	3
Leader traditionnel	2
Total	30

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

Par ailleurs, compte tenu des objectifs de cette étude ethnographique, la rencontre avec un guérisseur traditionnel⁵ s'avérait être indispensable étant donné le rôle important qu'il joue dans les pratiques quotidiennes de santé de la population malgache, surtout dans les endroits reculés. Or, nous n'en avons pas rencontrés dans les sites que nous avons visités lors de la collecte d'informations. Avec l'arrivée de la médecine moderne, les guérisseurs sont devenus de moins en moins sollicités qu'auparavant d'où leur absence dans la plupart des villages.

Néanmoins, nous n'avons pas ménagé nos efforts pour recueillir le plus d'informations possible afin de répondre aux objectifs fixés par l'étude. Ainsi, avons-nous eu la chance de rencontrer et de partager quelques mots avec un homme célèbre par son don naturel, connu dans le village et dans la Région. Il s'agit de Mr PARFAIT, surnommé LEPAR. Il guérit les malades par le biais de la religion. Nombreux sont les croyants qui viennent vers lui pour soigner diverses maladies telles que le cancer ou l'hypertension artérielle. Même les handicapés et les invalides font appel à ses dons pour pouvoir faire des mouvements du corps comme tout le monde (ex : pouvoir marcher normalement...).

5: Le guérisseur traditionnel dont nous faisons référence ici est celui qui fait appel au culte des ancêtres et aux divers tabous (alimentaires, vestimentaires, port de certains bijoux, exigence de couleur...) pour soigner les maladies.

b. Observation

La méthode d'observation a été utilisée pour voir et connaître les habitudes et pratiques des villageois dans leur vie quotidienne. Le temps passé sur le terrain nous a permis de voir et de connaître notamment leurs pratiques sur la santé, l'hygiène et le comportement sexuel. Afin d'en faciliter la lecture et la compréhension, les éléments observés sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Liste des éléments observés

Thèmes	Éléments observés
Hygiène	<ul style="list-style-type: none"> - Source d'eau existante - Conservation de l'eau - Traitement de l'eau - Lavage des mains - Préparation des repas - Utilisation des latrines - Défécation à l'air libre
Prévention, soins et traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquentation du centre sanitaire - Prévention traditionnelle - Utilisation des moustiquaires - Dépôts de médicament
Santé maternelle et infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Grossesse - Allaitement maternel - Utilisation des moustiquaires - Soins procurés aux enfants (bain, nourriture, ...) - Soucis envers les enfants
Comportement sexuel	<ul style="list-style-type: none"> - Partage des informations sexuelles entre les jeunes - Ballade tardive des jeunes couples - Tendance des jeunes à pratiquer des relations sexuelles après des événements culturels (spectacles)
Divertissement	<ul style="list-style-type: none"> - Football - Existence de quatre (4) vidéos clubs - Fréquentation de spectacles musicaux⁶

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

6: Deux spectacles animés par des artistes nationaux dans le courant du mois d'Août 2012

Notons que cette liste des éléments observés n'est pas exhaustive. Toutefois, ils représentent les éléments majeurs abordés et ayant fait partie de l'analyse dans le cadre de cette étude.

c. Focus group

A la fin de notre étude sur site, nous avons également effectué deux focus groups auprès de quelques individus pour confirmer et compléter les données recueillies au cours des entretiens individuels et des observations.

Tableau 5 : Répartition des participants aux focus groups par fokontany

Catégorie des participants	Fokontany Ambatosia	Fokontany Ankijanimavo	Total
Grand-mère, Belle-mère	1		1
Mère	3		3
Mère célibataire	1		1
Matrone	1		1
Leader traditionnel		1	1
Président de fokontany		1	1
Grand-père		1	1
Père		2	2
Jeune homme		1	1
Total	6	6	12

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

La répartition des participants par genre et par catégories nous a permis d'avoir des données intéressantes. En effet, le point de vue selon le genre (genre masculin et genre féminin) peut s'avérer différent en matière de pratiques sur la santé. C'est la raison pour laquelle nous avons fait les deux focus groups séparément.

La réalisation de cette étude a nécessité du temps, notamment la descente sur terrain. L'observation et la connaissance en profondeur des pratiques quotidiennes des villageois ne peuvent s'opérer dans de bonnes conditions que lorsque ces derniers ne se méfient pas des enquêteurs. Par conséquent, dans l'intérêt de l'étude et pour gagner leur confiance, il nous a fallu rester dans la zone d'étude pendant 4 semaines. L'observation s'est déroulée dans cinq (5) fokontany de la commune rurale d'Ambatosia, dont 5 jours passés dans chaque fokontany suivant le planning suivant :

- du 07/08/12 au 12/08/12 dans le fokontany Ambatosia, chef-lieu de commune;
- du 13/08/12 au 17/08/12 dans le fokontany Ankijanimavo ;
- du 18/08/12 au 22/08/12 dans le fokontany Andranotakatra-Bas;
- du 23/08/12 au 27/08/12 dans le fokontany Andranotakatra-Haut ;
- du 28/08/12 au 31/08/12 dans le fokontany Ambalabe.

La raison pour laquelle nous n'avions pu étendre l'étude sur les autres fokontany est qu'il est souvent long et fastidieux d'acquérir la confiance des personnes avec qui nous devons entrer en contact. Par ailleurs, notre passage sur le terrain coïncidait avec la période de récolte (riz et ail) ; les villageois étaient donc la plupart du temps occupés dans les champs

2. Site Antoñibe

2.1 Présentation du site d'étude

La commune rurale d'Antoñibe se trouve dans le district d'Analalava, dans la région Sofia. Elle est située à environ 100 km d'Antsohihy, le chef-lieu de la Région, par voie terrestre et à 150 km en passant par Analalava par voie maritime.

Photo 2 : La commune et la ville d'Antoñibe



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Antoñibe n'est accessible qu'une fois par semaine en partant d'Antsohihy et uniquement deux taxis-brousses font le trajet. Les discussions vont bon train entre les passagers : certains parlent de soucis de mariages, d'autres de planification familiale, d'autres encore de sorcellerie et ainsi de suite.

Photo 3 : Taxis-brousses reliant Antsohihy à Antoñibe



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

2.2 Démographie et ethnité

La localité est un territoire Sakalava ; ils composent donc la majeure partie de la population suivis des Tsimihety.

Tableau 6 : Caractéristiques des groupes communautaires interviewés

N°	Localité	Age	Genre	Groupe ethnique	Niveau d'étude	Taille du ménage	Catégorie des interviewés
01	Anjajia	60	M	Sakalava	Secondaire	7	Infirmier (gendarme retraité)
02	Ampasibe	16	F	Sakalava	Secondaire	3	Mère (dernier enfant : 4 mois)
03	Ampasibe	37	F	Sakalava	Primaire	5	Grand-mère
04	Antsamala	28	F	Sakalava	Illettré	10	Mère
05	Ampasibe	22	F	Sakalava	Secondaire	5	Mère
06	Ampasibe	20	F	Sakalava	Secondaire	3	Mère (dernier enfant : 6 mois)
07	Ampasibe	30	F	Sakalava	Secondaire	6	Mère
08	Ampasibe	21	F	Sakalava	Secondaire	4	Mère (dernier enfant : 2,8 ans)
09	Antsamala	27	F	Sakalava	Secondaire	3	Agent communautaire
110	Antsamala	45	M	Sakalava	Secondaire	2	Autorité
111	Antsamala	40	F	Tsimihety	Primaire	6	Matrone
112	Ampasibe	72	M	Tsimihety	Primaire	-	Sojabe
113	Anjajia	80	M	Sakalava	Secondaire	-	Sojabe
114	Amboaboaka	51	M	Tsimihety	Secondaire	2	Enseignant
115	Antsangabe	27	F	Betsileo	Universitaire	3	Sage-femme
116	Tsaramandroso	40	F	Sakalava	Primaire	5	Matrone
117	Tsaramandroso	50	M	Sakalava	Secondaire	5	Autorité
118	Amboaboaka	22	F	Sakalava	Secondaire	3	Agent communautaire
119	Andovoko	44	M	Sakalava	Primaire	14	Autorité
220	Andovoko	35	F	Tsimihety	Primaire	10	Mère (dernier enfant : 2 semaines)
221	Andovoko	48	F	Tsimihety	Secondaire	6	Autorité
222	Andovoko	45	F	Sakalava	Primaire	8	Grand-mère
223	Amboaboaka	23	M	Sakalava	Primaire	5	Père (dernier enfant : 4 mois)
224	Amboaboaka	35	F	Sakalava	Primaire	6	Mère (dernier enfant : 2 ans)
225	Andovoko	35	F	Tsimihety	Primaire	8	Mère (enceinte de 8 mois)
226	Andovoko	30	M	Sakalava	Secondaire	7	Père

N°	Localité	Age	Genre	Groupe ethnique	Niveau d'étude	Taille du ménage	Catégorie des interviewés
227	Antoñibe	38	F	Sakalava	Secondaire	3	Mère (dernier enfant : 3 ans)
228	Antoñibe	19	F	Sakalava	Illettré	4	Mère (dernier enfant : 1 an)
229	Angoaka	60	F	Sakalava	Primaire	8	Matrone
229	Angoaka	60	F	Sakalava	Primaire	8	Matrone
330	Antoñibe	35	M	Tsimihety	Universitaire	4	Médecin
331	Angoaka	50	F	Sakalava	Illettré	7	Grand- mère
332	Angoaka	75	M	Sakalava	Primaire	-	Sojabe
333	Angoaka	32	F	Sakalava	Primaire	9	Mère
334	Angoaka	31	F	Betsileo	Secondaire	4	Mère
335	Angoaka	19	F	Sakalava	Primaire	2	Mère (célibataire)
336	Angoaka	63	M	Sakalava	Primaire	11	Autorité
337	Antoñibe	36	F	Sakalava	Primaire	10	Mère (dernier enfant : 2 ans)
338	Antoñibe	55	M	Sakalava	Secondaire	5	Sojabe
339	Angoaka	80	F	Sakalava	Illettré	-	Matrone
440	Antoñibe	34	F	Sakalava	Secondaire	6	Enseignante
441	Antoñibe	15	F	Sakalava	Secondaire	-	Jeune
442	Antoñibe	14	M	Sakalava	Primaire	-	Jeune
443	Antoñibe	13	F	Tsimihety	Primaire	-	Jeune
444	Antoñibe	25	M	Sakalava	Primaire	4	Père
445	Antoñibe	39	M	Tsimihety	Secondaire	9	Père

Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Le chef-lieu de la commune rurale d'Antoñibe est peuplé de 27 163 habitants⁷. La localité est pourvue d'un CSB II avec latrines, d'un CEG (Collège d'Enseignement Général), d'un EPP (Ecole Primaire Publique) avec bloc sanitaire, d'une Brigade de la Gendarmerie, trois églises (catholique, protestante, luthérienne) et d'une mosquée. On y dénombre dix puits dont trois seulement sont publics, mécaniques⁸, et financés par l'Ecole du Monde⁹; les autres sont privés ou familiaux. Cette ville dispose également d'un marché hebdomadaire (tsena) chaque mardi où l'on vend des produits de première nécessité (PPN), des médicaments, de l'habillement, etc.). Les autres fokontany des environs ont aussi leur propre jour de marché; par exemple, Angoaka et Amboaboaka le jeudi, Andovoko le vendredi.

Le tableau suivant montre la répartition des habitants selon les fokontany et la distance de chaque fokontany par rapport au CSBII du chef-lieu de Commune.

7: Chiffre pour l'année 2011

8: Puits à motricité humaine.

9: ONG française créée en 1997 œuvrant dans le Nord-Ouest de Madagascar

Tableau 7 : Répartition de la population par fokontany par rapport au CSB II du chef-lieu de Commune, 2011

Fokontany	Distance au CSBII (km)	Nombre de la population
Ambalatsingy	23	446
Amboaboaka	20	673
Ambodibonara	19	513
Ampasibe	29	1 600
Ampasindavakely	15	360
Ampitily	56	1 880
Ampondrabe	24	804
Anantaka	20	2 431
Andovoko	35	1 264
Angoaka Nord	15	2 771
Anjajavy	31	1 063
Anjajia	30	493
Ankinganomby	12	809
Antantiloky	12	2 187
Antoñibe	0	2 350
Antsamala	39	3 444
Antsangabe	26	745
Antsanifera	50	742
Komajara	45	1 030
Miadana	ND	535
Tsaramandroso	26	447
Tsaratanimbary	34	468
Tsianifera	44	108
Total		27 163

Source : CSB II Antoñibe ND : Non Disponible

2.3 Techniques de collecte des données

En arrivant dans la localité, nous nous sommes présentés auprès du maire de la ville qui était déjà informé de notre venue par le bureau régional de MAHEFA à Antsohihy. Le lendemain, avec l'aide du maire, nous avons effectué le choix des localités (fokontany) au sein desquelles nous allons mener notre étude en choisissant comme critère la vulnérabilité en matière de santé. Bien que le maire nous ait proposé treize (13) fokontany sur les vingt-trois (23) composant la Commune, au départ, seulement neuf (9) d'entre eux ont été sélectionnés car nous devons prendre en compte la distance, l'insuffisance de moyens de locomotion, et le temps imparti à cette recherche qui était de 25 jours.

Le processus de sélection des fokontany s'est déroulé comme suit. Au début, notre choix s'est porté sur cinq fokontany (Antoñibe, Ampasibe, Angoaka, Amboaboaka, Andovoko) car d'une part, ils sont bien situés car répartis sur trois axes (Nord, Est, Ouest) ; et d'autre part, on peut y trouver tous les types d'activités économiques existantes dans la zone (agriculture, pêche, élevage, commerce, etc.). Mais en arrivant sur place et en discutant avec les autorités locales, nous avons dû rajouter d'autres fokontany à notre liste à cause de l'identification d'une certaine vulnérabilité sur le plan sanitaire les concernant. Par exemple nous avons ajouté Antsamala, à 5 km d'Ampasibe, car il est dépourvu de latrines et de puits, et

Ampondrabe à 5 km d'Angoaka qui présente le cas le plus probant de bilharziose d'après le médecin du CSB II d'Antoñibe. Pour le cas d'Antsangabe qui ne figurait pas parmi les premiers choix, il dispose d'une infirmerie privée, de latrines, de puits et le maire nous a dit que ce fokontany est un peu plus développé par rapport aux autres. Nous l'avons alors rajouté à notre liste pour vérifier l'utilisation de ces infrastructures (fréquentation de l'infirmerie, utilisation des latrines, etc.). Ce qui ramène à neuf (9) fokontany le nombre final de zones d'étude, tel que nous l'avons mentionné plus haut.

Tableau 8 : Caractéristiques des fokontany figurant dans la liste d'étude

Localité	Distance entre les fokontany	Moyens de transport	Durée de trajet
Ampasibe	25 km d'Antoñibe	Boutre/Pirogue à voile	2h à ½ journée
Antsamala	5 km d'Ampasibe	A pied + Pirogue à voile	2h
Anjiajia	7 km d'Ampasibe	A pied + Pirogue à voile	3h
Angoaka-Nord	15 km d'Antoñibe	Charrette	3h
Ampondrabe	5 km d'Angoaka	A pied	1h30
Antsakoamamy	20 km d'Antoñibe	A pied	5h
Antsangabe	5km d'Antsakoamamy	A pied	1h30
Andovoka	8 km d'Antsakoamamy	Charrette	2h
Antoñibe	Chef-lieu de Commune		

Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Les trois axes en question sont :

- au Nord : Ampasibe - Antsamala - Anjiajia ;
- à l'Est : Angoaka - Ampondrabe ;
- à l'Ouest : Amboaboaka - Antsangabe - Andovoko.

