



COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé

district du Maroantsetra

Janvier 2010

Magali Bouchon



SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES MOTS MALGACHES ET TERMES UTILISEES	4
RESUME	6
CONTEXTE GENERAL ET METHODOLOGIE	8
A. Contexte Général	8
B. Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé dans les communes à risques du district de Maroa.....	9
C. Méthodologie	10
SANTÉ ET MALADIE DANS LA RÉGION DE MAROANTSETRA	12
I. Perceptions des CSB par la population et raisons du faible recours à ces établissements	12
II. Les représentations populaires des principales maladies et des acteurs de soin... 18	
1. Les représentations populaires des principales maladies.....	18
i. Perception de la gravité.....	18
ii. Listing et nosographie.....	19
iii. A propos des médicaments	23
2. Modes de prévention populaire et interdits.....	24
i. Quelques mots sur les modes de prévention populaires	24
ii. Les interdits ou Fady.....	25
III. Les différents acteurs de soins : représentations et pratiques	27
1. Les <i>ombiasy</i> (sorciers-guérisseurs) et les <i>mpanandro</i> (astrologues)	27
2. Les matrones	31
3. Les matrones-masseurs et les masseurs	33
4. Les chefs religieux	33
5. Les secouristes	35
6. Les épiciers	36
IV. Organisation communautaire: perceptions	37
1. La famille	37
2. Le carreau.....	37
3. La fihavanana.....	38
4. Les représentants.....	41
i. Le président.....	41
ii. Les tangalamena.....	42
iii. Le COSAN.....	42
iv. Les agents communautaires	43
v. Les instituteurs	44
vi. Ombiasy	44
vii. Chef religieux.....	44
viii. Associations de femmes.....	44
ix. Jeunes	44
5. Pratiques de solidarité existantes (traditionnelles, impulsées).....	45
6. Pratiques envisagées (plus perception de MDM)	46
i. Information : IEC/EPS.....	47

ii.	Améliorer l'accessibilité à des soins de base : travail autour des pirogues ..	47
iii.	Pharmacie communautaire ou formation des épiciers ?	47
iv.	Renforcer la surveillance ou le contrôle du CSB	48
CONCLUSION		49
ANNEXES		51
Annexe 1 : Termes de référence de la mission de l'anthropologue		51
Annexe 2 : Protocole d'enquête et guides d'entretien		53
Annexe 3 : Descriptif des villages		63
Annexe 4 : Bibliographie		66

Remerciements

Cette recherche à été rendue possible grâce à la participation de nombreuses personnes.

Tout d'abord grâce à toutes celles et ceux rencontrés dans les villages de Madagascar pour leur très grande hospitalité, et sans qui cette recherche n'aurait pas lieu d'être. Ils se sont prêtés avec bienveillance à nos questions, parfois sensibles, auxquelles ils ont toujours répondu sans réserve et avec une grande franchise. Merci à Thierry Gontier, coordinateur général de Médecin Du Monde à Antananarivo. Son ouverture au monde des sciences sociales, sa disponibilité et sa capacité à réfléchir sur la pertinence du projet ont permis à cette recherche d'aborder les préoccupations parfois non-dites des populations concernées par ce projet. Merci à Alban Bonnet Casson et Chloé Roger, coordonateurs de la mission, pour leur soutien, leur gentillesse et leur hospitalité.

Merci au docteur Zo Andriamahenina, pour ses éclairages pertinents et ses traductions et à Autric, interprète, qui s'est investi entièrement dans les entretiens avec la population et qui m'a aidé à recueillir les informations les plus pertinentes.

Merci au desk Afrique et plus spécialement à Bertrand Bréqueville ainsi qu'aux responsables associatifs qui portent le projet, Dominique Coyez et Emmanuelle Rachou.

Merci également à tout le personnel du district nous ont donné les autorisations et à tout le reste de l'équipe de Tana ainsi qu'à l'équipe de Maraontsetra pour l'organisation logistique.

COMMISSION EUROPÉENNE



Aide humanitaire

Enfin, un très grand merci au fond DIPECHO qui a financé cette étude et sans lequel ni cette étude ni le programme MDM à Madagascar n'auraient vu le jour.

GLOSSAIRE DES MOTS MALGACHES ET TERMES UTILISEES

Aretin-Kibo : maladie de ventre

Aretin-tsaina : maladie mentale

Aretinan-doha : maux de tête

COSAN/COGES : Comité de santé/gestion mis en place par le gouvernement au sein de chaque village (voir paragraphe IV. 4. iii.)

CSB : Centre de Santé de Base

Devoly : démon

DIPECHO : Disaster Preparedness ECHO(European Community Humanitarian aid Office), c'est le fonds du service d'aide humanitaire de la commission européenne qui est dédié spécifiquement à la préparation aux catastrophes

Fady : interdit liés à la coutume (voir paragraphe II. 2. ii.)

Famadihana : retournement des morts ou « deuxième enterrement ». Rituel important pour les malgaches. Il a traditionnellement lieu plusieurs années après la première inhumation (voir paragraphe III. 1.)

Fiandry : maladie de l'appareil urinaire

Fihavanana : répond à la définition de parenté, d'amitié, de bonnes relations. Cela désignerait la volonté de rester solidaires en toutes circonstances et de se prêter aide et assistance. (voir paragraphe IV. 3.)

Folaka : fracture

Fokontany : village

GRC : Gestion des Risques et des Catastrophes

IST/MST : Infection Sexuellement Transmissible/Maladie Sexuellement Transmissible

Kisosy : rougeole

MDM : Médecins du Monde

Mivadi-Kozatra : problèmes musculaires

Mpanandro : astrologues

Ombiasy : sorcier-guérisseur

ONN : Office National de Nutrition

PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ([voir le site de l'OMS](#))

RMA : Rapport mensuel d'activités (fait par le chef du CSB au district de santé)

Sahanko : allergies

Satra : toux :

SDSAS : Service de District de la Santé et des Affaires Sociales

Sery : rhume (« nez qui coule »):

Secaline : Sécurité Alimentaire et Nutrition Elargie. Projet étatique conçu pour réduire les taux existants de malnutrition chez les enfants âgés de moins de 3 ans, en vigueur depuis juillet 1993 à Madagascar

Tazo : fièvre

Tazomoka : paludisme

Tangalamena : personnes âgées et respectables (voir paragraphe IV. 4. ii.)

Tsy-miteraka : stérilité

RESUME

Contexte Général de l'étude

La côte Est de Madagascar est régulièrement balayée par des cyclones et depuis une vingtaine d'années MDM y effectue des interventions d'urgence notamment dans le district de Maroantsetra. MDM a débuté un programme de gestion des risques et des catastrophes (GRC) dans le district de Maroantsetra en Octobre 2008 financé par l'Union Européenne (DIPECHO). Une première phase prend fin en Mars 2010.

Lors d'une évaluation interne début Août 2009 il a été proposé de faire diverses études dont une analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé dans les communes à risques du district de Maroantsetra pour conforter la phase actuelle et préparer une nouvelle phase en 2010. En effet, dans le district de Maroantsetra les taux de fréquentation des structures de santé sont bas. Le renforcement du système de santé public dans le cadre de la GRC n'a donc qu'un impact limité pour la population qui ne fréquente guère ces structures sanitaires.

L'objectif de l'étude était donc d'analyser de manière précise l'organisation communautaire, les raisons de la faible fréquentation des CSB et de comprendre les perceptions de la maladie et les itinéraires thérapeutiques.

La méthodologie utilisée est une étude dans 5 villages basée sur l'entretien, l'observation et les focus group, avec une priorité laissée à l'entretien individuel en raison du caractère intime voire confidentiel des questions, ayant traités à la santé de la personne.

Résultats de l'étude

Les principales raisons évoquées par la population quant à la faible fréquentation du CSB/hôpital sont la piètre qualité des soins qu'ils disent y recevoir, le manque de personnel ainsi que la distance et le manque de transport. Ces problèmes se combinent pour dissuader les habitants d'utiliser les structures de santé: qui marcherait des heures pour recevoir des soins de piètre qualité dans un CSB où très souvent le soignant n'est même pas disponible/présent?

La faible fréquentation s'explique aussi par les parcours thérapeutiques et la perception des maladies. En effet, le traitement des maladies commence presque toujours par l'automédication à base de plantes et/ou de médicaments. Les médicaments sont le plus souvent achetés à l'épicerie à défaut d'une pharmacie dans le village.

Ensuite, si rien n'a fonctionné, les personnes vont s'orienter vers les spécialistes des soins : soignants traditionnels, CSB ou les hôpitaux selon la maladie, la proximité et l'efficacité perçue. Les *maladies de l'âme* (stress, troubles comportementaux, dépression, panique, délires, alcoolisme, drogue) par exemple ne se soignent pas par la médecine occidentale car elles sont clairement associées à la sorcellerie et à la religion. Dans ce cas les malgaches ont recours aux soignants traditionnels (ombiasy) ou aux représentants religieux (pasteurs) qui pratiquent des exorcismes. Les pasteurs désapprouvent le recours aux *ombiasy* si bien que ceux-ci consultent souvent de nuit. Les *ombiasy* peuvent également être consultés pour des problèmes sociaux puisque la vision holistique de la santé des Malgaches fait que l'on peut être atteint de maladie ayant pour origine un problème social.

Les matrones jouent également un rôle fondamental lors des accouchements du fait de l'éloignement et de la mauvaise qualité perçue des structures sanitaires même si elles sont souvent déconsidérées par le personnel soignant.

Les secouristes formés par MDM, peut-être parce que leur mise en place est récente, et les agents de santé communautaire ne sont par contre pas reconnus comme détenteurs de savoir,

Les comités de santé, structures officielles communautaires, sont le plus souvent non fonctionnels. Dans le meilleur des cas ils jouent un rôle d'instrument pour les pouvoirs publics (nettoyage des CSBs, préparation de campagne de vaccination...) mais ne jouent pas de rôle dans le parcours des soins ou de suivi contrôle des centres de santé.

Le savoir populaire sur la santé et la maladie fonctionne sans association de symptômes. Nous sommes dans le principe d'un symptôme = une maladie. La fièvre (*Tazo*) par exemple n'est pas perçue comme un symptôme mais comme une maladie à part entière. C'est pourquoi il y a une assez mauvaise connaissance de son étiologie. On comprend que des cas de méningite, paludisme, grippe ou encore infections diverses ne sont pas forcément perçues car il n'y a pas d'association de symptômes.

C'est pourtant avec la diarrhée (*Arétin-Kibo*) la maladie qui préoccupe le plus les populations puisque ce sont celles qui surviennent le plus fréquemment. Pour la diarrhée, le lien avec l'insalubrité de l'eau est relativement bien connu.

Concernant l'organisation communautaire, les différents niveaux d'organisation pertinents sont : la famille proche, le carreau (qui rassemble plusieurs familles) et enfin le village tout entier. Les présidents de village travaillent avec les chefs de carreau qui, surveillent les familles de leur carreau. La solidarité communautaire (*fiHAVANANA*) est très importante notamment lorsqu'une famille est en difficulté (décès par exemple) et a lieu principalement à l'échelon des carreaux, échelon qui semble être le lieu d'expression de la communauté.

Recommandations suite à cette étude

- Développer un volet de santé communautaire apparaît pertinent, pour améliorer la capacité des communautés à faire face aux catastrophes et à leurs conséquences sanitaires. C'est complémentaire des actions déjà entreprises pour renforcer les structures de base et du district

- Privilégier le renforcement des acteurs déjà reconnus par la communauté et les modes d'association existants.

- L'intervention au niveau du carreau est pertinente pour le volet santé communautaire et sans doute pour nombre d'activités de GRC (maillage du réseau de secouriste, microprojets de mitigation, composition des comités...)

- Faire un travail d'Education Pour la Santé pour améliorer les connaissances, autour de la fièvre et de la diarrhée pour aider les Malgaches à mieux comprendre leur cause, et à savoir comment réagir face à ces symptômes ou maladies.

- Réfléchir à une organisation pour disposer de pirogues d'urgence pour améliorer l'accès aux soins en cas d'urgence. C'est particulièrement important pour les villages isolés puisqu'il arrive que des malades décèdent faute d'avoir pu se rendre à temps aux structures de santé parce qu'il n'y avait pas de pirogue disponible.

- Travailler autour de l'accès à des médicaments sûrs et adaptés. Cela peut se faire en mettant en place des pharmacies communautaires et/ou en renforçant la formation des épiciers puisqu'il a été observé que c'est souvent auprès d'eux que la population se fournit en médicaments.

- Renforcer la surveillance ou le contrôle du CSB à partir des carreaux (en impliquant les chefs carreaux et présidents de village) puisqu'il s'agit là d'un niveau d'organisation traditionnel effectif et légitime auprès de la population, qui peut donc jouer ce rôle de surveillance et d'expression des besoins de la population.

CONTEXTE GENERAL ET METHODOLOGIE

A. Contexte Général

La côte Est de Madagascar est régulièrement balayée par des cyclones et depuis une vingtaine d'années MDM y effectue des interventions d'urgence. C'est particulièrement le cas dans le district de Maroantsetra au fond de la baie d'Antongil, et où les 7 communes situées au fond de la cuvette sont touchées non seulement par les dégâts liés au vent mais surtout par les inondations consécutives aux fortes précipitations accompagnant les systèmes cycloniques et les simples tempêtes tropicales.