La réalisation de l'étude a nécessité l'utilisation de trois méthodes de collecte des

- L'entretien individuel auprès de personnes de différentes catégories d'âge et de sexe ;
- L'observation sur les pratiques quotidiennes des villageois ;
- Le focus group.

a. Entretien individuel

Pour garantir la fiabilité des données collectées, il est nécessaire non seulement de diversifier la catégorie des personnes à interviewés mais aussi de gagner leur confiance. A cette fin, nous nous sommes d'abord adressés aux autorités administrative et traditionnelle de la localité. Ce n'était qu'à partir du moment où nous avons obtenu l'autorisation de côtoyer la population que nous nous sommes lancés dans l'entretien proprement dite. Etant donné que les données à collecter concernaient les pratiques culturelles par rapport à la santé : les mères, les pères, les grands-mères, les grands-pères, les matrones et les agents de santé constituaient de toute évidence les personnes incontournables que nous devons rencontrer. Une partie de l'étude se rapportant aussi à la jeunesse, il était également nécessaire que nous interviewions les enseignants qui sont les détenteurs de la fonction éducative. Les personnes ayant constitué notre échantillon d'étude ont été choisies au hasard, sans aucune recommandation externe

Tableau 9 : Répartition des personnes interviewées selon leur appartenance ethnique et leur tranche d'âge

Catégorie	Groupe ethnique	Nombre	Tranche d'âge
Autorités administratives	Sakalava	4	45-50
Autorités traditionnelles	Sakalava, Tsimihety	4	50-60
Agents de santé	Sakalava, Betsirebaka	5	20-30-35
Matrones	Sakalava, Tsimihety	4	3h
	40-50-75	A pied	1h30
Enseignants	Sakalava	2	35-45
Mères	Sakalava, Tsimihety	15	16-25
Pères	Sakalava	5	20-35
Grand-mères	Sakalava	3	35-50
Jeunes	Sakalava	3	14-15

Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

b. Observation

La méthode d'observation a été utilisée pour voir et connaître les pratiques quotidiennes des villageois dans leur vie quotidienne. Entre autres, les éléments suivants ont pu être observés :

- allaitement maternel ;
- soins procurés aux enfants malades ;
- sources d'eau et utilisation des puits ;
- habitudes de cuisine ;
- baignade et lavage des mains ;
- divertissement : morengy (boxe malgache) ;
- fréquentation du CSB.

c. Focus group

A la fin de l'étude sur site, trois focus group ont été effectués se répartissant comme suit :

- un groupe de 11 mères ayant des enfants de moins de 5 ans ;
- un groupe de 12 jeunes ayant entre 14 et 18 ans ;
- et un groupe de 10 pères de famille.

Calendrier de collecte des données

- du 07/08/12 au 13/08/12 dans les fokontany Ampasibe et Antsamala
- 14/08/12 au 19/08/12 dans les fokontany Anjajia et Antoñibe ;
- 20/08/12 au 25/08/12 dans les fokontany Angoaka-Nord, Antsangabe et Ampondrabe ;
- et du 26/08/12 au 31/08/12 dans les fokontany Amboaboaka, Tsaramadroso et Andovoko.



IV. RESULTATS DE L'ETUDE

1. Site Ambatosia

1.1 Structure historique

Selon l'histoire, le village a été créé depuis plusieurs décennies. Le plus ancien village s'appelait Ambalahasina, qui fut balayé par un incendie. Suite à cela, les villageois se sont éparpillés dans différentes places aux alentours et ont formé de nouveaux villages dont Ambatosia.

1.2 Tabous, croyances et lieux sacrés

Toujours selon l'histoire, Ambatosia abritait plusieurs lieux sacrés auparavant. Actuellement, ceux-ci ont presque tous disparu. Néanmoins, nous avons pu trouver dans le fokontany d'Ambalabe un endroit qui est considéré comme sacré. Cet endroit accueille des cérémonies, notamment la pratique des transes¹⁰

Photo 4 : Endroit sacré à Ambalabe



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

L'endroit appartient à une famille et est situé devant leur foyer ; ce qui limite la pratique du rituel à quelques familles autorisées uniquement. Toutefois, il arrive que d'autres individus (ou familles) extérieurs au village s'y rendent pour demander une guérison ou encore une bénédiction de la part des ancêtres.

¹⁰:« Le phénomène de transe ou de possession est connu dans tout Madagascar, mais change de dénomination selon les régions considérées. Appelé tromba chez les Sakalava, il signifie à la fois le possédant (l'Esprit), le possédé (médiun) et le rite de possession. Les Tsimihety de l'Androna et de l'Ankaizina (Bealalana, Mandritsara) célèbrent le rite de possession ou tromba de façon assez semblable à ce que font les Sakalava. ». Extrait de Jaovelo-Dzao R., 1996, Mythes, rites et transes à Madagascar : Angano, Joro et Tromba, Sakalava, Karthala Editions, Paris, 391 p.

Outre cet endroit, il n'existe dans le village aucun tabou, que ce soit au niveau des objets, des nourritures, des vêtements, des animaux, etc.

Concernant les croyances, la population de la Commune croit à la continuité de la vie après la mort. La mort physique n'est qu'un passage pour aller dans une autre vie ; à cet effet, la vie dans l'au-delà dépend des actes effectués pendant notre vivant. En d'autres termes, ils admettent l'existence du paradis et de l'enfer.

Selon les interviewés, la cause de la mort peut provenir de circonstances naturelles lorsqu'il s'agit de personnes âgées. En revanche, la mort de personnes plus jeunes est interprétée par les interviewés comme étant le fait d'un mauvais sort qui a été jeté par une tierce personne.

1.3 Organisation sociale

La commune rurale d'Ambatosia est un lieu où l'on peut observer les diverses pratiques et habitudes quotidiennes des villageois. Au niveau de la structure sociale, il existe un leader traditionnel, appelé localement « Sojabe », au sein de chaque famille. Les villageois ont pour habitude de consulter le « Sojabe » pour chaque prise de décision importante. Il a donc une réelle influence sur la famille dans la vie quotidienne et tient, par là même, une place majeure dans la société. A titre d'exemple, lors de notre présence sur le terrain, une réunion sur la mise en place d'un lycée dans le fokontany d'Ambatosia s'est tenue. Les « Sojabe » ont fait partie de la concertation avec les autres entités telles que le représentant du CISCO¹¹ de Bealalana, le maire de la Commune, les présidents de fokontany et les enseignants.

Outre le « Sojabe », les autres entités qui forment la structure sociale sont le maire, le président de fokontany et les parents.

Notons également la présence de certaines familles riches dans la Commune, possédant plus de terrains et disposant ainsi de plus de ressources que les autres. Toutefois, aucun conflit social majeur (problèmes relationnels et de communication) n'a été identifié entre les différentes catégories sociales

1.4 Organisation matrimoniale

L'organisation matrimoniale n'exige pas une tradition stricte dans la Commune. Les intéressés sont libres de choisir leur futur conjoint ou conjointe ; la provenance géographique ou encore ethnique ne pose pas de problème. Dans la plupart des cas, les futurs mariés se sont déjà rencontrés bien avant et sont aussi ensemble depuis un certain temps.

Le rituel du mariage suit les principes du mariage traditionnel malgache à savoir, dans un premier temps, le prétendant et sa famille se rendent chez les parents de la jeune fille pour y faire leur demande. Une fois cette étape franchie, la célébration du mariage peut se faire à la mairie ou à l'église selon le souhait des époux. Dans le cas d'un mariage traditionnel, la cérémonie se limite aux familles proches et aucun livret ni papier n'est délivré aux époux pour attester la preuve de leur union.

Bien qu'il nous soit difficile de donner une estimation chiffrée, il apparaît que les types de mariage les plus fréquemment pratiqués dans la Commune rurale d'Ambatosia sont le mariage traditionnel, le mariage civil et le mariage religieux. Le point commun entre eux est que tout mariage a un but. En effet, d'après les dires des personnes enquêtées, le but du mariage est avant tout d'assurer la descendance afin de perpétuer la lignée familiale et de garder ainsi l'héritage familial (terres, maisons, etc.) de générations en générations.

11: CISCO : Circonscription Scolaire.

1.5 Statut de la femme

Le rôle de la femme est avant tout de s'occuper du foyer notamment la préparation du repas et s'assurer du bien-être de son mari et de ses enfants. Il se peut que d'autres membres du foyer lui viennent en aide mais ces tâches lui incombent en premier. Beaucoup d'entre elles travaillent également dans les champs étant donné que l'agriculture est la principale activité économique de la localité. Au niveau de la communauté, les femmes de la commune rurale d'Ambatosia ne sont pas écartées : elles peuvent travailler autant qu'elles le peuvent ; dans le foyer, elles sont tout aussi responsables que les hommes ; et enfin, dans la société, elles sont invitées pendant les réunions locales, sont consultées et participent aux prises de décisions.

1.6 Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche de soins

Pour maintenir un bon état de santé général et prévenir les maladies, pratiquement tous nos interlocuteurs ont affirmé avoir l'habitude de prendre des tisanes tous les jours. Elles ont souvent un goût amer et de nombreuses plantes sont disponibles pour en préparer. Ceux qui n'ont pas les moyens d'en préparer peuvent en acheter au prix de 100 Ariary par verre. Une personne peut en boire deux à quatre verres par jour, le plus souvent le matin pour avoir de la force pour la journée et en fin de journée, après le travail, afin d'apaiser le corps.

A part l'utilisation de la tisane comme moyen de prévention contre les maladies, elle est aussi utilisée par les villageois comme moyen de guérison. D'après les personnes que nous avons interviewées, une des raisons qui les pousse à boire de la tisane se trouve dans les vertus naturelles de celle-ci ; ainsi, ils ont l'assurance qu'aucune substance chimique n'entre dans leur organisme. La tisane est à la fois naturelle et biologique.

En conclusion, la tisane est à la fois une prévention et un mode de traitement utilisé par les habitants de la commune rurale d'Ambatosia.

1.7 Prise de décision par rapport à la santé

Influence de la hiérarchie sociale

En cas de maladie, ce sont toujours les plus âgés dans le foyer qui prennent la décision sur les soins et traitements à administrer. Si le malade est un enfant, ce sont les parents qui jouent ce rôle ; dans le cas d'un adulte, il décide lui-même de l'endroit et de la manière dont il voudrait se faire soigner. Ceci dit, la hiérarchie sociale ne s'immisce pas dans la prise de décision par rapport à la santé au niveau de la communauté en général ; chaque famille est responsable de ses choix en matière de santé. En l'absence de parents (père et mère), c'est le tuteur ou les personnes responsables présentes dans le foyer qui prennent la décision ; cela peut être la grand-mère, le grand-père ou encore l'aîné de la famille.

1.8 Eau et hygiène

Utilisation, traitement et conservation de l'eau (points d'eau, lavage des mains)

L'eau est un élément vital dans la vie de l'homme. Dans tous les fokontany que nous avons visités, les points d'eau variaient d'une zone à une autre.

• 1.8.1 Cas du fokontany d'Ambatosia

La commune rurale d'Ambatosia dispose de différentes sources d'eau que ses habitants utilisent tous les jours ; entre autres, les rivières, les puits, les pompes à eau. Le fokontany d'Ambatosia est pourvu

de sept robinets et un puits¹², tous fonctionnels actuellement. Nous pouvons ainsi déduire que les villageois de ce fokontany ont accès à l'eau potable.

Les villageois évaluent la propreté de l'eau par sa transparence en premier lieu, puis par rapport aux éventuels résidus et feuilles qui s'y trouvent.

Photo 5 : Sources d'eau dans la commune d'Ambalabe

Eau de rivière



Eau de puits

Pompe à eau



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

La conservation de l'eau se fait dans des seaux, des jerricanes ou des bidons ; les seaux peuvent avoir des couvercles selon les habitudes du ménage. Le couvercle est utilisé pour empêcher les poussières de salir l'eau (cf. Photo 6 ci-dessous). Toutes les personnes que nous avons interviewées à Ambatosia conservent l'eau dans des seaux et des jerricanes.

12: Source : maire de la commune rurale d'Ambatosia, 2012

Photo 6 : Conservation de l'eau



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

Les habitudes varient souvent d'un ménage à un autre quant à l'utilisation de couvercles et de récipients spéciaux pour puiser l'eau ainsi que son traitement. Les données dans le tableau ci-dessous rendent compte de ces diversités de pratiques. Très peu de villageois, un peu plus du quart seulement des ménages interrogés, utilisent des couvercles pour protéger l'eau car ils ne sont pas habitués à cette pratique. Il en est de même de l'utilisation de techniques pour traiter l'eau. La méthode la plus communément utilisée est de porter l'eau à ébullition et de boire de l'eau chaude. Quelques ménages seulement utilisent des récipients spécialisés pour puiser l'eau.

Tableau 10 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ambatosia

Pratiques quotidiennes	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Utilisation de couvercles	28,5	71,5	100
Utilisation de récipients spécialisés	14,2	85,8	100
Traitement de l'eau	28,6	71,4	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.8.2 Cas du fokontany d'Ankijanimavo

De même que pour le fokontany d'Ambatosia, le fokontany d'Ankijanimavo dispose de trois sources principales d'eau : les rivières, les pompes et les puits.

Nos enquêtes auprès des villageois ont révélé qu'aucun d'entre eux ne traite l'eau avant de la boire. Ils la consomment directement et risquent donc d'attraper certaines maladies. D'après le leader traditionnel et le président du fokontany, les villageois font face à un problème d'insalubrité de l'eau. En effet, sur les trois pompes implantées dans le village, deux d'entre elles ne sont pas propres. Après quelques heures de pause, l'eau prend une couleur noirâtre. Il est à noter que ces deux pompes sont situées à côté du terrain où les villageois préparent leurs engrais en les brûlant. De ce fait, cela a un impact sur le sol et par la même occasion, sur la qualité de l'eau.

Tableau 11 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ankijanimavo

Pratiques quotidiennes	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Utilisation des couvercles	33,3	66,7	100
Utilisation des récipients spécialisés	83,3	16,7	100
Traitement de l'eau	0	100	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.8.3 Cas du fokontany d'Ambalabe

Le fokontany d'Ambalabe ne dispose pas de sources d'eau potable. La rivière est la seule source d'eau disponible dans la localité. De plus, cette rivière présente des signes d'insalubrité car, d'après les villageois, l'eau prend une couleur différente et devient peu transparente dans la journée. En guise de solution, ils ont décidé de puiser l'eau soit dans la soirée, soit de bon matin. La mauvaise qualité de l'eau de cette rivière peut s'expliquer par le fait qu'il y a des plantations d'ail aux alentours et que l'arrosage est effectué en amont de la rivière.

Tableau 12 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Ambalabe

Pratiques quotidiennes	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Utilisation de couvercles	16,7	83,3	100
Utilisation de récipients spécialisés	33,3	66,7	100
Traitement de l'eau	0	100	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.8.4 Cas du fokontany d'Andranotakatra-Haut

Les habitants du fokontany d'Andranotakatra-Haut disposent de trois sources d'eau : la rivière, les pompes et les puits. Une majeure partie des habitants ont l'habitude de faire bouillir l'eau avant de la boire. Cela est dû au fait que l'eau du fokontany n'est pas propre. Par ailleurs, les couvercles sont encore très peu utilisés et moins de la moitié des habitants se servent de récipients spécialisés pour recueillir l'eau.

Tableau 13 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Andranotakatra-Haut

Pratiques quotidiennes	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Utilisation des couvercles	20	80	100
Utilisation des récipients spécialisés	40	60	100
Traitement de l'eau	80	20	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.8.5 Cas du fokontany d'Andranotakatra-Bas

Le puits et la rivière sont les seules sources d'eau présentes dans le fokontany d'Andranotakatra-Bas. Aucun ménage parmi les villageois que nous avons interviewés n'utilise une méthode de traitement de l'eau. Environ un villageois sur trois seulement utilise des couvercles ; l'usage de récipients spécialisés pour recueillir l'eau est plus ou moins répandue parce qu'un villageois sur deux en utilise.

Tableau 14 : Conservation, utilisation et traitement de l'eau à Andranotakatra-Bas

Pratiques quotidiennes	OUI (%)	NON (%)	Total (%)
Utilisation des couvercles	33,3	66,7	100
Utilisation des récipients spécialisés	50	50	100
Traitement de l'eau	0	100	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

En conclusion, d'après les données que nous avons recueillies auprès de ces cinq fokontany, les villageois ne traitent l'eau qu'en cas de force majeure ; lorsque celle-ci n'est pas propre. La méthode la plus communément utilisée est de bouillir l'eau avant de la boire. L'utilisation de couvercles n'est pas systématique de même que l'utilisation de récipients spécialisés pour recueillir l'eau.

Par ailleurs, toujours en rapport avec l'eau, le lavage des mains a aussi besoin d'eau propre. D'après les entretiens individuels que nous avons effectués, les ménages n'ont pas l'habitude de laver leurs mains, même si celles-ci sont sales. Ils le font juste avant le repas car ils admettent que les mains sont porteuses de microbes et de maladies ; les laver les empêcherait donc de pénétrer dans le corps. L'utilisation du savon reste rare pour ne pas dire inexistante. Seule une infime partie de nos enquêtés (3,3%) ont affirmé qu'il faut laver les mains le matin juste après le réveil, car d'après leurs dires : « *on ne sait jamais ce qui se passe pendant la nuit et que quelqu'un qui ne lave pas ses mains au réveil peut être considéré comme un individu sale, répugnant* ».

1.9 Défécation et latrines

La défécation à l'air libre est fréquente dans les milieux ruraux. C'est notamment le cas de la commune rurale d'Ambatosia où cette pratique est assez courante. Néanmoins, il y existe des latrines qui sont souvent utilisées par plusieurs ménages bien que celles-ci ne soient pas des latrines publiques.

Photo 7 : Latrines

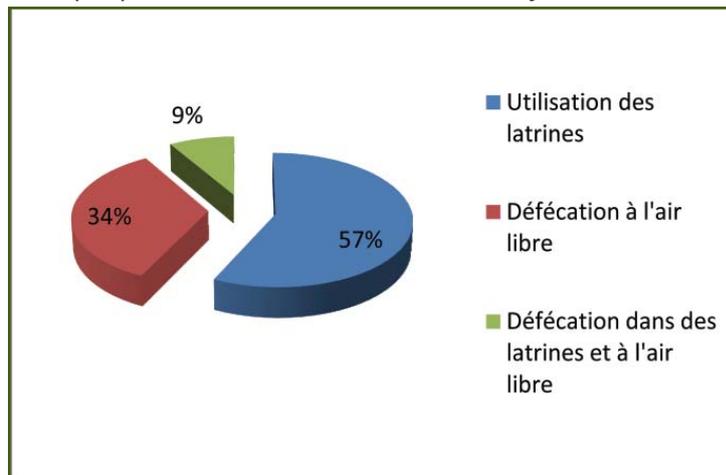


Source : Equipe à Ambatosia, 2012

La culture d'oignons et d'ail étant très répandue dans la région, des terrains sont aujourd'hui aménagés par les villageois afin d'étendre les surfaces cultivables. Ce qui rend plus difficile la défécation à l'air libre par manque de surface à l'abri des regards indiscrets¹³.

Certains ménages combinent la défécation à l'air libre et l'utilisation des latrines. Tel est le cas lorsqu'ils ne possèdent pas leurs propres latrines et sont obligés d'emprunter ceux des autres. Lorsque ceux-ci ne sont pas accessibles, ils sont obligés de faire leurs besoins dans la nature.

Graphique 1 : Utilisation des latrines et défécation à l'air libre



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

A part les latrines, certains ménages possèdent également des douches qui se situent à proximité de leur foyer.

Photo 8 : Douche



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

13: Les villageois préfèrent souvent faire la défécation à l'air libre derrière les arbres aux alentours par souci de discrétion.

1.10 Maladies

• 1.10.1 Perception locale de la santé et de la maladie

Pour les villageois, la perception de l'état de santé se fait par l'observation de l'état physique de quelqu'un : si il est en forme et ne sent rien d'anormal, on peut en déduire qu'il est en bonne santé. Toujours selon les propos de nos interviewés, il est plus facile pour un adulte de déterminer s'il est ou non en bonne santé. En revanche, pour les enfants, on ne peut le savoir qu'à partir de leurs gestes et réactions. Dans tous les cas, que ce soit pour l'adulte ou pour l'enfant, la santé est assimilée à la possession d'énergie permettant aux grands de travailler et aux petits de jouer.

Les maladies peuvent avoir de nombreuses causes. Nos interlocuteurs définissent leur état de santé par rapport à la sensation corporelle c'est-à-dire que le bien-être constitue pour eux le principal indicateur d'un bon état général. En d'autres termes, la sensation corporelle ressentie détermine la perception de la maladie, toujours selon nos interlocuteurs.

Tantôt les participants à notre étude affirment qu'ils arrivent à identifier clairement les causes de leurs maladies, tantôt ils estiment que certains symptômes leur sont totalement inconnus sans l'aide d'un médecin.

En général, les maladies apparaissent par l'intermédiaire des symptômes suivants :

- fatigue générale ;
- vomissement ;
- manque d'appétit ;
- frissons ;
- maux de tête.

Les types de maladies communs aux habitants des fokontany sont la fièvre, la diarrhée et la toux. Les villageois sont parfois conscients des causes des maladies comme la diarrhée en affirmant que cela provient de la prise de nourritures sales ou avariées. Par ailleurs, certaines maladies peuvent être classifiées par catégorie selon leur manifestation :

- maladies psychologiques ou mentales (crise épileptique, hystérie, ...) ;
- maladies physiologiques ou physiques (provenant des accidents de travail : blessure, coupure, ...).

Quant aux origines de leurs maladies, nos interlocuteurs affirment qu'elles peuvent être différentes selon les cas. Ainsi, elles peuvent être d'origine accidentelle, provoquées par l'imprudence (cas de la diarrhée), ou résultant d'un mauvais sort (mort subite).

• 1.10.2 Traitement de la maladie

Les habitants ont chacun leur propre réaction face à la maladie ; celle-ci détermine le choix du traitement qui va s'ensuivre. L'individu malade et/ou les entourages proches (parents) jugent de la gravité de la maladie selon leur perception. Cette perception dépend souvent de l'état physique de la personne : faiblesse, gonflement, plaie, ...

Les villageois ont le choix entre les options suivantes pour traiter la maladie :

- automédication ;
- consultation du médecin ;
- utilisation de plantes médicinales ;
- recours à la religion ;
- recours à un guérisseur (transe) ;
- aucun traitement.

Dans la plupart des cas, l'automédication et l'utilisation de plantes médicinales (tisanes) arrivent

en premier lieu dans le choix des traitements. Ce n'est qu'à partir du moment où celles-ci auront échouées que les villageois ont recours aux services du médecin.

L'automédication est facilitée par la présence de boutiques vendant illicitement des médicaments malgré la présence du dépôt de médicaments ouvert tous les jours dans le fokontany d'Ambatosia et un autre qui n'est ouvert que pendant le jour de marché (tsena) hebdomadaire. L'achat de médicaments dans ces dépôts ne nécessite pas forcément une ordonnance d'un médecin.

Photo 9 : Dépôt de médicament à Ambatosia



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

a. Traitement par le guérisseur

La consultation de guérisseurs est encore ancrée dans les habitudes de certaines familles malgré l'existence d'un centre de santé de base (CSB II) dans la localité et la rareté des guérisseurs. D'après nos enquêtes, ce sont surtout les personnes âgées qui viennent les consulter mais en nombre très limité. En définitive, le guérisseur tient encore sa place même si le nombre de leurs patients a beaucoup diminué. Le recours au guérisseur est surtout fréquent dans le fokontany d'Ambalabe.

La pratique de la médecine traditionnelle s'oppose souvent à la médecine moderne ; sa pratique se fait souvent en cachette. C'est pourquoi, les personnes qui pratiquent la transe par exemple ne peuvent plus suivre les traitements fournis par les médecins agréés.

b. Médecine formelle : fréquentation du CSB

La mise en place d'un centre de santé de base à Ambatosia a eu un véritable succès auprès de la communauté. Depuis sa création, les villageois se précipitent pour s'y soigner, même s'ils pratiquent encore d'autres modes de traitement tels que l'usage de plantes médicinales, la religion, etc. En effet, certains d'entre eux trouvent que c'est bénéfique de recourir à la fois à la médecine traditionnelle et à la médecine moderne dans la mesure où elles ont toutes les deux le même objectif : guérir.

Actuellement, le centre dispose d'un médecin et d'une sage-femme. Les fokontany aux environs de la commune rurale d'Ambatosia y viennent en cas de maladie. Pour certains fokontany plus éloignés, des médecins indépendants sont présents. En cas de maladies graves, ces médecins évacuent les patients vers le CSB II.

Photo 10 : Centre de Santé de Base Niveau II à Ambatosia



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

La commune ne possède pas de centre de soins dentaires ; la consultation d'un dentiste n'est possible qu'en se déplaçant dans le district de Bealanana. L'absence de dentiste à proximité constitue un réel problème pour les villageois car en cas d'urgence, les patients sont obligés de se rendre à pieds à Bealanana ou attendre un véhicule pour les y emmener.

c. Budget santé

Le montant des soins à déboursier par le ménage dépend de la gravité et du type de la maladie. Nos enquêtes ont montré que les villageois n'allouent pas un budget spécial pour le traitement des maladies et ce pour différentes raisons, entre autres, l'insuffisance du pouvoir d'achat des ménages rendant par là-même la constitution de ce budget comme n'étant pas prioritaire. Il y a aussi l'existence d'une croyance selon laquelle prévoir ses besoins sanitaires pourrait porter malheur car cela signifie que la personne souhaite l'arrivée de la maladie. Enfin, leur ignorance de l'importance de ce budget.

En conséquence, lorsque surviennent des maladies nécessitant des traitements coûteux, les familles sont souvent obligées de vendre certains de leurs biens pour parer à l'immédiat.

d. Coût des traitements

Concernant le coût des traitements, tous nos interlocuteurs s'accordent à dire que celui-ci leur est encore accessible. Toutefois, les frais de certains médecins libéraux sont considérés comme coûteux. A titre d'exemple, le médecin exerçant dans le fokontany d'Andranotakatra-Haut facture ses soins à un prix élevé aussi bien pour la consultation que pour le traitement des maladies. Ce qui constitue un véritable inconvénient pour les habitants de ce fokontany et des environs (Andranotakatra-Bas) car comme ils sont un peu éloignés du CSB II, ils n'ont pas d'autres choix que de consulter ce médecin.

1.11 Santé mère-enfant

• 1.11.1 Grossesse et accouchement (soin du cordon ombilical, mifana¹⁴, ...)

La période de la grossesse est une des étapes importantes dans la vie de la mère et de l'enfant. Plus jeunes ou plus âgées, célibataires ou mariées, les femmes dans la zone où cette étude a été effectuée reconnaissent qu'elles sont enceintes en se basant sur leur cycle menstruel. Dès qu'elles ont un retard de

14:Période pendant laquelle la mère qui vient d'accoucher doit rester au lit pendant au moins une quarantaine de jours pour se reposer et allaiter. Selon la tradition malgache, cette pratique est nécessaire pour se prémunir contre les éventuelles complications gynécologiques

menstruations, elles en concluent qu'elles attendent un enfant. Pour en avoir la confirmation, elles consultent soit un médecin, soit une matrone.

Après cette confirmation, les femmes font leurs visites prénatales, afin de savoir l'évolution de la santé du bébé. En moyenne, elles font trois visites prénatales jusqu'à la naissance. D'autres attendent le sixième ou le septième mois de grossesse avant de faire la première visite ; elles considèrent qu'il est trop précoce de faire des visites avant le sixième mois de grossesse et qu'il reste encore beaucoup de temps jusqu'à l'accouchement.

Environ 16,7 % des femmes que nous avons interviewées ont accouché chez une matrone alors qu'elles ont fait des visites prénatales chez le médecin. Ces femmes font avant tout confiance aux matrones pour l'accouchement ; les visites prénatales sont considérées comme nécessaires uniquement pour se rassurer sur l'état de santé du bébé. Toutefois, l'une de ces femmes nous a confié que la raison pour laquelle elle a accouché chez une matrone est qu'elle habite dans un village loin du CSB.

Une majeure partie des femmes que nous avons interviewés, soit 83,3%, trouvent que c'est plus rassurant d'accoucher dans un CSB car non seulement le lieu est mieux équipé mais aussi que les médecins y sont plus expérimentés. Selon certaines d'entre elles, la réussite d'un accouchement chez une matrone ne dépend que de la chance vu les risques encourus. A titre d'exemple, la matrone se sert d'une lame apportée par les patients pour couper le cordon ombilical. Il appartient ensuite à la famille de terminer la tâche, c'est-à-dire enterrer le cordon ombilical et le placenta.

Notons que le coût d'un accouchement chez le médecin ou chez la matrone est le même, à savoir 15 000 Ariary. En outre, à part certaines prescriptions du médecin comme le régime sans sel, par exemple, il n'existe aucun « fady » ou tabou lors de la période de grossesse et d'accouchement.

• 1.11.2 Naissance et allaitement

Le nouveau-né peut être directement enveloppé dans des vêtements propres et rentrer avec ses parents. La majorité de nos interlocuteurs ne pratique pas la coutume du « mifana » ; seulement environ 6,67 % des femmes que nous avons enquêtées le font pour une durée de 2 mois pendant laquelle elles ne quittent pas leur foyer conjugal. Ces femmes appartiennent aussi bien à la communauté Tsimihety que Sihanaka. Sans cette pratique, elles risquent physiquement d'attraper une maladie causée par le froid.

A la naissance, certains bébés boivent du thé légèrement sucré (37,7%) à défaut de montée laiteuse suffisante de la mère. D'autres ont quand même la chance d'être allaités (63,3%). Pour que la mère ait un peu plus de lait, elle mange comme accompagnement soit du riz soit du bouillon de papaye vert avec des petites crevettes (patsa ou tsivakiny). C'est une recette très connue et pratiquée depuis plusieurs années. Le bébé est allaité plusieurs fois dans la journée même s'il ne pleure pas.

Photo 11 : Allaitement maternel



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.11.3 Vaccination

Nombreuses sont les méthodes d'immunisation employées et véhiculées par le modernisme. De nos jours, la vaccination fait partie des méthodes utilisées par la médecine moderne pour améliorer la santé de l'homme. Aussi bien les mères que les pères de la commune rurale d'Ambatosia sont conscients de l'importance de la vaccination pour les enfants, surtout les moins de cinq ans.

Le médecin avec les agents communautaires (SEECALINE) font des sensibilisations sur l'importance de la vaccination et de la vitamine A. En ce sens, les parents que nous avons enquêtés ont déclaré avoir fait vacciner leurs enfants ainsi que les mères pendant la période de grossesse. Selon eux, les bienfaits de la vaccination sont les suivants :

- fortification de l'anticorps ;
- facilité de guérison en cas de maladie ;
- lutte contre la poliomyélite.

L'administration de la vitamine A est considérée comme importante pour donner de l'appétit, aider à la prise de poids et donner de l'énergie aux enfants.

• 1.11.4 Alimentation

Le bébé ne prend que du lait maternel jusqu'à son sixième mois ; certaines mères étendent même l'allaitement jusqu'au huitième mois du bébé. A la fin de cette période, le bébé commence à manger de la purée pour compléter le lait maternel. La purée est préparée avec du riz ou de la banane. La purée de riz se prépare en trempant le riz dans de l'eau pendant une trentaine de minutes. Après l'avoir essoré, fait séché et pilé, on fait cuire la farine obtenue en la diluant dans de l'eau, tout en remuant doucement jusqu'à sa cuisson. Quant à la préparation de la purée de banane, les bananes vertes sont épluchées et coupées finement puis séchées ; ensuite, la cuisson est identique à la purée de riz¹⁵.

En une journée, le bébé mange trois fois de la purée soit, le matin, le midi et le soir. Les agents communautaires en nutrition incitent les mères à donner ces purées aux bébés dès qu'ils atteignent leur sixième mois. En outre, pour les mères qui viennent faire peser leurs enfants au site communautaire SEECALINE, les agents communautaires donnent de la purée gratuitement à tous les enfants de 6 mois à 1 an. A part l'allaitement, c'est la mère qui s'occupe le plus de l'enfant (préparer le repas, donner le bain, etc.) car le père est souvent occupé par le travail. Si la mère travaille aussi, elle emmène son enfant avec elle dans les champs.

Photo 12 : Hygiène de l'enfant



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

15:Recettes fournies par les mères

• 1.11.5 Utilisation de moustiquaires

Les moustiquaires sont utilisées par tous les ménages de la commune rurale d'Ambatosia. Ces moustiquaires ont été obtenues par donation il y a déjà quelques années¹⁶.

La raison pour laquelle les ménages utilisent les moustiquaires est pour se protéger des moustiques ; la plupart d'entre eux (90%) sont conscients que les moustiques sont porteurs de maladies comme le paludisme. Tout le monde a ainsi l'habitude de dormir sous une moustiquaire, mais pas uniquement les femmes enceintes et les enfants. Lors de notre passage, nous avons constaté que certains ménages ont refait la décoration de leurs moustiquaires.

Photo 13 : Moustiquaire (simple)



Photo 14 : Moustiquaire modifiée¹⁷



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

D'après les déclarations des personnes interrogées, l'insecticide imprégné dans la moustiquaire a une odeur trop forte. Par conséquent, ils trempent la moustiquaire avant de l'utiliser pour éviter les risques d'asphyxie.