Le district compte au total une population de 234 599 personnes desservies par 23 centres de santé de base et un hôpital de district. Dans les 7 communes à risques la population s'élève à 111 213 personnes réparties dans 47 fokontany présentant des caractéristiques d'exposition aux risques différents. 9 CSB sont situés dans ces communes à risques.

MDM a débuté un programme de gestion des Risques et des Catastrophes (GRC) dans le district de Maroantsetra en octobre 2008 financé par l'Union Européenne (DIPECHO). Une première phase prend fin en Mars 2010.

Ce programme a pour objectif de « Contribuer à la mise en place de mesures permettant la réduction des conséquences sanitaires des catastrophes naturelles (cyclones et inondations) sur les populations du district de Maroantsetra, Nord Est de Madagascar » et il comportait initialement 4 composantes :

- l'appui à la mise en place d'un système de surveillance épidémiologique sur l'ensemble du district
- le développement d'un système de traitement des malnutris sévères dans les centres de santé de base du district
- l'amélioration de la prise en charge des victimes avec la formation de secouristes dans chaque fokontany (village) des 7 communes à risques du district.
- L'émergence d'une dynamique communautaire autour de la GRC s'appuyant sur des actions de sensibilisation de la population, un soutien aux comités communaux nouvellement créés, et la mise en place de projets-pilotes dans 4 fokontany.

Les 2 premières composantes sont donc des renforcements du système de santé public, renforcements spécialisés correspondant aux 2 principales conséquences sanitaires des catastrophes, risques d'épidémie et de malnutrition. Ils sont alignés sur les politiques nationales et outils préconisés par les autorités (Min San et ONN).

Les deux autres composantes sont destinées à augmenter les capacités des communautés elles-mêmes à faire face aux situations de catastrophe.

Lors d'une évaluation interne début Août 2009 ont été proposées les activités complémentaires suivantes pour conforter la phase actuelle et préparer une nouvelle phase en 2010:

1. diagnostic du renforcement des CSB de Maroantsetra et développement de fiches mémos
2. développement de modules de formation des chefs CSB adaptés à la réalité des défis rencontrés sur le district de Maroa
3. étude quantitative détaillée de la situation sanitaire du district à partir des RMA des 5 dernières années
4. analyse qualitative de l'organisation communautaire et la santé dans les communes à risques du district de Maroantsetra
5. évaluation de la situation dans 4 districts sanitaires voisins (Antalaha, Sambava, Andapa, Vohémar)

B. Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé dans les communes à risques du district de Maroa

Les présents termes de référence correspondent à l'activité 4 présentée dans le contexte.

Problème:

Dans le district de Maroantsetra les taux de fréquentation des structures de santé sont bas (49 592 nouvelles consultations en 2007 soit 0,21 consultation par personne et par an) et comparables à ceux d'un pays en guerre. Le renforcement du système de santé public CSB SDSAS dans le cadre de la GRC n'a donc qu'un impact limité pour la population **qui ne fréquente guère ces structures sanitaires**. Il apparaissait toutefois comme un préalable au renforcement des capacités communautaires et d'un référencement aux structures sanitaires qui sont envisagés dans une nouvelle phase du programme à partir de 2010.

L'analyse des raisons de cette faible fréquentation n'a pas été faite. **Les centres de santé de base situés le plus souvent au chef lieu de la commune peuvent dans certains cas être très éloignés des fokontany (villages) voire des hameaux où vivent la population. Des alternatives existent, en particulier la médecine traditionnelle semble très répandue et une majorité des accouchements s'effectue sous la supervision d'accoucheuses traditionnelles.**

A l'échelon communautaire le système de santé n'a apparemment que des activités occasionnelles (campagne de vaccination avec la mise en place de stratégies avancées, semaine mère enfant...) ou des activités non coordonnées liées à des programmes verticaux (paludisme, tuberculose, VIH SIDA). Pendant la première phase du programme GRC, MDM a aussi facilité la formation dans chaque fokontany d'un secouriste Croix Rouge.

Madagascar a cependant une politique de santé communautaire sur le papier. L'organisation communautaire préconisée par le Ministère s'appuie sur des comités de santé COSAN, aux différents échelons administratifs, et des comités de gestion COGES liés aux formations sanitaires, voire la création de mutuelles. Si nos équipes ont pu croiser çà ou là de tels comités **des doutes existent sur leur caractère fonctionnel, leur capacité à assumer leur rôle ou leur dynamisme.**

MDM pour l'instant **ne dispose pas d'un descriptif précis de l'organisation au niveau communautaire de ces forces et faiblesses permettant d'élaborer une**

stratégie pour le renforcement des capacités communautaires en termes de promotion de la santé, prise en charge et référencement en particulier dans le cadre de la GRC. En revanche MDM dispose déjà d'éléments quantitatifs sur les attitudes de la population, en particulier au travers d'une enquête CAP (Connaissances, Activités, Pratique) réalisée au près de la population début 2009 et sur les données sanitaires du district au travers d'une analyse des Rapports Mensuels d'Activités issus des différentes structures sanitaires (voir activité 3 ci-dessus).

Objectifs de l'étude

Général

Contribuer à la préparation d'un éventuel programme de santé communautaire.

Spécifiques

1. Une enquête qualitative pour comprendre les raisons pour lesquelles la population fréquente peu les CSB :
 - perception des CSB (accueil, efficacité...)
 - difficultés d'accès (géographique, financière...)
 - problèmes rencontrés

2. une enquête qualitative sur les comportements de soins et les itinéraires thérapeutiques
 - perceptions de la santé et de la maladie (nosologie, étiologie, itinéraires thérapeutiques)
 - perceptions et recours aux différents acteurs de santé traditionnels

3. une enquête qualitative sur l'organisation communautaire :
 - l'efficacité des dispositifs de santé communautaires préconisés par la politique nationale (COSAN)
 - les niveaux de solidarité territoriaux (fokontany, carreaux, famille...)
 - les représentants légitimes des communautés

Pour plus de précision, vous pouvez consulter les termes de références de l'anthropologue en annexe 1.

C. Méthodologie

La méthodologie utilisée est une étude basée sur l'entretien, l'observation et les focus group, avec une priorité laissée à l'entretien individuel en raison du caractère intime voire confidentiel des questions, ayant trait à la santé de la personne.

Pour plus de précisions sur les villages, vous pouvez consulter l'annexe 3.

Pour plus de précisions sur le protocole d'enquête et les guides d'entretien, vous pouvez consulter l'annexe 2

Village V : 2 jours

Entretiens : le président, un pasteur, 2 tangalamena, un vice président carreau, un ombiasy

Focus group : président et ses présidents de carreaux (10 personnes).

Association de femmes (6 femmes), matrones (3 femmes), agents communautaires (2 femmes)

Observations : intérieur de plusieurs maisons, accès aux points d'eau (rivières, puits, ruisseau), stockage des médicaments à domicile, maison de l'ombiasy où il « consulte », contenu des épiceries.