1.12 Santé de la reproduction

• 1.12.1 Pratique de la planification familiale (PF)

Dans la commune, les enfants constituent une véritable main d'œuvre de travail. Avoir des enfants est valorisant au sein de la société, mais les couples ou femmes stériles ne sont pas pour autant écartés. Suite à notre enquête sur le terrain, nos interlocuteurs sont au courant de l'existence de la planification familiale. En revanche, sa pratique reste restreinte pour diverses raisons :

- peur de la pratiquer ;
- peur des effets secondaires ;
- refus du conjoint ;
- non adaptation par rapport à l'état de santé de la femme, etc.

Les raisons pour lesquelles les femmes ont arrêté de pratiquer la planification familiale sont, soit l'intolérance physique par rapport à la méthode choisie (sensation de malaise fréquente), soit la décision du couple d'enfanter à nouveau.

16: Toutefois, nous n'avons pu savoir si ces donations ont été faites dans le cadre de campagnes de MID ou au niveau des CSB ou autres.

17: La moustiquaire a été décorée avec des rubans et des dentelles. Ce modèle nécessite l'assemblage de trois moustiquaires.

Tableau 15 : Etat des lieux sur la pratique de la planification familiale (PF)

Faits observés	Proportion de la population interrogée (%)
Pratique de la PF	30
Non pratique de la PF	60
Arrêt de la pratique de la PF	10
Total	100

Source : Equipe à Ambatosia, 2012

• 1.12.2 Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

Les villageois sont conscients de la présence des infections sexuellement transmissibles comme le VIH/SIDA, la syphilis, etc. Une grande partie des hommes que nous avons interviewés, soit 90%, ont déclaré ne pas supporter l'utilisation des préservatifs car ceux-ci diminuaient leurs satisfactions sexuelles.

Dans la commune rurale d'Ambatosia, la majorité des personnes atteintes d'IST sont des jeunes, à cause de rapports sexuels précoces et non protégés et la multiplicité des partenaires. Emportés par la fougue et l'inconscience de la jeunesse, certains ignorent la gravité des IST tandis que d'autres les négligent.

Lorsqu'ils attrapent une IST, ils vont consulter un médecin mais souvent tardivement et leur état s'est déjà empiré. L'autre face du problème est l'automédication ou encore, le fait de ne jamais venir en couple chez le médecin. Par conséquent, les porteurs de virus restent présents dans le village et le risque de transmission des IST entre les membres de la communauté est donc évident.

Le paradoxe se trouve dans le fait que les jeunes sont au courant des IST et affirment que l'on peut les éviter grâce à l'utilisation de préservatifs, la fidélité entre les partenaires et la consultation du médecin en cas de doute ou de manifestation des symptômes.

• 1.12.3 Comportement sexuel

Informations sur la sexualité

Les informations sur les comportements sexuels sont librement partagées entre les personnes de mêmes groupes d'âge, filles ou garçons. Le sujet n'est pas tabou dans la zone et en parler n'est pas non plus interdit par les parents. Les jeunes ou adultes sont libres d'en discuter où ils veulent et avec qui ils veulent. Ainsi, il nous est arrivé de voir des jeunes discuter de la sexualité au bord de la route, comme l'illustre la photo ci-dessous.

Photo 15 : Groupes de jeunes



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

Au cours de cette discussion que nous avons observée, il n'y avait aucun adulte pour intervenir ou pour donner plus d'informations ; les jeunes se partageaient les informations entre eux. Or, avoir des informations sur les comportements sexuels provenant de personnes du même sexe et/ou de personnes qualifiées est considéré comme bénéfique et apprécié par les villageois.

Age de la première relation sexuelle

L'enquête que nous avons menée sur le terrain nous a permis de déduire que le premier rapport sexuel est précoce dans la commune rurale d'Ambatosia. En moyenne, les jeunes (filles et garçons) ont eu leur premier rapport sexuel à l'âge de 13 ans. Les facteurs incitatifs suivants peuvent en être à l'origine :

Photo 16 : Marché du jeudi (tsena) - Ambatosia



Source : Equipe à Ambatosia, 2012

▪ **Spectacles :**

Les spectacles constituent des moments de loisirs pour la population de la Commune. Toutefois, ceux-ci se passent souvent en fin de journée voire la nuit. Par la suite, beaucoup d'alcool et de tabac sont consommés et des couples se forment lorsque la fête est terminée. Les jeunes sont les plus concernés car ils y vont pour trouver de l'ambiance et ne sont pas à l'abri des excès. Ce fait est plus accentué en période de récoltes car ils disposent alors de moyens pour s'offrir quelques fêtes.

Education sexuelle

L'éducation sexuelle est pratiquée dans la commune rurale d'Ambatosia via les enseignements dispensés à l'école. Quant à l'éducation sexuelle par l'intermédiaire des parents, elle reste encore peu fréquente car nombreux sont les parents qui n'osent pas en discuter avec leurs enfants. Ce qui peut aussi justifier la précocité de l'acte sexuel chez les jeunes.

Nombre de partenaires

Pour les rapports sexuels non protégés, le nombre de partenaires sexuels joue un rôle important dans le risque de transmission des maladies et infections sexuellement transmissibles. A cet effet, il est nécessaire de connaître la tendance dans la commune d'Ambatosia.

Un homme ou une femme qui a des partenaires multiples est mal vu au sein de la localité, mais cela ne signifie pas que la fidélité y règne. Avoir plusieurs expériences sexuelles procure une certaine satisfaction personnelle pour pratiquement toutes les tranches d'âge : les adolescents, les jeunes et même les adultes. Après avoir pris goût au rapport sexuel, beaucoup ont tendance à se laisser aller et c'est ainsi que le nombre de partenaires se multiplie.

Les époux sont régis par le régime de la monogamie quel que soit le type de mariage par lequel ils se sont unis : traditionnel, civil ou religieux.

2. Site Antoñibe

2.1 Structure historique

Avant l'arrivée de la dynastie royale dans cette localité, le nom du village était Ambalarano (bordé par l'eau) du fait qu'il est entouré de deux rivières au Nord et au Sud. Antoñibe est un ancien village appartenant à Ndraramahaña, grand-père de la reine Sakalava Soazara d'Añalalava. Le nom de ce village vient de la combinaison du mot *tôñy* qui veut dire « fondation » et du mot *be* qui veut dire « grand ». La tradition Sakalava veut que lorsqu'on fonde un village, on effectue le rituel de fondation qui consiste à poser une pierre dite *tôñy* servant à la fois de marquage du territoire et de témoin de l'histoire. Le *tôñy* est un élément essentiel pour la communauté : il sert notamment de support de mémoire, de témoin de l'unité des habitants et de support cognitif de représentation culturelle permettant de tisser des relations entre les individus et les groupes sociaux. Le *tôñy* est sacré et tout ce qui pousse à côté de lui devient sacré : ainsi en est-il du *madiro* (*Tamarindus Indica*), un arbre ayant poussé à côté de lui et qui est devenu sacré. Des rituels et offrandes sont effectués chaque année au pied de cet arbre.

Suite à la conquête de Radama (roi Merina), la royauté s'est déplacée à Añalalava, à 150 km d'Antoñibe, où la reine Soazara règne toujours jusqu'à maintenant. Les vestiges et l'influence des pratiques socioculturelles royales restent encore vivaces dans cette localité et ses environs. Par exemple, dans tous les fokontany que nous avons visités, la veillée funéraire dans la maison d'habitation est interdite ; un endroit spécial à l'écart du village (dans la forêt) est dédié à cet événement. Si par mégarde, certains dérogent à cette règle, la démolition de leur lieu d'habitation est tout de suite ordonnée.

2.2 Tabous, croyances et lieux sacrés

En général, chaque fokontany a au moins un lieu sacré. Antoñibe, comme son nom l'indique vient du *tôñy* qui était planté au nord de la ville par le « Mpanandro¹⁸ » du roi qui avait régné dans la région d'Añalalava. Depuis, l'endroit où il l'a placé est devenu sacré : on y vient pour faire exaucer des vœux, demander la richesse, etc. Du fait du caractère sacré de l'endroit, il y est interdit d'y faire ses besoins. A Ampasibe, l'endroit sacré est le tombeau des descendants du roi. Dans tous les fokontany où sont présents des lieux sacrés, les tabous ont toujours un rapport avec les pratiques pendant la période de la royauté. Ces règles sont tellement enracinées dans la communauté que jusqu'à ce jour, les habitants respectent toujours ces interdits¹⁹.

2.3 Organisation sociale

Les principales autorités ayant de l'influence dans la localité sont les autorités administratives (mairie, fokontany, *quartier mobile*²⁰) et les autorités traditionnelles (*Sojabe*²¹ et parents).

Le *Sojabe* est le chef de lignage ; il est le plus âgé de son groupe et a pour rôle de conserver et faire respecter les us et coutumes. Dans un fokontany, plusieurs *Sojabe* sont présents mais leur autorité commence à décliner petit à petit actuellement. Pour y remédier, la région Sofia a pris l'initiative de redynamiser les attributions de ces membres importants de la communauté en les fédérant dans une association légalement

18: Astrologue et devin

19: Le respect des tabous ne suit pas à la lettre les règlements de l'ancien temps mais les bases sont toutefois, toujours respectées.

20: Représentants du fokontany chargés de veiller sur l'ordre et la sécurité au sein d'une localité.

21: Les anciens ou doyens du lignage.

structurée. Désormais, chaque fokontany a non seulement son chef de fokontany, mais également un président de Sojabe. La structure sociale de la localité est donc villageoise, communale et régionale.

Le lignage est une cellule fondamentale de la société Sakalava. Une part essentielle de l'existence sociale d'un individu se déroule au sein de son lignage. Si nous nous référons à la définition Sakalava du terme, le lignage est similaire au « clan » c'est-à-dire l'ensemble des descendants en filiation principalement patrilinéaire d'un ancêtre commun reconnu comme fondateur du groupe. Le clan se définit par un nom, par des traditions spécifiques, par une marque d'oreille pour ses bœufs (une sorte de blason) et par un ensemble d'interdits qui lui sont propres.

Le lignage est composé par l'ensemble des membres d'un même clan vivant dans une même unité de résidence et une même unité cérémonielle sous l'autorité d'un chef de lignage, le mpijôro, qui est aussi le responsable cérémoniel du groupe. Tous les membres d'un même lignage se connaissent et savent la place de chacun dans leur arbre généalogique. Le lignage possède tous les caractères d'un groupe organique. Le terme local qui désigne le lignage est le karazaña (*Sakalava marolaka*, *Sakalava tsy arônjy*). Les lignées formant ce lignage sont les fehitry, qui sont dotés de noms, par exemple, *fehitry JAOBE*. Elles possèdent également leur propre marque d'oreille de bœufs ou *sofin'aomby*.

Un lignage fonctionne comme une structure d'échange ; en d'autres termes, un réseau ou un ensemble de liens personnels plus ou moins durables et plus ou moins contraignants qui doivent, pour exister, être légitimés (par une référence à une ancestralité commune) et activés (par échange de prestation réciproque). La vie sociale se résume ainsi par l'activation périodique et la légitimation de réseaux ou de coalitions passagères en se servant de moyens de légitimations plus ou moins crédibles, donc plus ou moins efficaces.

2.4 Organisation matrimoniale

La coutume du mariage varie considérablement d'une culture à une autre, mais l'importance de cette institution est universellement reconnue. Dans certaines sociétés, l'intérêt communautaire pour les enfants, pour les liens familiaux et pour les droits de propriété créés par le mariage est tel qu'il a donné naissance à des dispositifs et à des coutumes destinés à préserver ces valeurs.

Pour les Sakalava, le mariage est considéré à la fois comme une relation de parenté, un contrat et une alliance. Il est en quelque sorte un lien politique et économique. Traditionnellement, ce sont les parents qui cherchent leurs belles filles. Les trois jeunes que nous avons interviewés ainsi que cinq des dix des jeunes ayant participé au focus group ont admis l'existence de cette pratique. Les critères de choix sont de trois ordres : exogamie, esthétique et chasteté. L'inceste est formellement interdite ; ainsi, la contraction du mariage avec des parents (père et mère), frères et sœurs, cousins ou cousines patrilatérales et matrilatérales, oncles ou tantes matrilatérales et patrilatérales est formellement prohibée. Les parents adoptifs ou parents par alliance (appelés parenté à plaisanterie) se trouvent également régis par cette même règle. Tant que les partenaires ont un arbre généalogique commun, ils sont toujours frappés par les tabous de l'inceste. Le processus du mariage comprend trois étapes séparées par un certain intervalle : la demande, la cérémonie proprement dite et le départ de l'épouse. Si le mariage est le fruit de l'initiative des jeunes gens, ils doivent informer leurs parents respectifs une fois leur décision prise. Lorsque la démarche est enclenchée, le père du garçon ou son frère aîné, ou un membre éminent de son lignage accompagne le jeune homme chez son futur beau-père. La demande sera formulée au cours de la rencontre et sa recevabilité sera examinée. En particulier, on s'assurera que l'union envisagée n'est pas d'un type prohibé.

2.5 Statut de la femme

Les femmes sont la plupart du temps au foyer et assurent donc en premier lieu l'éducation des enfants. Le chef du fokontany d'Ampasibe nous a confié que les femmes de pêcheurs sont certainement les plus heureuses au monde. Elles restent toujours à la maison, pour faire la cuisine et s'occuper des enfants. Ce n'est que quand leurs conjoints reviennent de la pêche qu'elles prennent en charge les tâches de partage et de pesage des poissons.

En revanche, les femmes de cultivateurs doivent à la fois aller dans les champs pour assister leurs maris et s'occuper du foyer en même temps. Tous les pères avec qui nous avons discuté ont dit que le foyer est réservé aux femmes ; elles sont responsables du bon fonctionnement de celui-ci. Durant les cérémonies culturelles (*jôro*, *tsakafara*), des tâches spécifiques sont assignées selon le genre. Il y a donc une division assez marquée des tâches et des responsabilités selon le genre au sein de la communauté. Notons que chaque fokontany dispose d'au moins une association de femmes et cela ne pose aucun problème aux pères de famille.

Tableau 16 : Caractéristiques sociodémographiques, activités économiques et principaux tabous dans les localités étudiées

Fokontany	Caractéristiques sociodémographiques	Activités économiques	Tabous
Ampasibe	-Village de pêcheurs (cosmopolite) -Population jeune	- Pêche - Elevage (bovin, caprin)	- Interdiction de travailler le jeudi -Couleur jaune (fondraña)
Antsamala	- Zone agricole - Cinq grandes familles ²²	-Agriculture (riziculture, manioc, banane, cocotier) - Elevage (bovin, caprin)	- Interdiction de travailler les jeudis et dimanches - Interdiction de faire une veillée funéraire dans la maison - Interdiction de siffler
Anjiajia	- Zone agricole - Sept grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc, banane, cocotier) - Elevage (bovin)	- Interdiction de travailler les mardis, jeudis et dimanches Interdiction de faire une veillée funéraire dans la maison - Interdiction de faire traverser une personne défunte le long du village - Interdiction d'inhumer les dimanches, mardis et vendredis
Angoaka	- Zone agricole - Population majoritairement âgée - Quatre grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc) - Elevage (bovin)	- Interdiction de travailler les jeudis et dimanches Interdiction de faire une veillée funéraire dans la maison
Ampondrabe	- Zone agricole - Trois grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc, banane) - Elevage (bovin)	- Interdiction de travailler le jeudi et le dimanche - Interdiction de faire une veillée funéraire dans la maison

22:Les familles dont nous parlons ici sont les « lignages ».

Fokontany	Caractéristiques sociodémographiques	Activités économiques	Tabous
Antoñibe	- Chef-lieu de commune - Cosmopolite	- Agriculture - Pêche - Elevage (caprin) - Décortiquerie - Commerces - Gargotes	
Amboaboaka	- Zone agricole - Six grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc, banane, cocotier) - Elevage (bovin)	- Interdiction de travailler les jeudis et mardis
Antsangabe	- Zone agricole - Trois grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc, banane) - Elevage (bovin)	- Interdiction d'élever de la volaille
Andovoko	- Zone agricole - Cinq grandes familles	- Agriculture (riziculture, manioc, banane, cocotier, maïs) - Elevage (bovin)	- Interdiction de travailler les jeudis et mardis - Interdiction de faire une veillée funéraire dans la maison.

Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

2.6 Prévention (y compris les préventions traditionnelles) et recherche de soins

Face à la maladie, les habitants pratiquent en premier lieu l'automédication, ensuite l'usage de plantes médicinales et ce n'est qu'en dernier recours qu'ils vont aller au Centre de Santé de Base.

L'automédication est encouragée par la présence de vendeurs informels de médicaments²³ dans chaque fokontany. Bien souvent, les malades ne savent pas exactement quels médicaments prendre pour se soigner ; ils décrivent tout simplement les symptômes au revendeur qui, en retour, leur donne des médicaments suivant son jugement personnel²⁴.

Concernant les plantes médicinales, elles font partie du savoir populaire. Par conséquent, les villageois n'ont pas besoin de consulter un devin ou un guérisseur pour leur prescrire ces plantes.

Enfin, comme nous l'avions évoqué plus haut, le Centre de Santé de Base est un lieu de dernier recours pour la population. Bon nombre de personnes que nous avons interviewés, environ une trentaine, ont affirmées que le déplacement à l'hôpital demande de l'argent et du temps car le traitement ne se fait pas en une seule journée. Toutefois, ils ont avoué que si la maladie devient grave ils n'ont plus le choix que d'y aller. Ces informations ont été confirmées par le médecin du Centre et par deux infirmiers privés.

23:Epiciers et agents communautaires.

24:La plupart du temps, le revendeur prescrit les médicaments en se référant à ce qu'il a délivré à d'autres patients auparavant ; par exemple, en prescrivant du Métronidazole pour tout ce qui est mal de ventre. Il ne se préoccupe guère ni de l'état ni du potentiel gravité de la maladie des personnes qui viennent le voir.

2.7 Prise de décision par rapport à la santé

Concernant la santé des enfants, pour les deux-tiers des personnes que nous avons interviewés, la prise de décision par rapport à leur santé revient à la mère en premier lieu car ce sont elles qui en sont les plus proches. Les maris partent tôt au travail et ne rentrent que tard le soir ; ils sont donc peu au courant de ce qui s'est passé au foyer dans la journée. Pour les deux-tiers des pères et des grands-parents que nous avons interrogés, le rôle du père est de chercher de quoi nourrir les membres de sa famille. De ce fait, toutes les décisions concernant les enfants reviennent à la mère dont ils soutiennent de toutes façons les démarches.

Concernant la santé des adultes, les mères interviewées ont affirmé qu'en cas de maladie, elles peuvent attendre quatre ou cinq jours avant d'aller voir un médecin ; contrairement au cas des enfants pour qui elles cherchent rapidement des solutions si jamais ils tombent malades.

Parmi les maladies qui sévissent dans la localité, le Faninto (paludisme aggravé) est celui qu'ils craignent le plus car il peut entraîner une mort subite.

2.8 Eau et hygiène

Utilisation, traitement et conservation de l'eau (points d'eau, lavage des mains)

Les villageois puisent de l'eau dans les puits et dans les rivières à l'aide de seaux en plastique de 10 à 15 litres et ils la conservent dans ce même récipient sans couvercle à la maison.

Le ramassage de l'eau pour la famille est réservé aux femmes et aux jeunes filles (à partir de 8 ans). Aucun produit de traitement de l'eau n'est utilisé. D'ailleurs, ils ont tous l'habitude de boire de l'eau froide (non bouilli, ni traité par des produits comme le Sur'Eau, par exemple).

Photo 17 : Puits et rivières à Antoñibe



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Le lavage des mains ne se fait pas dans des moments précis (par exemple, avant de manger). Les enfants lavent leurs mains au moment où ils prennent leur bain qui est d'une fréquence d'une fois par jour en moyenne. Le bain et le lavage des mains ne se font pas avec du savon. Selon les interviewés, ils procèdent ainsi non pas à cause du prix du savon mais par habitude.

Photo 18 : Baignade dans un canal d'irrigation



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

A titre anecdotique, notre passage sur le terrain coïncidait avec la saison des mangues. Nous avons alors remarqué que les enfants s'amusaient à grimper aux manguiers et mangeaient les fruits qui n'étaient pas encore mûrs sans les avoir lavés ni avoir lavé leurs mains auparavant.

Photo 19 : Enfants mangeant des mangues



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Sur les quinze ménages que nous avons visités, cinq d'entre eux ont recouverts leur seau d'eau à l'aide de couvercles ou de bols. Par ailleurs, les ustensiles de cuisine étaient entreposés sur une table pour une dizaine de ces ménages

Photo 20 : Conservation de l'eau / Entreposage des ustensiles de cuisine



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

2.9 Défécation et latrines

La défécation à l'air libre (aux alentours du village et au bord des rivières) est fréquente malgré l'existence de latrines dans certains fokontany. Sur les neuf fokontany dans lesquels nous avons fait cette étude, cinq ne possèdent pas de latrines. Pour ceux qui en disposent, ils affirment qu'ils les ont utilisés jusqu'à ce que ceux-ci soient bouchés (faute d'entretien et mauvaise utilisation) et qu'ils ne puissent plus les utiliser (cas des fokontany d'Angoaka et d'Amboaboaka). Cependant, à Antsangabe et Ambomaro (fokontany d'Amboaboaka), les latrines sont encore en bon état mais les villageois ne les utilisent pas

Photo 21 : Latrines non utilisées (Dons de l'ONG Ecole du Monde)



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

Ces latrines ont été fabriquées il y a deux ans. Celle qui se trouve à Antsangabe est pourvue de 5 wcs et de 5 douches qui fonctionnent parfaitement. Or, les villageois ne les utilisent pas car ils disent ne pas en avoir l'habitude ou encore que l'odeur des excréments les répugne. Pourtant, ce sont des latrines hygiéniques construites par des spécialistes de l'ONG Ecole du Monde. Quant au village d'Ambomaro, les villageois ne les utilisent que durant la saison de pluie par peur d'être mouillés en faisant leurs besoins à l'extérieur. Un autre critère important à prendre en compte est le fait que la majorité des villageois sont des cultivateurs ; ils ont donc l'habitude de faire leurs besoins à côté de là où ils travaillent.

Photo 22 : Douche traditionnelle

Photo 23 : Infirmerie à Antsangabe



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

2.10 Maladie

D'après les personnes que nous avons interviewés, la maladie la plus fréquente qui touche la localité est le paludisme (*manintsy may*²⁵). Viennent ensuite la toux, le rhume et la diarrhée. Pour le fokontany d'Ampondrabe (où il n'y a aucun puits, la population utilisant l'eau des rivières), la maladie la plus mortelle est la bilharziose²⁶. On notera également la présence de maladies telles que la prostate, les infections sexuellement transmissibles (syphilys, gonocoque, etc.) et celles provenant de la sorcellerie selon les villageois (sensation d'une grande peur pendant la nuit et mauvais rêves).

Selon les croyances des villageois, les maladies résultant de la sorcellerie sont causées par la jalousie de l'entourage du malade ; elles peuvent entraîner la mort si la personne n'est pas emmenée à temps chez un guérisseur. La diarrhée et la bilharziose proviennent de la mauvaise qualité de l'eau. En revanche, les autres types de maladies résultent de la volonté de Dieu car la maladie fait partie de la vie des hommes, selon toujours leurs croyances.

• 2.10.1 Perception locale de la santé et de la maladie

Pour la population, une bonne santé se définit par l'absence de maladies. La présence de tous les organes du corps humain et leur bon fonctionnement sont également considérés comme des critères définissant une bonne santé. L'absence d'un seul de ces organes est considéré comme une maladie, Cette affirmation a été confirmée par 28 personnes que nous avons interviewées.

• 2.10.2 Traitement de la maladie

a. Budget santé

La constitution d'un budget alloué à la santé n'est pas considérée comme prioritaire par les villageois. Selon certains, leur épargne est réservé pour les imprévus de la vie quotidienne (manques de savon, sel, pétrole, etc.) ou pour les grands investissements (achat de bœufs, de terrains, de vêtements, etc.) et non pas pour d'éventuelles maladies qui pourraient ne pas se produire. D'autres pensent que prévoir un budget spécial pour la maladie est fady, c'est-à-dire à éviter complètement car pourrait entraîner le mauvais sort.

b. Coût des traitements

Les avis des villageois diffèrent selon les fokontany concernant le coût des traitements en cas de maladie. Pour le fokontany d'Ampasibe, le problème n'est pas relatif au prix des médicaments mais à la distance qui les sépare du centre de soin. Ceux qui sont dans le fokontany d'Andovoko sont du même avis car, selon eux, le frais de déplacement de 2 000 Ariary qu'ils doivent payer aurait pu déjà servir à donner les premiers soins au malade dans le dispensaire privé d'Antranango situé à 20km du village. En revanche, les fokontany restants se sont tous plaints du coût élevé des médicaments dans la seule pharmacie de leur Commune et également de la distance par rapport au centre de soin. En cas d'insuffisance de médicaments dans la pharmacie communautaire, les malades sont obligés de recourir aux vendeurs informels ou à des pharmacies beaucoup plus chères.

c. Guérisseurs

Les guérisseurs traditionnels tiennent encore une place très importante dans la vie quotidienne des habitants de la commune rurale d'Antoñibe surtout pour ceux qui sont éloignés du CSB. Tous les interviewés ont avoué avoir consulté des guérisseurs car selon eux, ces derniers sont plus proches des ruraux. Ils ont dit apprécier le fait de pouvoir bénéficier de facilités de paiement pour le coût des soins et

25: Selon une sage-femme du fokontany d'Antsangabe, les cas de paludisme aggravé étaient moins fréquents ; en revanche, le paludisme simple a touché une grande partie de la population en 2012, surtout les enfants.

26: Nous avons pu constater lors de notre passage dans ce fokontany cinq garçons et deux adultes touchés par cette maladie (urines avec du sang).

également d'une assistance psychosociale qui leur semble plus adaptée à leurs besoins.

Par ailleurs, il existe une coutume locale selon laquelle les habitants choisissent le type de soin par rapport au type de la maladie. Ainsi, s'ils définissent qu'une maladie provient de la sorcellerie par exemple, ils ne la traitent jamais chez les médecins du CSB²⁷

d. Fréquentation CSB

« La fréquentation du CSB est réservée aux gens riches », disait un de nos interlocuteurs, habitant du fokontany d'Antsamala. Cela sous-entend que l'appropriation de cette infrastructure publique est encore loin d'être culturellement intériorisée. Le CSB d'Antoñibe ne dispose en tout et pour tout que d'un médecin comme agent de santé. Il est en même temps gestionnaire du centre, médecin et d'infirmier. Il travaille parfois même le dimanche même si personne ne vient consulter ce jour de la semaine.

Ce sont les femmes, plus précisément les mères avec leurs enfants, qui fréquentent le plus le Centre. Pour environ 15 mères avec qui nous avons discuté, le déplacement au CSB n'est nécessaire qu'en cas de maladies graves car elles n'ont pas suffisamment d'argent pour y aller plus souvent. Elles nous ont également confié qu'elles ont peur du médecin y exerçant et n'osent pas par conséquent lui confier ce qu'elles ont. Quant aux jeunes, ils ont dit avoir peur des injections surtout en cas de fièvre. Cette crainte résulte d'une croyance locale selon laquelle si jamais la maladie est d'origine maléfique, l'injection va engendrer la paralysie ou l'impuissance.

En conclusion, la perception de la maladie détermine le choix des habitants à consulter soit le médecin soit le guérisseur.

2.11 Santé mère-enfant

• 2.11.1 Grossesse et accouchement

La consultation prénatale se fait à partir du cinquième mois de grossesse soit auprès d'une matrone soit au CSB. Les femmes enceintes cherchent avant tout à savoir si l'aménorrhée est due à une maladie ou à un fœtus. Lorsqu'elles constatent que c'est un fœtus et que celui-ci se porte bien, elles ne cherchent plus à consulter ni le médecin ni la sage-femme ni la matrone pour les contrôles d'usage que lorsque la date d'accouchement approche.

• 2.11.2 Naissance et allaitement

Parmi les quinze mères ayant fait partie de notre échantillon, trois ont accouché au CSB ; les autres ont eu recours à des matrones. Chaque village a au moins une matrone avec qui les femmes enceintes ont l'habitude de s'adresser au moment de leur accouchement surtout lorsqu'elles habitent dans des endroits reculés. Si les matrones ne constatent aucun problème particulier, elles prennent en charge les femmes ; mais dans le cas contraire, elles les poussent à aller accoucher au CSB. Pendant l'accouchement, les matrones ont l'habitude de laver leurs mains avec de l'eau et du savon. Elles coupent le cordon ombilical à l'aide de lames (neuves ou déjà utilisées) ou de petits couteaux²⁸. Le pansement avec de l'alcool est rare et il se peut que la famille du nouveau-né n'ait même pas de quoi faire un bandage pour le nombril. Le coût de l'accouchement est de 10 000 Ariary en moyenne chez les matrones, et 5 000 Ariary au CSB.

Le « *mifana*²⁹ » est pratiqué par la communauté mais il diffère de ce qui se pratique dans d'autres régions du pays. La coutume locale exige qu'après avoir donné naissance à un enfant, les mères ne doivent ni boire ni se laver avec de l'eau chaude ni manger des repas chauds (*Ranginalo*³⁰). Elles doivent, en revanche, se laver de la tête aux pieds trois fois par jour avec de l'eau froide durant les trois premiers mois suivant l'accouchement ; le non-respect de ce rite entraînerait des maladies (fièvre, maux de tête, etc.).

27:L'épilepsie rentre dans cette catégorie car est considérée comme étant provoquée par la sorcellerie.

28:Les mères doivent de porter avec elles ce cordon durant les deux premières semaines après l'accouchement

29:Période pendant laquelle la mère qui vient d'accoucher doit rester au lit pendant au moins une quarantaine de jours pour se reposer et allaiter. Selon la tradition malgache, elle est surtout nécessaire pour se prémunir contre les éventuelles complications gynécologiques.

30:Dénomination des groupes pratiquant la coutume du froid.

Uniquement deux des quinze mères que nous avons interviewées ont dit ne pas suivre la tradition Ranginalo. Cette coutume est donc bien courante dans la localité.

Concernant l'allaitement, pour une majeure partie des mères que nous avons interviewées, soit douze sur quinze, il se pratique exclusivement jusqu'au troisième mois du bébé ; période correspondant à la phase de « malemy³¹ ». L'allaitement se fait à la demande du bébé, souvent lorsque celui-ci pleure, et sa fréquence varie de 10 à 15 fois par jour. Quant aux trois autres mères, elles donnent à leurs bébés des compléments alimentaires (soupe de riz, purée de banane) directement dès le premier mois. Le sevrage commence à partir du moment où l'enfant fait ses premiers pas (environ 1 à 2 an) car elles pensent que le bébé a désormais assez de force et n'a plus besoin du lait maternel. Les mères ne sont pas vraiment conscientes que le lait maternel constitue un aliment essentiel au développement et à la croissance de leurs enfants. Elles pensent, au contraire, que ce lait n'est pas suffisant pour leurs bébés. Notons que la consommation de la première montée de lait (colostrum) n'est pas interdite ; le bébé peut commencer à téter dès sa naissance même si, d'après les mères, le lait n'arrive véritablement qu'à partir du troisième jour. En attendant, elles donnent du thé sucré à leurs bébés.

Photo 24 : Allaitement maternel



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

• 2.11.3 Vaccination

Nous avons constaté un mélange de tradition et de modernisme dans les soins procurés aux enfants. Les parents ont l'habitude de faire boire de la tisane à leurs enfants dès leur plus jeune âge à titre préventif ; la quantité administrée variant selon l'âge de l'enfant. Cependant, parallèlement à cette pratique, ils font aussi vacciner leurs enfants durant les campagnes de vaccination³² qui ont lieu deux fois par an. Les parents apprécient ces démarches car ils ne savent pas toujours la fréquence à laquelle ils doivent faire vacciner leurs enfants.

2.12 Santé de la reproduction

• 2.12.1 Pratique de la planification familiale (PF)

La plupart des mères que nous avons interviewées nous ont avoué qu'elles n'utilisaient pas de moyens de contraception, que ce soit la pilule ou l'injection. Une seule de ces femmes a dit avoir pris la pilule mais a arrêté après avoir ressentie des malaises ; deux autres jeunes filles rencontrées pendant les focus group ont dit avoir fait des injections pendant trois mois. La méfiance par rapport aux contraceptifs est due à certaines rumeurs selon lesquelles leur utilisation entraînerait de graves maladies. Ces maladies sont,

31: Période durant laquelle la femme est considérée comme faible. Elles ne doivent ni faire des travaux fatigants ni avoir des relations sexuelles.

32: La campagne de vaccination se déroule en avril et en octobre durant laquelle les agents de santé font une descente dans les fokontany.

selon les mères, la prise ou la perte soudaine de poids et l'irrégularité des menstruations à laquelle elles ne sont pas habituées³³. En plus de cette réticence des mères, il y a aussi celle des pères qui considèrent qu'un enfant né après la prise d'une pilule ou d'une injection contraceptive n'a pas une vie saine³⁴. Quelques couples que nous avons rencontrés voulaient essayer les méthodes contraceptives mais il y a toujours cette peur que cela pourrait entraîner des maladies.