Village A : 2 jours

Entretiens : président, le représentant de l'association sportive, une tangalamena, un jeune homme, un ombiasy, une dispensatrice, une matrone, l'infirmier CSB, la femme de ménage du CSB, un pasteur, une représentante de l'association de femmes, le secouriste, un membre du COSAN (un deuxième entretien avec le président)

Focus group : tangalamena (4 personnes)

Observations : consultation, locaux du CSB, domicile de la matrone où elle fait des accouchements, intérieur de l'ombiasy, pharmacie privée, épicerie.

Village M : 2 jours

Un **focus group** et une **observation** des locaux du centre de secours protestant pour les maladies mentales. Le focus group était composé de deux pasteurs, une secrétaire, un médecin bénévole, l'interprète et moi-même.

Village F : 2 jours

Entretiens : président, vice président, secouriste, présidente de l'association des femmes, de sécaline, deux tangalamena homme, une tangalamena femme, un ombiasy, une matrone, un prêtre, un représentant de l'association de secours

FG : présidents et ses vices présidents, directeur d'école et maîtres

Observations : les « restes » d'un rituel de retournement des morts, l'école, la maison sécaline, stockage des médicaments dans les maisons, l'épicerie.

Village N : 2 jours

Entretiens : président, représentante association de femmes, association religieuse, association de solidarité, 2 tangalamena (un homme et une femme), chef de carreau, l'institutrice, une jeune femme, une matrone/masseuse, un ombiasy, présidente sécaline, l'épicier, une membre du COSAN.

FG : « comité » de village (institutrice, représentation association de femmes, président et vice président, tangalamena), une famille (mari/femme, leurs enfants adultes)

Observations : accès à l'eau, salle de vidéo, école, maison sécaline, épicerie, quelques domiciles pour le stockage des médicaments.

SANTÉ ET MALADIE DANS LA RÉGION DE MAROANTSETRA

Au début des années 1994, en matière de santé, le gouvernement malgache s'est fixé comme objectif l'accès de la population à un service de santé de base de qualité. La stratégie choisie pour y parvenir comprend le développement du secteur privé parallèlement à une amélioration du service public.

Il s'agit notamment de réhabiliter les formations sanitaires de base dans le cadre des districts de santé.

Cette réforme est accompagnée du développement de la participation financière des populations aux coûts de la santé. Développer la participation financière de la population suppose la possibilité de la faire : la population malgache est-elle encline ou disposée à prendre en charge le coût de sa santé ?

I. Perceptions des CSB par la population et raisons du faible recours à ces établissements

Conforme à la culture du fihavanana, peu de critiques sont directement formulées à l'encontre du CSB. Néanmoins, aucune personne n'a fait mention des bienfaits de ce type d'établissement !

Listing et descriptif des principales raisons évoquées par la population quant à la faible fréquentation du CSB/hôpital sont :

- Le manque de personnel

Pour les fokontany qui ne souffrent pas de la distance, c'est l'Argument le plus cité.

« Les difficultés chez nous, c'est le nombre de personnel sanitaire qui est insuffisant. Ce jour même, on a emporté un malade mais le responsable n'est pas là. Il faudrait un remplaçant. En plus ce n'est pas un docteur. » *Un tangalamena.*

Pour les personnes les plus virulentes, on peut entendre : « le responsable du CSB, il faudrait plutôt l'appeler « l'irresponsable »...président de Village V

« On n'y va pas, parce que le docteur n'est jamais là »

« Avant l'hôpital fonctionnait normalement, maintenant ça a beaucoup changé » une *tangalamena*

« On a besoin d'un docteur, lui il ne fait pas son travail » Président de village A

« L'infirmier habite à Village M, donc il n'y pas de service la nuit, il ne faut pas tomber malade ! » une femme

« Nous on préfère aller à l'hôpital, même si c'est plus loin et plus cher, **au moins on se déplace pour quelque chose** ». Un homme

A Village V, beaucoup de personnes sont convaincues que ce n'est pas d'un nouveau centre de soin dont ils ont besoin mais de gens responsables et compétents : « Le responsable néglige son service car il s'intéresse à la politique ».

« Il faut améliorer le règlement intérieur, il faut qu'on surveille. » Président

- La distance, manque de transport

Remarque : cet argument est surtout valable si on le couple au premier : si les personnes étaient certaines de trouver quelqu'un à leur arrivée, la distance deviendrait un problème moindre pour certains villages (Village V par exemple).

Néanmoins pour les villages isolés, cet argument est incontestable.

« Le principal problème c'est que c'est loin et difficile pour y aller. Si on part à 7h, avec de la chance on arrive à 12h. **Donc si c'est urgent, c'est trop tard.** » Une institutrice de Village N.

« C'est le cas pour L. dans la nuit, elle s'est mise à vomir, elle avait très mal. On s'est relayé avec les voisins pour la veiller. Elle avait une grossesse extra-utérine. On ne connaissait pas l'existence de cette maladie, à 7h du matin on a décidé de l'amener jusqu'au bord et là on attendu des heures une pirogue. Quand on est arrivé là-bas le docteur nous a demandé pourquoi on avait attendu si longtemps pour l'emmenner, mais ce n'était pas de notre faute, vu que le chemin est difficile on ne pouvait pas le faire de nuit. » Une matrone.

« Quand on est malade, on prend des plantes, et on **attend l'arrivée d'un vendeur ambulant**. Sinon on recourt à l'hôpital mais il n'y a pas de pirogues, souvent on reste coincé, on ne peut rien faire. Il y a trois personnes qui sont mortes comme ça. Une femme, le placenta ne sortait pas, la matrone a dit de l'emmenner à l'hôpital. Alors on l'a emmené sur le chemin, tout le village était là pour se relayer pour le brancard. Mais **elle est morte en attendant la pirogue.** » Président de Village N

Effet pervers : le trajet étant loin et périlleux, les habitants de Village N ont peur que les malades décèdent sur le chemin. Alors « quand ça risque, il vaut mieux rester ici » Le président. **Pour se rendre à l'hôpital, il faut que l'automédication n'ait pas suffi mais aussi que le malade soit perché comme encore mobile.**

Ainsi, pour Village N, il faut entre 4h et 8h pour aller à l'hôpital, en fonction des disponibilités des pirogues. Le problème de pirogue altère la solidarité, car lorsque tout le village se déplace pour accompagner le malade, il n'y a pas assez de pirogues pour continuer l'accompagnement, comme le nécessitent les liens du Fihavanana (voir le chapitre plus bas).

- Utilité/efficacité

La **compétence** du docteur est aussi évoquée, parfois à mot couvert, parfois très clairement pour justifier le fait de ne pas y aller :

« En cas de maladies graves, ils ne savent pas là bas. » Un habitant de village A

« Je ne vais pas là-bas, il n'est pas compétent, malgré son diplôme d'état » Un *tangalamena* de Village V.