Au cours de cette étude, nous n'avons pas trouvé de femmes qui pratiquaient le planning familial que ce soit pour espacer la naissance ou pour la stopper définitivement. En définitive, celui-ci reste encore un sujet flou pour la majeure partie de la population de la localité. Dans de rares cas, la planification familiale est acceptée par les couples lorsque la femme se sent usée après avoir donné naissance à plusieurs enfants (8 à 10 enfants, parfois). Les femmes sont conscientes de la nécessité d'espacer les naissances, mais ce sont les maris qui sont réticents.

• 2.12.2 Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

L'usage du préservatif n'est pas encore accepté. A titre d'exemple, lors de notre focus group, dix des douze jeunes qui étaient présents ont mentionné qu'ils préféreraient ne pas passer à l'acte que d'en utiliser. Emportés par la fougue de leur jeunesse, ils ne sont pas du tout conscients de l'importance de la prévention³⁵.

Toutes les communautés et tous les groupes ethniques ont leurs propres langages sexuels. Dans notre cas, les signes distinctifs sont similaires aussi bien pour ceux qui sont mariés que pour les célibataires. L'attrance est surtout basée sur l'aspect physique ; les hommes sont attirés par les femmes de grande taille de préférence et ayant une poitrine assez développée.

En général, la fidélité entre les partenaires n'est pas dans les habitudes de la communauté. Les jeunes garçons de la ville d'Antoñibe changent souvent de partenaires et s'échangent même les filles entre eux. Un garçon de 15 ans nous a confié qu'il lui arrive de fréquenter en même temps trois filles d'une même ville ; s'il lui arrive d'attraper une IST, il suit un traitement tout seul de son côté, n'informe pas sa partenaire et ne retourne plus chez elle. Il y a, de ce fait, un grand risque de propagation des IST³⁶ au sein de la localité.

En outre, les abus de pouvoir par les forces de l'ordre sont fréquents dans la localité. Ils détruisent sexuellement les collégiennes et arrivent même à séparer des couples mariés³⁷. Lors d'un bal par exemple, ils draguent qui ils veulent, et cela a déjà engendré des bagarres entre eux et les jeunes. Il convient de signaler que les lois relatives au détournement de mineur sont en vigueur et tout le monde est au courant de leurs existences ; mais quand il s'agit de ces forces de l'ordre, les parents n'osent pas porter plainte. Pourtant, s'il s'agissait des jeunes garçons, les parents demandent de belles sommes (environ 600 000 Ariary ou des zébus). Certains disent que c'est un moyen pour les parents de gagner de l'argent.

L'homosexualité n'est pas encore admise par la communauté ; toutes les mères que nous avons interviewées ne l'acceptent pas et un sur cinq des pères seulement y est indifférent.

33: A ce sujet, le médecin du CSB nous a indiqué que les femmes ne viennent le consulter qu'après avoir eu des malaises suite à la pratique de la planification familiale sans avoir consulté au préalable les agents de santé.³⁰Dénomination des groupes pratiquant la coutume du froid.

34: D'après eux, l'enfant tombe malade souvent car le médicament détruit non seulement les cellules de la mère mais aussi celles de l'enfant. Ils préfèrent ainsi que leurs femmes donnent naissance à plusieurs enfants car c'est plus dans la volonté de Dieu.

35: A ce propos, ces jeunes nous ont confié qu'ils ne se soucient ni de l'état de santé ni des risques de grossesse qu'encourent les filles qu'ils fréquentent. L'important pour eux est juste de passer du bon temps d'une fille à une autre.

36: Infection Sexuellement Transmissible.

37: Lors de notre passage, deux couples étaient dans ce cas : l'un de plus de quatre ans de mariage et l'autre à peine un an.

• 2.12.3 Comportement sexuel

Informations sur la sexualité

Lors de notre entretien avec deux enseignants (le directeur de l'EPP et une enseignante au CEG), l'éducation sexuelle commence dès les trois premières années de l'école primaire. Les enseignements à ce stade restent encore très basiques ; c'est également le cas pour les premières années du Collège. Ce n'est qu'à partir de la classe de 3ème que les enseignants osent vraiment aborder le sujet avec les élèves. D'après l'enseignante, cette éducation est parfois difficile à cause des liens de parenté qui peuvent exister entre les professeurs et certains élèves (pères-filles, nièces, etc.). Pourtant ils sont tous deux conscients que l'éducation sexuelle devrait commencer dès le plus jeune âge, soit 10 ans, surtout pour les filles qui devraient être préparées à l'arrivée de la période de puberté.

Les parents de sexe masculin n'osent pas aborder le sujet avec leurs filles non pas à cause d'un tabou quelconque mais parce que cela ne rentre pas dans leurs habitudes. Pour les pères, cette éducation doit être faite par les mères ; or, seulement trois des quinze mères que nous avons interviewés ont dit la faire³⁸. Les autres mères ont dit ne pas connaître la vie intime de leurs filles (ex : cycle menstruel) soit parce qu'elles ne vivent pas ensemble tout le long de la période scolaire, soit parce qu'elles n'y font pas attention. En bref, pour les jeunes, les informations sur la sexualité proviennent surtout des camarades de classe ou des camarades de jeux.

Par ailleurs, il est important de noter que dans la localité, il est de coutume de faire marier les jeunes filles dès leur plus jeune âge³⁹. De ce fait, les jeunes filles n'auront même pas eu le temps d'avoir une éducation sexuelle.

Age de la première relation sexuelle

Les premières relations sexuelles commencent très tôt, entre l'âge de 12 à 14 ans en moyenne. Il arrive même pour certaines jeunes filles d'enfanter dès l'âge de 12 ans. Les facteurs incitatifs suivants peuvent en être à l'origine :

▪ **Influence des vidéos clubs :**

Chaque fokontany possède au moins une salle de vidéo pouvant contenir une trentaine de personnes. Le chef-lieu de Commune (Antoñibe) et le fokontany d'Ampasibe ont deux salles qui projettent des films chaque soir ; les films en malgaches sont les plus diffusés. Ces salles ne sont contrôlées par aucune autorité locale. A cet effet, cinq mères et deux jeunes pères du fokontany d'Ampasibe que nous avons interviewés ont affirmés qu'on peut y trouver de jeunes enfants lors de la projection d'un film pornographique. Le prix d'entrée est fixé à 300 Ariary pour tous les âges dans tous les fokontany.

▪ **Influence des bars clubs :**

Chaque fokontany possède au moins un bar tandis que le chef-lieu de Commune (Antoñibe) en possède cinq et trois pour le fokontany d'Ampasibe. Ces bars-là sont ouverts tous les jours de 17h à environ 1h du matin ; ils diffusent de la musique et des clips malgaches sur vidéoprojecteur pour attirer les clients. Des jeunes femmes et des mères y vendent de la nourriture (poulets grillés, friture de manioc, banane, ...) et les jeunes garçons y viennent pour jouer aux dominos et aux cartes tout en profitant de l'ambiance. Les personnes de tous âges viennent s'y côtoyer et y chercher leur potentiel âme sœur.

38: Dans les discussions à ce sujet avec leurs filles, les mères évitent de rentrer dans les détails. Elles les préviennent juste que maintenant qu'elles vont entrer dans l'âge de puberté, elles doivent faire attention de ne pas tomber enceinte en couchant avec des garçons.

39: Le « molety », ou dote, donné par le futur mari aux parents de la jeune fille justifie souvent l'existence de ces mariages. En effet, recevoir le « molety » (ex : deux zébus et 100 000 Ariary) est très important pour les parents qui le considèrent comme une compensation pour toutes les dépenses qu'ils ont engagées pour leur fille.

▪ Ouverture de la saison de pêche :

L'enseignante que nous avons interviewée a affirmé que la recherche de l'argent est la principale cause de l'abandon de l'école par les jeunes filles, surtout pour les fokontany situés au bord de la mer comme Ampasibe et Anjajavy. D'après les renseignements que nous avons eus auprès d'une sage-femme dans le fokontany d'Ampasibe et Anjajavy, le taux de maladies sexuellement transmissibles est élevé dans ces localités surtout pendant la période d'ouverture de la pêche⁴⁰. Egalement, selon les infirmiers privés de ces localités (celui d'Anjajia qui effectue souvent des visites à Ampasibe, et celle qui tient les dispensaires d'Antsangabe et d'Anjajavy) les maladies sexuellement transmissibles touchent surtout les jeunes garçons et filles (de 12 à 38 ans). Le problème est qu'ils n'osent pas consulter les agents de santé lorsque leur état de santé s'aggrave.

▪ Morengy ou boxe malgache :

Le Morengy est un combat organisé traditionnel au cours duquel plusieurs garçons entrent au milieu d'une foule en forme de grand cercle pour chercher quelqu'un avec qui combattre. S'il arrive à trouver un adversaire potentiel, la partie commence et ceci prend fin quand l'un des deux est blessé ou n'est plus capable de donner des coups. C'est une manière pour eux de montrer leurs forces ; en retour, les jeunes filles sont attirées par ces vaillants combattants. Ces rencontres ont lieu une à deux fois par mois et sont animées par de la musique, parfois même par les artistes locaux. Les jeunes des fokontany aux alentours s'y déplacent aussi.

Le jour de marché est aussi celui où les villageois viennent faire des consultations au CSB.

Photo 25 : Marché du mardi (tsena) - Antoñibe



Source : Equipe d'Antoñibe, 2012

41 Riz non décortiqué.

40:De mars à juin pour la pêche aux crevettes et de juin à novembre pour les autres poissons.

▪ **Influence du marché (tsena) :**

Le marché local est un moyen pour les villageois d'écouler leurs produits. Puisque le marché d'Antoñibe est plus grand par rapport à ceux des autres localités alentours, il est devenu le point de rencontre de la communauté (sauf, les habitants d'Anjajia). Le marché se tient tous les mardis, et c'est uniquement là qu'on peut trouver des articles rares dans le coin tels que les affaires de cuisine (marmites, assiettes, seaux en plastique, verres, etc.) ou encore de l'or (boucles d'oreille, chaînes, bagues). A part cette particularité, on y trouve les produits qu'on retrouve dans les autres marchés : paddy⁴¹, riz blanc, manioc, banane, poissons salées et séchées, vêtements, médicaments (paracétamol, diclofénac, ciprofloxacine, king power, sigmol, indométacine, chloramphénicol, des vitamines, calcium, etc.), légumes, et les produits de première nécessité (sel, sucre, savon, ...).

Nombre des partenaires sexuels

D'après les mères, les pères et les grands-parents interviewés, avoir plusieurs partenaires en même temps est mal vu dans la communauté. En revanche, rompre avec une personne et sortir après avec une autre est tout à fait accepté.

Toutefois, chez les jeunes, avoir plusieurs partenaires en même temps est une pratique habituelle. Pour les jeunes garçons rencontrés pendant le focus group, cela augmente leur popularité et leur succès auprès des filles. De leur côté, les jeunes filles n'osent pas trop avouer qu'il leur arrive d'avoir plusieurs partenaires. Nos observations dans la commune d'Antoñibe confirment pourtant que c'est le cas pour certaines d'entre elles.



V. ANALYSE

Compte tenu des résultats obtenus pour ces deux sites où nous avons effectué notre étude, nous allons procéder à une analyse en nous basant sur les aspects sociaux et humains relatifs aux :

- Problèmes de mortalité maternelle et infantile toujours d'actualité ;
- Problèmes de prolifération des maladies endémiques ;
- L'absence de moyens locaux ne permettant pas encore d'allier les pratiques traditionnelles et modernes en matière de santé auxquelles la population locale aspire.

a. Mixité des cultures

La présence de cultures différentes au sein d'une même communauté peut entraîner, entre autres, des problèmes de communication ou de prise de décisions. Ce mélange peut être considéré comme une richesse mais elle peut aussi d'une certaine façon conduire à une situation de complexité, néfaste pour le développement de la population.

b. Facteurs favorisant les maladies

La santé au niveau de ces communautés est menacée par l'accélération de la croissance démographique et la pauvreté. L'augmentation de la population accroît en parallèle les besoins en infrastructures sanitaires tandis que la pauvreté limite les dépenses en matière de santé. Notons toutefois que divers phénomènes peuvent aussi concourir à la multiplication des risques de détérioration de la santé.

c. Sous-alimentation et malnutrition

Les villageois ne disposent pas de ressources alimentaires suffisantes. En générale, ils ne souffrent pas de famine mais plutôt de malnutrition ; un facteur qui pourrait aggraver les maladies. La malnutrition chronique est une cause indirecte de mortalité car elle entraîne une faible résistance aux maladies. De plus, une alimentation très déséquilibrée se conjugue souvent avec des conditions sanitaires déplorable.

d. La croissance démographique

Une croissance démographique trop rapide entraîne nécessairement un contexte nouveau : l'augmentation de la main-d'œuvre et donc de la production alimentaire dans une situation où les moyens de production restent inchangés. Les terres cultivables deviennent insuffisantes et les paysans doivent encore nourrir une population sans cesse croissante, alors qu'une partie de cette population est déjà mal nourrie.

e. Le niveau d'instruction

La variable éducation est très importante non seulement du point de vue économique (amélioration de la qualité de vie de la population et augmentation des capacités d'adaptation) mais aussi démographique : les comportements varient selon le niveau d'éducation. Par exemple, la planification familiale est plus utilisée par les mères qui ont un certain niveau d'éducation.

f. Qualité et propreté de l'eau

Perception locale de la propreté de l'eau

La perception locale de la propreté de l'eau est la même pour tous les interviewés à savoir un contrôle de la qualité de l'eau par sa couleur qui doit être transparente, sans déchets visibles à l'œil nu. Elle est alors considérée comme propre et ne nécessite plus aucun traitement. Ils jugent de cette manière de la propreté de l'eau quel que soit la source où ils vont aller puiser.

g. Latrines

Perception locale de l'utilisation des latrines

Les latrines construites sont inférieures au nombre de ménages. Pourtant, certains d'entre eux préfèrent les utiliser car ils ont conscience que cela pourrait améliorer leur santé, par manque de surface adaptée à la défécation à l'aire libre ou encore juste par habitude. Pour ceux qui n'en possèdent pas, ils empruntent celles des autres.

Cependant, l'utilisation des latrines n'est pas encore rentrée parfaitement dans les habitudes de la majeure partie de la population. Beaucoup continuent de pratiquer la défécation à libre pour les raisons suivantes :

- manque d'habitude ;
- manque d'intérêt pour son importance ;
- existence de vastes endroits dans la nature pour se soulager ;
- paresse d'en fabriquer.

Notre passage sur le terrain nous a permis de constater que la population réclame la construction de latrines supplémentaires au sein de leur village. Ils sont aussi prêts à en fabriquer eux-mêmes s'ils en ont les moyens.



VI. RECOMMANDATIONS

Au vu des résultats de cette étude et de l'analyse faite précédemment, nous proposons des recommandations qui sont consignées dans le Tableau 17 ci-dessous. Pour certains comportements (par exemple, lavage des mains, traitement de l'eau, alimentation complémentaire, et prévention et prise en charge des maladies infantiles, etc.), notre proposition principale est de les analyser en utilisant la méthodologie TIPs car c'est ainsi que l'équipe MAHEFA et ses partenaires pourront comprendre plus en profondeur les effets des influences culturelles positives et négatives sur l'adoption potentielle de ces comportements, et en même temps, bien définir les petites actions faisables et importantes qui devront être promues au niveau des ménages.

Pour les comportements pour lesquels la méthodologie TIPs n'est pas adaptée, nous avons formulé des recommandations qui sont reportées dans le tableau susmentionné.

Tableau 17 : Diverses recommandations

Domaine de santé /Comportement	Coutumes / Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations
Planification familiale	Importance d'avoir beaucoup d'enfants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méfiance et refus de faire la planification familiale. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Naissances peu espacées ▪ Sevrage précoce ; ▪ Malnutrition des enfants ▪ Faiblesse physique et fatigue des mères. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientation des mères par les agents communautaires et les utilisatrices satisfaites par les bienfaits de la planification familiale et du counseling en choix informé (explications approfondies des méthodes existantes : avantages, effets secondaires, utilisations, mécanismes d'action et suivis nécessaires) ; ✓ Donner des moyens aux femmes pour les aider à payer les services de planification familiale (mutuelles de santé, activités génératrices de revenus, etc.) ; ✓ Renforcement des capacités des agents communautaires et des points d'approvisionnement pour la disponibilité des services de planification familiale dans tous les fokontany ; ✓ Collaboration avec d'autres partenaires pour la disponibilité des méthodes de planification familiale de longue durée.

Domaine de santé /Comportement	Coutumes / Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations
Hygiène/ Lavage des mains avec du savon	Non-utilisation de savon	<ul style="list-style-type: none"> ■ Absence d'utilisation de savon pour le lavage des mains ou bien pas de lavage du tout ; ■ Enfants consommant de la nourriture avec les mains sales. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manifestation de maladies dues aux mains sales (diarrhée,...). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les petites actions faisables et importantes en appliquant l'approche TIPs.
Traitement et stockage de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommation de l'eau sans traitement ■ Non-utilisation de couvercles pour stocker l'eau 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Consommation de l'eau même si elle contient des déchets ou présente de mauvaises couleurs ; ■ Consommation de l'eau sans traitement ni l'avoir mis à bouillir au préalable. 	<p>Persistance et taux élevé de diarrhées touchant toutes les tranches d'âge et surtout les enfants de moins de 5 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les petites actions faisables et importantes en appliquant l'approche TIPs.

Domaine de santé /Comportement	Coutumes / Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations
Sanitaires/ Utilisation de latrines	Non-utilisation de latrines	<ul style="list-style-type: none"> ■ Défécation dans les forêts un peu éloignées de leurs maisons ; ■ Emprunt des latrines des voisins. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pollution de l'air ; ■ Déversement des excréments dans la rivière où la population puise de l'eau (première cause de diarrhée). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construction de latrines hygiéniques améliorées et adaptées au contexte géographique pour chaque ménage ; ✓ Formation des bénéficiaires à la fabrication et l'entretien des latrines ; ✓ Promotion de l'approche CLTS et latrines améliorées.
Prise en charge des maladies infantiles	Consultation de guérisseurs et automédication	En cas de paludisme, maux de tête ou maladies diarrhéiques, consultation de guérisseurs qui leur prescrivent des plantes et les font acheter des comprimés chez les revendeurs de médicaments du fokontany.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aggravation de la maladie, entraînant même parfois la mort ; ■ Répétition des maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les petites actions faisables et importantes en appliquant l'approche TIPs.

Domaine de santé /Comportement	Coutumes / Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations
Nutrition/ Allaitement maternel exclusif	Compléments alimentaires donnés aux bébés avant l'âge de 6 mois	Du thé légèrement sucré est donné au bébé dès la naissance en complément du lait maternel ou lorsque ce dernier n'est pas suffisant.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gonflement du ventre, décalcification et enfants dévitaillés ; ■ Malnutrition et augmentation des problèmes liés à la non-application de l'allaitement maternel exclusif. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les petites actions faisables et importantes en appliquant l'approche TIPs.
Santé maternelle/ Accouchement assisté	Accouchement chez les matrones	L'accouchement se fait sans l'utilisation de gants ni d'alcool ; Coupage du cordon ombilical à l'aide de lames ou de couteaux ayant déjà servis.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémorragie et autres complications pour la mère ; ■ Complications de la plaie ombilicale du bébé ; ■ Infections et maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation et approvisionnement des matrones en matériels stérilisés pour éviter les éventuelles infections lors des accouchements ; ✓ Etablissement du plan d'accouchement pendant la grossesse ; promotion des kits d'accouchements et kits femmes enceintes (bande, savon, alcool, moustiquaire) ; ✓ Recherche opérationnelle sur le Chlorhexidine et le Misoprostol.

Domaine de santé /Comportement	Coutumes / Croyances	Pratiques sanitaires	Résultats des pratiques	Recommandations
Nutrition/ Allaitement maternel exclusif	Compléments alimentaires donnés aux bébés avant l'âge de 6 mois	Du thé légèrement sucré est donné au bébé dès la naissance en complément du lait maternel ou lorsque ce dernier n'est pas suffisant.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gonflement du ventre, décalcification et enfants dévitaillés ; ■ Malnutrition et augmentation des problèmes liés à la non-application de l'allaitement maternel exclusif. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifier les petites actions faisables et importantes en appliquant l'approche TIPs.
Santé maternelle/ Accouchement assisté	Accouchement chez les matrones	L'accouchement se fait sans l'utilisation de gants ni d'alcool ; Coupage du cordon ombilical à l'aide de lames ou de couteaux ayant déjà servis.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hémorragie et autres complications pour la mère ; ■ Complications de la plaie ombilicale du bébé ; ■ Infections et maladies. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formation et approvisionnement des matrones en matériels stérilisés pour éviter les éventuelles infections lors des accouchements ; ✓ Etablissement du plan d'accouchement pendant la grossesse ; promotion des kits d'accouchements et kits femmes enceintes (bande, savon, alcool, moustiquaire) ; ✓ Recherche opérationnelle sur le Chlorhexidine et le Misoprostol.

Source : Equipe à Ambatosia et à Antofñibe, 2012

CONCLUSION

Cette étude effectuée dans la région Sofia nous a permis de connaître les pratiques quotidiennes des populations villageoises en matière de santé. La différence des localités (Analalava et Bealalana) tant géographiquement que socio-culturellement montre les spécificités de chaque zone : groupes communautaires existants, pratiques sanitaires et culturelles, ...

Le district de Bealalana où se situe la commune rurale d'Ambatosia, notre premier terrain d'investigation, se caractérise par une richesse économique liée au développement de l'agriculture et de l'élevage (riz, ails, oignons, zébus,...). Un CSB II existe dans le chef-lieu de Commune et des médecins libres dans les autres fokontany un peu plus éloignés de celui-ci. Les prémices de la médecine moderne commencent à faire surface même si l'utilisation des plantes médicinales et l'automédication demeurent encore largement dans les habitudes de la population. Toutefois, la vaccination, la prise de la vitamine A, ainsi que l'accouchement assisté par un médecin formel sont pris en considération par les villageois.

Le district d'Analalava, plus précisément la commune d'Antoñibe, constitue notre second terrain d'investigation. Celui-ci est l'ancien village du grand-père de la reine d'Analalava et s'organise en lignage. Le culte des ancêtres et les tabous tiennent encore une place importante pour les villageois. Outre les ressources provenant de l'agriculture et de l'élevage (riz, manioc, zébu,...), la Commune se distingue aussi par la pêche (crevettes, poissons,...) qui fait vivre la population de trois fokontany et approvisionne les autres, notamment pour la préparation des bouillons.

Concernant les pratiques sanitaires, la commune fait face à une pénurie d'agents de santé. En effet, il n'y a qu'un médecin, un infirmier public (au sein du CSB II d'Antoñibe) et deux infirmiers privés (Anjiajia et Antsangabe) pour toute la population des 23 fokontany composant la Commune. Cette situation explique le recours fréquent à l'automédication, l'accouchement chez les matrones, l'usage de plantes médicinales et la consultation de guérisseurs.

La prise de décision par rapport à la santé maternelle et infantile relève de la responsabilité des mères de famille. La vaccination est un excellent moyen de prévention contre les maladies mais la participation aux campagnes de sensibilisation reste encore faible à cause de diverses réticences. Le système traditionnel consistant à faire boire de la tisane aux enfants est toujours pratiqué comme principal moyen de prévention. Les parents savent quand leurs enfants tombent malades mais ils ne savent pas exactement reconnaître les symptômes de leurs maladies. L'origine de la maladie est souvent assignée à la colère des ancêtres.

La consultation prénatale ne se pratique qu'à partir du sixième ou septième mois de grossesse en moyenne. Elle se fait en premier lieu chez les matrones. La période du mifana n'est pas pratiquée par les femmes Ranginalo qui doivent, au contraire, se laver uniquement avec de l'eau froide et manger de la nourriture froide pendant au moins trois mois. L'interdiction relative au premier lait n'existe pas ; en revanche, l'allaitement n'est pas exclusif durant les six premiers mois du bébé⁴². Le planning familial n'est pas pratiqué à cause de rumeurs selon lesquelles il provoque des maladies et également le refus des pères de famille. Ni les hommes ni les femmes n'apprécient l'utilisation de préservatifs ; de ce fait, les maladies sexuellement transmissibles sont présentes.

Malgré l'existence de latrines, la défécation se fait le plus souvent à l'air libre, étant donné qu'ils n'aiment pas faire leurs besoins à proximité de leur maison. La population puise de l'eau dans les puits et les rivières. La conservation de l'eau dans des récipients avec des couvercles est rare et le traitement de l'eau n'est pas dans les habitudes des ménages. Le lavage des mains n'est pas systématique et l'utilisation de savon est réservée à la lessive, la vaisselle et le bain.

La précocité des relations sexuelles et la prolifération des maladies sexuellement transmissibles constituent des problèmes majeurs pour les deux communes. Des efforts massifs de prévention et d'éducation sexuelle sont donc nécessaires à entreprendre.

42:Des compléments alimentaires (purée de banane, purée de riz) sont donnés aux bébés même dès leur premier mois.

ANNEXES

ANNEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN

GUIDE D'ENTRETIEN

Pour une étude ethnographique en vue d'élaborer une stratégie de changement de comportement (Août 2012)

Interviewé :

Age : Sexe : Profession :

Niveau d'étude :

Taille du ménage :

Interviewer :

I. Présentation et Introduction

II. Généralités

♦ **Prémices socioculturels** (Interlocuteur : Leader traditionnel)

Mba tantarao anay ny niandohan'ny tanàna, ny niavian'ny olona teto sy ny foko misy eto, ny fomba misy eto, sns

(Pouvez-vous nous raconter l'histoire de ce village, l'origine des diverses ethnies ici présentes, les divers us et coutumes, etc. ?)

III. Rituels et cultes existants

♦ **Endroits sacrés (Causes, respect, ...)**

Aiza no misy faritra masina na fady eto ? satria nahoana ?

(Où sont situés les endroits sacrés dans le village ? et pourquoi sont-ils sacrés ?)

♦ **Croyances, la vie et la mort (causes de la mort et de la vie)**

Inona ny fivavahana ataonareo ?

(Quelles sont vos croyances religieuses ?)

Ahoana ny fahitanao ny fiaianana sy ny fahafatesana ? satria nahoana ?

(Quelles sont vos croyances concernant la vie et la mort ? Pourquoi ?)

♦ **Place des guérisseurs, devin, transe, crise hystérique, sorcellerie**

Manan-danja ho anao ve ny fitsaboana netim-paharazana ? Satria nahoana ?

(Pensez-vous que la médecine traditionnelle est importante ? Pourquoi ?)

IV. Organisation sociale

♦ Organisation familiale, lignagère, clanique et territoriale

Ahoana ny fomba fandrindrana misy eto ? (Inona ny rafitra misy eo anivon'ny fianakaviana, fiarahamonina, mpiray foko ?) Satria nahoana ? (oh: iza no mitantana? mpanjaka, prezida fokontany...?)

(Quels types d'organisation – organisation familiale, lignagère, clanique, territoriale – sont en vigueur dans votre communauté ? Par exemple, qui a de l'autorité : le roi ou la reine, le président du fokontany, le maire, autres ? et pourquoi ?)

♦ Statut et rôle de la femme

Ahoana ny toeran'ny vehivavy eo @ fiarahamonina na ao antokatrano ? Satria anahoana ?

(Quelle est la place et le rôle de la femme au niveau de la communauté et du foyer ? Pourquoi ?)

♦ Hiérarchie sociale : influence de celle-ci sur la prise de décision par rapport à la santé

Inona ny antana-tohatra misy eto ? (mpanjaka, be antitra, mpanakarena, ...) ? Iza no tena masin-teny amin'ireo ? Ahoana ny fiantraikany amin'ny fanampahan-kevitra mikasika ny fahasalamana ?

(Quelle est la hiérarchie sociale existante dans votre communauté ? Quelles sont les personnalités les plus influentes : le roi ou la reine, les personnes âgées, les riches ou autres ? Quelles sont les conséquences concernant les prises de décision sur la santé ?)

♦ Dépense familiale allouée à la santé

Misy teti-bola natokana hoan'ny fahasalamana ve ? Satria nahoana ?

(Disposez-vous d'un budget spécial destiné aux dépenses de santé ? Si oui ou non, pourquoi ?)

V. Santé et maladie

♦ Définition, représentation et sens du mal ou du pathologique

Inona ny ato hoe marary raha ny fahazoanareo azy ? Satria nahoana ? Ary ahoana koa ny hoe salama ? Satria nahoana ?

(Quels sont d'après vous les signes annonciateurs d'une maladie ? Pourquoi ? De même, quels sont les signes d'une bonne santé ? Pourquoi ?)

♦ Expression des symptômes de la maladie

Ahoana ny fisehoan'ny aretina ?

(Comment se présentent les symptômes d'une maladie d'après vous ?)

♦ Ressenti émotionnel en cas de maladie

Ahoana ny fomba fiatrehanareo ny aretina ? Satria nahoana ? Ahoana ny fihetseham-po raha vao misy marary ?

(Comment faites-vous face à la maladie? Quelles sont vos réactions émotionnelles et pourquoi ?)

♦ **Dignité humaine**

Misy fifandraisana ve fahasalamana sy ny hasina maha olona ? Satria nahoana ?

(D'après vous, y a-t-il un lien entre la santé et la dignité humaine ?)

♦ **Symptômes nécessitant la consultation de médecins**

Amin'ny fotoana toy inona ianareo no mahatsapa fa tokony hanantona mpitsabo ?

(A quel moment jugez-vous indispensable de devoir consulter un médecin ?)

♦ **Impacts de la modernité (Agent de santé)**

Ahoana ny fahatsapanareo na ny fahitanareo ny vokatry ny fanatontolona ? Satria nahoana ?

(Quels sont d'après vous les conséquences de la modernité dans votre communauté ? Pourquoi ?)

♦ **Catégories et types de maladies**

Inona avy ny aretina tena misy eto ? Sokajioaraky ny toetrany ireo aretina ireo. Satria nahoana?

(Quelles sont les maladies les plus fréquentes ici ? Pouvez-vous brièvement les catégoriser ? Pouvez-vous expliquer ce classement ?)

♦ **Perception sur les préventions**

Misy fomba ve ataonareo ho fisorohana ny aretina ? Satria nahoana ?

(Avez-vous des méthodes pour prévenir les maladies ? Pourquoi ?)

VI. Mode des soins et traitements

♦ **Soins en cas de maladie (plantes médicinales, guérisseurs, centre sanitaire, psychologique...). Raisons de la pratique des soins. Etapes hiérarchiques des soins.**

Inona avy ireo fomba fitsaboana fataonareo ? Inona avy ireo dingana arahinareo mandritra ny fitsaboana ny aretina ? Satria nahoana ?

(Quels sont les types de soin que vous utilisez en cas de maladie ? A quelles étapes correspondent ces soins ? Pourquoi ?)

♦ **Coût des soins et traitements**

Ahoana ny fahitanao ny sarany fitsaboana ? Mifanentana amin'ny fahefa-mividinao ve?

(Comment trouvez-vous le coût des soins médicaux ? Correspondent-ils à vos moyens financiers ?)

♦ **Complémentarité ou non de la médecine traditionnelle et moderne**

Arakany fahitanao azy, afaka ampiarahina ve ny fitsaboana nentim-paharazana sy ny moderna ? satria nahoana ?

(D'après-vous, peut-on pratiquer ensemble la médecine moderne et la médecine traditionnelle ? Pourquoi ?)

♦ **Relations entre autorités (familiale, parentale) et techniques de soins.**

Marge de temps avant les soins

Iza no manapa-kevitra amin'ny fomba sy fotoana hitsaboana ? Satria nahoana ?

(Qui dispose de la décision finale quant au type de soins à administrer à la personne malade ? Pourquoi ?)

VII. Santé maternelle et infantile

♦ **Grossesse et naissance**

Ahoana no ahalalanao fa bevohoka ianao ? Misafy ve ianao mandritra ny vohoka ? Im-piry? Aiza ? Satria nahoana ?

(Comment reconnaissez-vous que vous êtes enceinte ? Faites-vous des contrôles prénataux ? Si oui, combien de fois et où ? Pourquoi ?)

♦ **Les interdictions relatives aux femmes enceintes, à la naissance et à l'alimentation**

Inona avy ireo fady mandritra ny fintondrana vohoka ? Satria nahoana ?

Inona avy ireo fady mandritra ny fahaterahana ? Satria nahoana ?

Misy sakafo natokana hoan'ny vehivavy bevohoka sy ny zaza ve ? Satria nahoana ?

(Quels sont les interdits pendant la grossesse ? Pourquoi ?)