« Il y a des maladies que le CSB ne peut pas soigner : l'accouchement et les blessures graves ». Le président de village A.

« Il y a des maladies que tu ne peux pas soigner à l'hôpital, les maladies extra-organiques, les mauvais sorts, les diables¹. » président.

Par rapport à l'accouchement :

Si le discours officiel est de dire que le docteur est plus compétent « car il a fait des études », lors de discussions plus approfondies, on s'aperçoit que dans les faits, cela ne se passe pas comme ça.

Ainsi les femmes préfèrent aller voir les matrones quand « les choses ne sont pas normales » (« enfant qui risque de glisser », ou « enfant mal placé »).

Là aussi, l'utilité d'aller accoucher au CSB est remise en question :

« Les femmes préfèrent accoucher avec nous, parce que le docteur lui, il attend que l'enfant soit né, ça ne sert à rien, sauf pour signer les papiers, il ne fait rien, alors que nous on voit les femmes avant, on masse le dos s'il y a des douleurs. Et puis très souvent, ce ne sont pas des docteurs ni même des sages-femmes hein ? ». Matrone de village A

Une autre femme de village A confirmera les propos de la matrone en disant qu' « au CSB, le docteur ne vient qu'une fois le travail terminé, pour signer les papiers, et c'est la matrone qui accompagne qui fait tout le travail, alors **autant rester chez soi** ».

C'est le même constat pour l'hôpital de Maroantsetra :

« À l'hôpital, il y a des sages-femmes qui ne se sentent pas du tout responsables, qui négligent leur fonction. En plus elles n'aiment pas les matrones, elles sont furieuses quand on les amène, les matrones ont peur d'elles car elles sont violentes avec elles. Moi j'aurai pourtant aimé que ma matrone m'accompagne car vu la distance, c'est nécessaire en cas d'urgence, si jamais j'accouche sur le trajet. Les sages-femmes ne viennent que quand le bébé sort, elles n'aident pas, on n'y va juste si on a peur d'être opérée, et là la sage femme elle sert juste à appeler le chirurgien. » Une femme de Village N.

« On envoie les femmes quand l'accouchement est grave, mais les sages-femmes ne veulent pas nous voir, alors là-bas la femme doit se débrouiller toute seule pour accoucher, la sage-femme n'aide pas. Nous on se cache, on attend que la sage-femme ne regarde pas, et on aide la femme. » Une matrone de Village N

- Le problème de l'argent est évoqué pour l'hôpital et même le CSB

Là aussi, il faut considérer ce paramètre en fonction des autres : les personnes seraient peut être prêtes à dépenser de l'argent pour leur santé, si elles considéraient qu'un secours de qualité pourra être apporté, ce qui n'est pas toujours le cas.

« Les médicaments coûtent cher, alors que le principal problème c'est l'argent. Ça peut atteindre 10 000 A, alors que les médicaments traditionnels c'est gratuit ou alors c'est 100/200 A. » un ombiasy.

¹ L'interprétation surnaturelle sera développée plus loin.

« Quand tu es malade, c'est brusquement, et tu n'as pas assez d'argent de côté pour payer les médicaments de l'hôpital. Et sans médicaments l'hôpital ça ne marche pas. Alors que le sorcier c'est 200 A. L'hôpital, entre le loyer et les médicaments, c'est 20 000 A. » Un chef de ménage.
« ca ne sert à rien d'aller à Maroantsetra si tu n'as pas d'argent. Alors, on a deux guérisseurs, on fait le traitement ici, des massages, et si cela ne marche pas, alors là on décide d'aller à l'hôpital quand même. » Une institutrice
« Les gens ne vont plus à l'hôpital car les prix des médicaments augmentent. On n'a pas assez d'argent pour ça. » Un président
« Quand on va là-bas, il faut payer le loyer, c'est ça qui est difficile. » un président.
« Moi je ne vais jamais à l'hôpital, la visite c'est 3000 A. Du coup on fait avec les plantes, les voisins, la famille ou le conjoint peut te préparer si tu as besoin ». Un secouriste.

Plusieurs entretiens signalent **le refus de soins** si la personne n'a pas d'argent dans les hôpitaux, et donc la non-utilisation du fond d'indigence : « si tu n'as pas d'argent le docteur il s'en fout. Parfois on nous demande même de sortir de l'hôpital. Je connais quelqu'un qui a dû vendre ses terres et la communauté aussi a payé pour son opération. La consultation c'est 5000A, ils demandent tout de suite l'argent avant même de te regarder. Si c'est une très grosse urgence ils te prennent quand même mais ils gardent ta carte d'identité et te la rendent qu'une fois que tu as pu payer. C'est comme ça que tu es amené à vendre tout. Le problème d'aller au CSB, c'est que c'est aussi loin mais qu'il n'y a pas souvent quelqu'un et toi tu as mis très longtemps pour venir. Donc si on a de l'argent on va à l'hôpital. » Une représentante de l'association de femmes.

- La négligence et les problèmes d'éthique médicale

C'est un problème majeur, jamais évoqué en premier mais renforçant fortement les difficultés dues à la distance ou au coût.

A Village A, l'infirmier s'est mis d'accord avec les matrones pour qu'elles puissent être payées lorsqu'elles font un accouchement : si les femmes ne payent pas, elles ne pourront pas faire vacciner leurs enfants...

A village A : « le docteur, il néglige, il a de la paresse, alors que toi tu as fait 4 heures de transport pour le voir ».

« Le docteur néglige, on attend longtemps même si on est gravement malade, c'est pourquoi les gens refusent d'aller là-bas et vont à Maroantsetra. » présidente Sécaline.

« Les gens ont peur d'aller à l'hôpital. Ils sont analphabètes et ils ont honte. Parfois ils ont même peur de parler avec moi, ils sont complexés. » Un directeur d'école.

Récit d'une observation du CSB de village A

Une femme d'une trentaine d'année arrive sur un brancard avec une forte fièvre, des tremblements, et une perte de conscience.

L'infirmier décide de s'en occuper au bout de 10 minutes (sans être occupé à autre chose). Il la reçoit par ces termes « grabataire ! ».

Les accompagnateurs la portent sur un lit. Il prend sa température (sans désinfection du thermomètre) de manière assez négligente (la femme tremble, et est très chaude, mais le thermomètre mis négligemment indique qu'il n'y a pas de température). Il prend sa tension, déclare qu'elle est basse. Enfin, il pose son diagnostic : « asthénie ». Il lui donnera en goutte à goutte du sérum, avec vitamine C, B12, calcium et quinine. Les tests rapides pour le paludisme ne seront pas utilisés. Il ne retournera pas la voir.