(Quels sont les interdits au cours de l'accouchement ? Pourquoi ?)

(Y a-t-il des aliments particuliers réservés à la femme enceinte ? Pourquoi ?)

♦ **Pratique de l'accouchement (cordon ombilical et placenta)**

Ahoana ny fomba fiterahana ? Aiza ny asina ny tavony sy ny tadim-poitra ? Satria nahoana ?

♦ **Allaitement maternel (Fréquence et durée, le premier lait)**

Inona ny omena ny zaza voalohany raha vao teraka?

Misy fomba ve atao @ fampinonoana ny zaza ? Im-piry izy no minono anatin'ny 1 andro? Satria nahoana ?

(Que donnez-vous en premier à votre enfant quand il est né ? Y a-t-il des méthodes à suivre pour l'allaitement de l'enfant ? Combien de fois par jour il tète ? Pourquoi ?)

♦ **Alimentation de la femme allaitante et du nourrisson**

Misy sakafo natokana hoan'ny vehivavy mampinono sy ny zaza ve ? Inona avy? Satria nahoana?

Inona ny sakafo fomena ny zazakely? Im-piry isan'andro izy no misakafo? Satria nahoana ?

(Est-ce qu'il y a des aliments particuliers destinés à la femme allaitante et son enfant ? Quels sont-ils ? Pourquoi ? Quels aliments donnez-vous au nourrisson ? Combien de fois par jour mange-t-il ? Pourquoi ?)

♦ **Nourriture de l'enfant (6 mois et plus)**

Inona ny sakafo omena ny zaza? Satria nahoana? Isaky ny fotoana toy inona no anomezana azy izany? Satria nahoana?

(Quels aliments donnez-vous à l'enfant ? Pourquoi ? Combien de fois par jour mange-t-il ? Pourquoi ?)

♦ **Planning familial**

Mahafantatra ny fisian'ny fandrindram-piterahana ve ianao?

Manao izany ve ianao? Satria nahoana?

(Connaissez-vous les méthodes de planning familial ? En pratiquez-vous ? Pourquoi ?)

♦ **Santé de la reproduction**

Ahoana ny fiantraikan'ny fiterahana amin'ny fahasalamana? Satria nahoana?

Tokony arindra ve ny fiterahana? Satria nahoana?

(Quelles sont d'après vous les conséquences de la grossesse sur la santé ? Pourquoi ?)

Pensez-vous qu'il est nécessaire de faire une planification familiale ? Pourquoi ?)

♦ **Pratique de l'avortement**

Ahoana ny fandraisanay fiaraha-monina ny fanalan-jaza aty? (malalaka, fady...)

Ahoana ny fomba fisehoan'ny fanalan-jaza?

(Comment votre communauté perçoit l'avortement ? Est-ce qu'il y a des interdits s'y rapportant ? Comment se pratique l'avortement ?)

♦ **Relation mère-enfant**

Ahoana ny fizoran'ny ny fifandraisany reny sy ny zanany? (éducation, ...)

(Quelles sont les relations entre la mère et l'enfant ?)

♦ **Relation père-enfant**

Ahoana ny fizorany ny fifandraisany ray sy ny zanany? (éducation, ...)

(Quelles sont les relations entre le père et l'enfant ?)

♦ **Utilisation des moustiquaires**

Mampiasa lay ve ianareo? Satria nahoana?

Inona ny karazana lay ampiasainareo? Satria nahoana? (efa misy fanafody moka ve sa tsia)

Novidina ve io sa azo t@ fanampiana?

Misy antony manokana ve ny lokon'ny lay aty? Satria nahoana?

Iza no matory ao anaty lay? Satria nahoana?

Misy tombon-tsoa tsapa ve amin'ny fampiasana ny lay?

(Utilisez-vous des moustiquaires? Pourquoi ?)

Quel type de moustiquaire utilisez-vous ? Pourquoi ? Est-ce qu'elle est imprégnée d'insecticide ?

La couleur de la moustiquaire a-t-elle une importance particulière ? Pourquoi ?

Qui dort sous une moustiquaire dans votre foyer ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'il y a des avantages à dormir sous une moustiquaire ?

♦ Vaccination

Ahoana ny fandraisanareo ny fanaovana vaksiny? (lanjany) Satria nahoana?

Mahomby ve ny fanovana azy? Satria nahoana?

Iza no tokony atao vaksiny araka ny fahalalanao? Satria nahoana?

(Quelle est pour vous l'importance de la vaccination ? Pourquoi ?

Croyez-vous que la vaccination est efficace ? Pourquoi ?

D'après vous, qui a besoin de se faire vacciner ? Pourquoi ?

♦ Vitamine A

Ahoana ny fandraisanareo ny fanomezana vitamine A ny zaza? (lanjany) Satria nahoana?

Mahomby ve ny fanovana azy? Satria nahoana?

(Quelle est pour vous l'importance de l'administration de vitamine A à l'enfant ? Pourquoi ?

Pensez-vous que cela a des conséquences positives sur sa santé ? Pourquoi ?

VIII. Hygiène

♦ Endroits pour faire ses besoins (WCs, latrines, autres)

Aiza ianareoa no mivoaka? Satria nahoana?

Mety aminareo ve ny fisian'ny fanamboarana kabone eto?

(Où faites-vous habituellement vos besoins ? Pourquoi ?

Pensez-vous qu'il est nécessaire de faire construire des latrines ici ?

♦ Traitement et conservation de l'eau

Aiza ianareo no maka rano? Satria nahoana?

Misy fomba fanadiovana rano ve ataonareo? Inona ilay izy? Satria nahoana?

Ahoana ny fomba fitehirizanareo rano? Satria nahoana?

Misy fitaovana manokana ve akana rano voatahiry?

(Où puisez-vous de l'eau ? Pourquoi ?

Avez-vous des méthodes particulières pour traiter l'eau ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?

Comment conservez-vous l'eau traitée ? Pourquoi ? Utilisez-vous des ustensiles particuliers à cet effet ?

♦ Perception locale de la propreté de l'eau

Ahoana ny hafantaranareo fa madio ny rano? Satria nahoana?

(Comment jugez-vous que l'eau est propre ? Pourquoi ?)

♦ **Lavage des mains : pratique et fréquence. Difficultés en termes de moyens**

Amin'ny fotoana inona no tokony anasa tanana ny olona? Satria nahoana?

Ahoana ny fomba fanasana tanana? (misy savon na tsisy)

Iza no tokony anasa tanana? Satria nahoana?

Araka ny fahalalanao, mety ho inona ny voka-dratsin'ny tsy fanasana tanana? Satria nahoana?

(A quels moments devrait-on se laver les mains ? Pourquoi ?)

Comment doit-on se laver les mains ? (utilisation de savon ou non)

Qui doit se laver les mains ? Pourquoi ?

D'après vous, quelles peuvent être les conséquences du non lavage des mains ? Pourquoi ?

♦ **Hygiène corporelle, alimentaire et vestimentaire (par rapport à la fréquence de visite aux services sanitaires)**

Misy fiantraikany amin'ny fandehanana any amin'ny toeram-pitsaboana ve ny fomba fitafy na ny fahadiovan'ny vatana? Satria nahoana?

Misy fiantraikany amin'ny fahasalamana ve ny fahadiovan'ny sakafo? Satria nahoana?

(Pensez-vous qu'il y a un lien entre l'hygiène et la fréquence de vos visites aux services sanitaires ? Pourquoi ?)

Pensez-vous que la propreté des aliments a des impacts sur la santé ? Pourquoi ?)

IX. Comportement sexuel

♦ **Sexualité : sujet tabou ou non**

Ny resaka fananahana ve fady resahina ampahibemaso aty sa ahoana? Satria nahoana?

(Est-il interdit ici d'aborder publiquement les sujets sur la sexualité ? Pourquoi ?)

♦ **Age de la première relation sexuelle**

Eo amin'ny firy taona eo ny tovolahy na ny tovovavy no miditra amin'ny firaisana ara-nofo? Satria nahoana?

(A quel âge à peu près un jeune fille ou garçon a sa première relation sexuelle ? Pourquoi ?)

♦ **Nombre de partenaires**

Mety manatsara (na manaratsy) ny fifandraisana ao amin'ny fiaraha-monina ve ny fananana vady maro? Satria nahoana?

(Est-ce que le fait d'avoir plusieurs partenaires est bien vu ou mal vu dans votre communauté ?)

♦ **But de l'union et du mariage**

Ahoana ny fombafomba amin'ny fanambadiana aty? (traditionnel, ...) Satria nahoana?

Inona no tena tanjona ao anatin'ny fanambadiana? Satria nahoana? (Valise mena, ...)

(Quelles sont les coutumes à respecter lors d'un mariage ? Pourquoi ?

Quels sont les buts du mariage ? Pourquoi ?

♦ **Système de parenté**

Ahoana ny fomba amin'ny fanmbadiana? (endogamie, exogamie) Satria nahoana?

(Quelles sont les exigences à respecter avant de pouvoir contracter un mariage ? Par exemple, endogamie, exogamie, autres. Pourquoi ?

♦ **Hétéro / homosexualité**

Hita aty ve ny fiarahan'ny lahy sy lahy na ny vavy sy vavy ?

(Est-ce que l'homosexualité est admise dans votre communauté ?)

♦ **MST / IST**

Misy ve ny aretina azo avy amin'ny firaisana ara-nofa? Inona avy?

Azo atao ve ny misoroka azy ireo? Amin'ny fomba ahoana?

(Est-ce qu'il y a des maladies qui sont issues des relations sexuelles ? Quelles sont-elles ?

Est-ce qu'on peut les éviter ? Comment ?

♦ **Liens entre les rites et les partenaires sexuels ?**

Misy fomba fanao aty aminareo ve ka manome vahana ny fanaovana firaisana ara-nofa ? (oh : amin'ny fanompoan-be) Satria nahoana ?

(Est-ce qu'il y a des moments, des coutumes ou des pratiques sociales qui privilégieraient la multiplication des relations sexuelles ? Pourquoi ?

ANNEXE 2: FOCUS GROUP

THEME I : SERVICES MEDICAUX

Dans cette rubrique, nous allons aborder les thèmes concernant la santé tout en commençant par une culture générale et en faisant en sorte que nous sommes là pour trouver une solution ensemble.

- ♦ Pourquoi et comment les gens fréquentent-ils ou non le CSB ? Quels intérêts donnent-ils à ce service ?
- ♦ La distance à parcourir pour aller au CSB influe-t-elle sur sa fréquentation ?
- ♦ Existente-t-il des projets relatifs à la santé, à l'eau et à l'assainissement ? Si oui, comment étaient les résultats de ces projets ? Adhèrent-ils facilement aux processus de la modernisation et de la globalisation ?
- ♦ Est-ce que les médecins modernes adoptent un comportement méchant ? Les pratiques de ces agents de santé entravent-elles la culture locale ?
- ♦ Quels sont les besoins de la communauté par rapport à la santé ?

THEME II : CULTURE

Certains fady pouvant entraver la mise en place d'un quelconque projet (ex : un projet de construction de latrines peut être impossible à réaliser car il est interdit pour les villageois d'en utiliser). Cette rubrique nous permet de connaître et de comprendre les pratiques communautaires.

L'organisation sociétale, les représentations sociale et culturelle de la santé et de la maladie sont également à prendre en considération dans une telle étude. En ce sens, quels sujets sont encore tabous et sensibles pour cette communauté ?

La flexibilité de certains fady ou tabous permet de connaître d'une part, l'ampleur et l'attachement qu'accorde la population locale à ces traditions et d'autre part, la possibilité d'une adaptation à une nouvelle mode de vie.

Enfin, certains rituels pouvant proliférer certaines maladies, il est nécessaire de connaître la perception de la communauté locale concernant ce sujet.

THEME III : EDUCATION

Nous voulons savoir tous les systèmes éducatifs (formels et informels) existants sur le lieu. Il est donc utile d'aborder le sujet du planning familial puisque cela concerne la vie présente et future du ménage. Par ailleurs, d'autres thèmes vont être évoqués avec les villageois ainsi que les autorités villageoises, à savoir :

- la propreté (corporelle, vestimentaire, alimentaire)
- la sexualité (éducation sexuelle, comportement du couple conjugal face à la sexualité, relations parent-enfant, etc.)
- et l'éducation scolaire et familiale concernant la santé, la sexualité et la propreté.

ANNEXE 3:OBSERVATION

THEME I : PREVENTIONS, SOINS ET TRAITEMENTS

♦Observer et participer si possible aux préparations des médicaments (traditionnelle, moderne).

♦Comment les jeunes se font soigner, et comment ils partagent les informations par rapport à la santé entre eux ?

♦Comportement autoritaire familiale (manière ou façon de prendre une décision).

♦Place de chaque membre de la famille dans la maison.

♦Comportement hygiénique (l'eau, habitudes pour faire ses besoins)

♦Fréquentation du CSB.

THEME II : SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

♦ Grossesse et naissance.

♦ Aller chez un guérisseur et voir qui sont les personnes qui consultent ainsi que leur catégorie sociale. Procéder de la même façon pour les autres services de santé.

♦ Assister si possible à une séance de sensibilisation concernant la grossesse et l'allaitement (planning familial).

♦ Assister à un accouchement pratiqué par une matrone si l'occasion se présente.

♦ Observation et participation à la préparation des recettes des femmes enceintes et allaitantes.

♦ Dans un ménage, qui prépare les aliments des enfants, quand et comment ?

♦ Dans une famille qui se soucie le plus de l'enfant et de la femme enceinte ?

♦ Si l'occasion se présente, assister à une séance de vaccination et conscientisation par rapport à la prise de la vitamine A.

♦ Allaitement maternel : observer comment, quand et à quel endroit la mère allaite son enfant ?

♦ Utilisation de moustiquaires : voir l'existence, l'utilisation et l'emplacement.

♦ Relation mère-enfant : le moment réservé par la mère à son enfant.

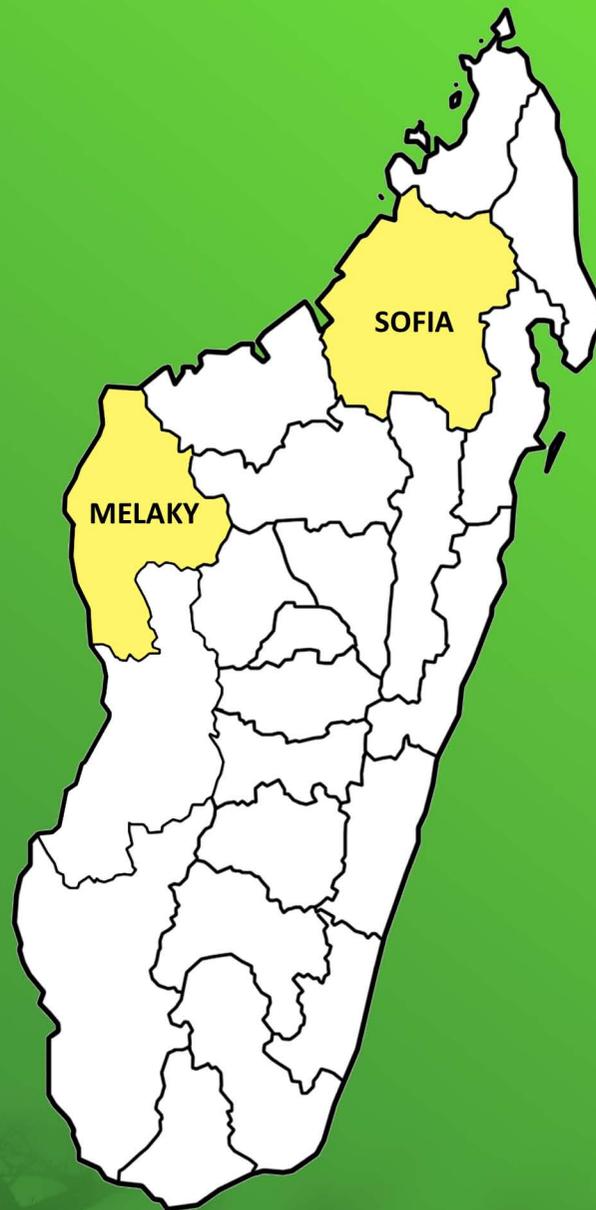
Annexe 4 : Cartes des sites d'étude

Figure 1 : Carte Ambatosia



Figure 2 : Carte Antoñibe





Cette publication a été rendue possible grâce à l'appui généreux du peuple américain à travers l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). JSI Research & Training Institute, Inc. est entièrement responsable de son contenu, qui n'exprime pas nécessairement les points de vue de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