L'infirmier me présentera un pasteur, comme « responsable des maladies mentales dans le district, épilepsie tout ça ». Ce sont les accompagnateurs (environ 50 personnes, du carreau) qui l'ont appelé. Il fera une prière et vérifiera qu'il ne s'agit pas d'un *devoly* (démon) : « quand c'est le *devoly*, il y a des gestes qui ne sont pas normaux » le pasteur.

Sortant de cette première consultation « urgente », il en profite pour dire très fort aux femmes qui attendent « qu'aujourd'hui il n'y aura pas de consultation prénatale et que ce n'est pas la peine de venir pour la planification ».

Dans la salle d'attente, je compte 13 personnes, il est 09h45. Les consultations se termineront à 12h. 4 personnes seront passées, les autres rentreront chez elles, le CSB fermera l'après-midi car « j'ai une réunion à Maroantsetra » dit l'infirmier.

Pas d'examen clinique lors des consultations, l'infirmier ne touchera jamais un malade. Il demande à une vieille femme qui se plaint du dos de se déshabiller mais il ne l'auscultera pas, il regarde de loin et lui demande de se rhabiller.

Les consultations sont toujours très courtes, les patients parlent peu, ne sont pas interrogés. Il s'absente très régulièrement au milieu de la consultation (« *je suis allé chez moi chercher de l'eau* » « *je vais chez moi à la douche* ») pendant 15-20 minutes, personne n'a changé de place et tout le monde attend patiemment.

Les ampoules en verres sont cassées et jetées par la fenêtre. C'est la femme de ménage qui fait les préparations des seringues et les injections intramusculaires. Les ampoules une fois ouvertes sont conservées et une ampoule peut servir à plusieurs malades.

Une autre raison sera évoquée dans le non recours : le **problème d'adaptation** des recommandations aux réalités matérielles, contextuelles des personnes. Le discours reste théorique, pas de recherche de solutions intermédiaires. La femme du président de village A souffre d'une plaie infectée. Elle est allée au CSB mais l'infirmier lui aurait alors interdit d'aller dans les rizières : « je n'y vais plus, car il me dira que je suis allée dans la rizière, mais est-ce que j'ai le choix ? Il ne comprend pas ça, je suis obligée sinon qui va y aller ? ».

De plus mauvaise communication entre les soignants et les malades. Très souvent les personnes se font prescrire des injections sans savoir pour quelles maladies ils sont traités. Il n'y a pas de dialogue ou de partage de savoir. Une tangalamena rencontrée à Village N s'est vu faire une première injection au centre, puis elle est repartie avec 4 autres injections à faire chez elle. Elle ne sait pas à qui s'adresser pour faire ces injections intramusculaires, elle ira chez la matrone. Elle pense qu'elle a une maladie « des nerfs » mais ne sait pas exactement.

Cette mauvaise communication renforce les incompréhensions et les mauvaises interprétations des symptômes, donc le mauvais recours au service de santé approprié.

II. Les représentations populaires des principales maladies et des acteurs de soin

1. Les représentations populaires des principales maladies

Introduction :

De manière générale, le traitement des maladies commence presque toujours par l'automédication. Mais dans l'automédication, les pratiques peuvent diverger en fonction :

- des maladies : pour certaines maladies, comme *aretin tsaina*, on va directement chez le pasteur ou le sorcier
- des personnes : paramètres d'âge, sexe, niveau d'éducation et économique

L'automédication commence avec le traitement traditionnel (feuilles ou écorces) ou pour des villages bénéficiant de pharmacie privée ou communautaire d'un traitement allopathique, « les médicaments de *vazaha* ». Souvent, on s'arrête à cette étape.

Si aggravation, le jour même ou le lendemain, les personnes qui ont commencé le traitement par feuilles passent à l'allopathie, celles qui ont pris des médicaments de *vazaha* passent aux feuilles.

Cette étape consiste donc à changer de médicaments en automédication : cela peut consister à changer de marques ou de boîtes pour les médicaments allopathiques, ou changer de plantes pour les médicaments traditionnels.

Enfin, au bout de trois jours en moyenne et si rien n'a fonctionné, les personnes vont s'orienter vers les spécialistes des soins : soignants traditionnels, CSB ou les hôpitaux (là encore les variations s'expliquent suivant plusieurs paramètres : perception étiologique, disponibilité, argent, proximité ...). La réaction est d'aller au plus près et au plus efficace. On mesure le rapport à l'investissement, de temps ou d'argent.

Il faut savoir que le traitement chez le sorcier ou guérisseur s'il ne précède pas, va très souvent accompagner ou suivre les traitements de la médecine occidentale.

Pour les villages très isolés, l'hôpital peut devenir le dernier recours, celui où on a tout essayé:

« Lors d'une urgence, la famille peut décider de ne rien faire et le président et les tangalamena ne peuvent pas imposer d'aller à l'hôpital. Il faut dire parfois que l'on ne sait pas pourquoi il est malade ni ce qu'on doit faire et si c'est mieux de se déplacer quand on sait que le malade peut décéder dans le trajet. Des familles ne sont pas habituées à se déplacer alors elles restent, on comprend ça » Un tangalamena

i. Perception de la gravité

Les maladies systématiquement citées sont :

- *Tazo*

- *Aretin-kibo*

Ensuite, viennent moins systématiquement :

- *satra*
- *aretin-doha*
- *sery*

Enfin, lors de conversation plus spécifiques, ont été citées par plusieurs interlocuteurs:

- *Mivadi-Kozatra*
- *aretin-tsaina*
- *fiandry*

Sans aucun doute, Tazo et Aretin-Kibo sont les maladies qui préoccupent le plus les personnes.

ii. Listing et nosographie

Fièvre : *Tazo* et Paludisme : *Tazomoka*

Remarque : La plupart du temps les personnes utilisent le mot *Tazo*, même pour parler de paludisme. Pourtant, nous avons entendu *Tazomoca* une fois, ce qui signifie que la différence lexicale existe. Seulement, elle n'est pratiquement jamais utilisée.

La nosologie montre que la fièvre n'est pas perçue comme un symptôme mais comme une maladie à part entière. **Important** : On nomme le symptôme, la fièvre, comme une maladie, même pour des fièvres consécutives d'une infection ou d'un paludisme. Il n'y a pas d'associations de symptômes. Nous sommes dans le principe **d'un symptôme = une maladie**.

« Le Tazo est une maladie. Quand la maladie s'aggrave, il y a deux autres maladies qui arrivent aussi, les maladies de dos et les maux de tête. » On comprend que des cas de méningite, paludisme, grippe ou encore infections diverses ne sont pas forcément perçues car il n'y a pas d'association de symptômes.

Ainsi, peu de personnes ont cité la fièvre comme conséquence d'une pathologie. Quand c'est le cas, elle est associée à une interprétation surnaturelle, telle un ensorcellement ou une possession.

C'est pourquoi il y a une assez mauvaise connaissance de son étiologie. Beaucoup ont cité comme cause de la fièvre la chaleur ambiante, dans un principe d'analogie « le tazo, c'est lorsque la température extérieure est très forte ». Certaines personnes parlent des moustiques comme cause de la fièvre, employant *Tazo* dans ces cas là pour dire paludisme, même s'il existe un autre mot spécifique. Quelques symptômes et étiologies populaires :

« Les enfants, quand ils jouent dans de l'eau non propre sont attaqués par le tazo » un tangalamena

« Lorsque le nez est chaud, tu sais que tu as du tazo » Un tangalamena.

« Tazo quand tu as des plaies à la bouche » une femme

« Le tazo vient à cause de la chaleur et du vent de l'Est » Un tangalamena.

« Le tazo c'est à cause des saletés de la peau » Un agent communautaire.

« Le tazo, c'est une maladie qui pousse à l'intérieur du corps » Un ombiasy.

« Le *tazo*, c'est un problème au niveau des os » Une matrone.

Plusieurs fois, l'eau non potable a été citée comme raison du *tazo*, sans pour autant faire de lien avec une diarrhée grave.

Exemple d'un itinéraire thérapeutique pour une urgence liée au *tazo* :

Arrivée au CSBII de village A d'une femme avec forte fièvre, tremblements, perte de conscience, sur brancard. 50 personnes environ accompagnent (fihavanana, mais je pense au carreau).

Une femme raconte : « Hier elle était encore à une fête avec sa famille. Elle avait un peu de *tazo* et *aretinan-doha*. Pendant la nuit, rien de grave ne s'est produit. Le matin, la maladie s'est aggravée brusquement. Elle a voulu sortir de sa maison, puis tout à coup sa tête a tourné, elle perdu conscience et finalement, elle est tombée de la véranda. » Les familles se sont réunies en urgence pour réfléchir au recours à l'hôpital, avec une inquiétude sur la présence éventuelle du docteur à Village A. **On voit ici que le recours est déterminé par l'intégration des absences de l'infirmier.** « Malgré tout, on se préparait à l'emmener à Maroantsetra. Heureusement, au moment où on se préparait, le docteur est passé à moto pour rejoindre son poste, on a pris la décision de l'emmener à Village A. » « Puisque c'est une urgence on n'a pas encore pu l'amener chez le guérisseur ou ailleurs. On va déjà à l'hôpital, mais on a besoin d'un guérisseur pour soigner son muscle écrasé par le choc de la chute. C'est pour cette raison qu'il y a la matrone, qui va lui faire un massage. »

Il est important de remarquer que **dans l'urgence, la décision est prise à plusieurs.** Quand la santé est gérée financièrement par tous (solidarité), la décision appartient à tout le monde, pas seulement au malade et à sa famille.

Si le recours au CSB fut préféré, un pasteur est venu contrôler si sa maladie n'est pas démoniaque et faire une prière.

On comprend que toutes les possibilités sont envisagées et que lorsque c'est possible, on recherche un secours multiple et simultané.

Maux de tête : *aretinan-doha*

Est très souvent associé à *Tazo*. « *Aretinan-doha* arrive en même temps que le *tazo*. Quand on a le *tazo*, on a aussi mal à la tête. »

Maladies de ventre : *Arétin-Kibo*

Ce terme est employé surtout pour désigner la diarrhée (sans distinction de gravité) mais aussi toutes les douleurs liées au ventre : « les problèmes à l'intérieur du ventre », problèmes intestinaux, stomacaux « maladie de l'estomac », voire gynécologiques « les hémorragies des femmes ».

Il y a une assez bonne connaissance du lien entre eau et diarrhée. Par contre la fièvre ou *Tazo*, est rarement associé à la diarrhée, ce serait une maladie supplémentaire et non un symptôme d'une diarrhée grave.

Quelques étiologies :

« Diarrhée, c'est les fruits pas mûrs, la saleté de l'eau, l'eau non couverte et le fait qu'on n'utilise pas les WC » Un agent communautaire.

« La diarrhée, c'est le manque d'hygiène, de propreté du village, de la cour, de la douche » Une femme

« C'est la pollution » un président

« L'air n'est pas propre, les déchets sont partout et après on les respire » Une femme

« La diarrhée, c'est la maladie de la rate, c'est à cause de la rate qui pousse dans le ventre » Un ombiasy.

L'itinéraire est pratiquement le même partout : on commence par les médicaments traditionnels, les médicaments allopathiques s'ils sont disponibles, et après 3 jours on va à l'hôpital.

« On prépare une décoction à partir d'une écorce de l'arbre *hazondahy*. Cette même écorce peut soigner les douleurs de dos. » Tangalamena

« Il y a un homme qui était malade. On boit l'eau du ruisseau, il ne faut pas mais on n'a pas le choix. L'homme était malade le matin vers 07h, on lui a dit de prendre des plantes. Ca a été mieux, mais vers 18h, ça a recommencé. Normalement on prend des plantes et seulement après on va à l'hôpital après 3 jours, c'est quand même loin. A 00h, il était très mal, on a décidé de l'emmener à l'hôpital. Il a voulu sortir et près de sa douche, il est tombé, il est mort. Il a souffert pendant 2 jours, il en a parlé à sa femme et à ses enfants tard, et on a attendu. » Un président Village N

Représentations autour de l'eau potable :

« Eau transporte les déchets de la montagne ». « Lorsque la pluie tombe dans l'eau, ce n'est pas bon car elle fonce » : **importance de la couleur de l'eau pour évaluer sa dangerosité.** Ils la décantent avec un seau.

A signaler : évocation de pratiques d'avortement que la population appelle commodément « hémorragies ».

« Les femmes sont malades parce qu'elles font beaucoup de choses comme la contraception ou l'avortement. Elles font ça elles-mêmes et elles se cachent. Pour la contraception le mari il n'est pas au courant, et après ça provoque des grossesses extra utérines. Et après c'est l'opération chirurgicale, ça coûte cher ! L'avortement ça se transforme en maladies graves, puis en mort car ce n'est pas bien fait. » Un tangalamena.

« Les hémorragies des femmes sont souvent dues à cause d'une mauvaise matrone. » Matrone

Mauvaises perceptions des hommes et des vieilles femmes de la contraception, qui serait responsables de multiples maux :

« J'ai fait accoucher une femme hier nuit, mais ça a été dur, le placenta ne voulait pas sortir, c'est à cause de la contraception, elle a pris des médicaments vasaha pour la contraception et ça donne des maladies. »

Toux : *satra*

Rhume (« nez qui coule »): *sery*

A noter que les personnes dissocient *sery* et *satra*, comme étant deux maladies différentes et non comme des symptômes pouvant être associés.

Maladies mentales : *aretin-tsaina*

Remarque : *Tsaina* voulant dire âme, ce sont donc des *maladies de l'âme*, qui, nous le verrons, ne se soignent pas par la médecine de *vazaha* car elles sont clairement associées à la sorcellerie et à la religion. Correspond à : stress, troubles comportementaux, dépression, panique, délires, crises de nerfs, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, asthénie, fièvres avec tremblements/convulsions...

« C'est à cause des nombreux problèmes dans la tête, des problèmes mentaux surtout pendant la saison froide. Si ça se produit, on va chercher *l'ombiasy* ou le chef religieux ».

« Tu sais que tu as un esprit qui veut s'installer quand tu as des problèmes mentaux, parfois tu perds conscience, tu es demi-mort, tu peux avoir de la panique, te perdre dans la forêt. » un président.

Hypertension

« Causée par le cerveau, lorsque l'on a beaucoup de choses en tête, beaucoup de problème, ça crée des problèmes cervicaux. » Un président

Le « demi-mort »

« La personne est allongée mais elle n'est pas encore morte ». Il semblerait que cela corresponde aux évanouissements, perte de conscience. « Le demi-mort, c'est quand on est choqué aux points vitaux. ».

Se soigne par les massages.

Fracture : *folaka*

Problèmes musculaires : *Mivadi-Kozatra*

En français, l'interprète parle de « déstabilisation des muscles », c'est-à-dire quand les muscles se déplacent... Très difficile de trouver une équivalence à ce mot.

Ces « problèmes musculaires » sont très souvent cités et mis en relation avec le dos. Il est probable que ce problème corresponde à la dureté du travail dans les champs : « c'est à cause de la fatigue générale ».

Ils ont des spécialistes : les masseurs qui peuvent être des *Ombiasy* ou des matrones.

« Je prends de l'huile, je cherche l'endroit « malade » et je commence à faire le massage. Cela peut se soigner en plusieurs fois, il faut parfois revenir » une matrone.

« Je prends le nerf au niveau du poignet, et je le remonte jusqu'à l'épaule » un *ombiasy*.

« On prend une feuille de bananier et on s'endort dessus. Sinon on fait un massage. » Un homme.

Mais les douleurs musculaires sont parfois citées pour parler d'autres maladies sans pour autant les associer: « une personne est morte, ça a commencé par la nuque, puis tout le dos. Cet homme là, il avait mal au dos, on ne pouvait pas le porter, il était courbé, et il avait très chaud. En 4 jours il était mort ! » Président. Méningite ? Neuropaludisme ?

« Il y a des maladies de muscles, on souffre, on ne peut pas se mettre debout, mon fils jusqu'ici il souffre. Ça fait longtemps et ça touche beaucoup de gens, on n'arrive pas à se mettre debout. La maladie arrive brusquement, ça prend sur les cuisses et dans le dos. Je ne sais pas d'où ça sort,

mais ça ne vient pas d'un choc. On a essayé d'acheter des médicaments du paracétamol et de la nivaquine, et faire des massages mais ça revient après ». Un tangalamena

Maladies de l'appareil urinaire : *fiandry*

Là encore, très difficile de trouver une correspondance, cette nosologie n'existe qu'en malgache.

« Quand on mange trop de sucre, l'urine devient jaune ». « Là il faut prendre des feuilles ou des antibiotiques ». Pour cette maladie, c'est la racine de *vantsirokon'anima*, à faire en décoction. Cette racine soigne aussi la fièvre. Remarque : il est probable que cette racine soit prise pour toute sorte de fièvre parce qu'elle a une efficacité pour des infections urinaires accompagnée de fièvre. Si la racine soigne l'infection, elle diminue la fièvre. Par empirisme, les personnes la prennent alors pour les autres fièvres, même si elles ne sont pas associées aux infections.

« Les enfants mangent trop de sucre, ça leur donne de la diarrhée et de la fièvre »

D'autre part, les IST/MST, telle que la chaude pisse, ont été évoqué à mots couverts.

Rougeole : *kisosy*

La rougeole est « provoquée par les piqûres de moustiques ou de plantes urticantes » : là ce sont les conséquences qui orientent l'interprétation, le rouge de la peau après avoir gratté.

Stérilité : *Tsy-miteraka*

C'est-à-dire « qui ne peut naître ». L'interprète parle de « ventre stérile ».

Allergies : *sahanko*

Les allergies sont perçues comme une conséquence d'un dérèglement physique.

On m'a expliqué aussi que les fady sont responsables des allergies (« peau sèche, morte » « comme un caméléon »)

Enfin, d'autres problèmes ont été déclarés : **hypertension** (désignée pour parler du stress), **problèmes de peau, de dents, des yeux, oreilles et problèmes respiratoires** (asthme ?) : « on ne respire plus normalement, on n'arrive pas à grimper une montagne. »

A Village N, on m'a beaucoup parlé de « **grossesse extra-utérine** » en décrivant tout un tas de symptômes. Il faut comprendre aussi que récemment dans l'histoire du village, une femme a souffert de maux violents de ventre, et s'est rendue avec le village (voir fihavanana) à l'hôpital en urgence. Le manque de communication et le manque de personnel qualifié pour la recevoir les auraient conduits à évoquer le diagnostic de grossesse extra-utérine sans que la preuve soit vraiment faite de cette pathologie. Par empirisme, les maux de ventre violents des femmes ont ainsi pris cette dénomination, avec des étiologies très diverses : « c'est à cause de l'alimentation, on ne mange pas bien, les aliments se placent à la place du fœtus et le fœtus doit bouger et se mettre à l'extérieur. »

« C'est à cause des médicaments pour la contraception ».

iii. [A propos des médicaments](#)

Médicaments traditionnels : « médicaments de gasy »

« Les gens font des traitements traditionnels pour le mal de ventre, ils prennent des plantes médicinales. Ça fait longtemps que l'on connaît ça ici, c'est les ancêtres, les gens, la plupart savent déjà et font ça avant d'aller à l'hôpital. On prend une écorce de bois, en décoction, il y a une dose précise à prendre. » Un ombiasy.

Les médicaments traditionnels sont toujours essayés avant d'aller à l'hôpital pour la fièvre, toux et diarrhée. Ils sont souvent gratuits puisque chacun va les cueillir. On peut aussi les acheter chez des guérisseurs, mais ce n'est pas très cher : « Les médicaments, c'est dans la forêt qu'on les trouve, on ne les cultive pas, ce n'est pas la peine, ça pousse partout, on ne trouve pas de difficultés à les trouver ».

Diarrhées : *vololom-paotatra*, *lavin-trotrobato*, *raisivalo* (peut être mélangé dans du miel)

Tazo : *Ravina kinindrano* ou *fanvatavokoho*, en décoction ou inhalation.

Maux de tête: feuille de l'orange sauvage

Traitement traditionnel pour les maux de dents : on prend la colle d'une plante que l'on brûle, ça produit une pâte que l'on met sur du coton pour en enduire la dent souffrante.

A signaler que les personnes sont souvent réticentes à parler au départ des médicaments traditionnels car à l'hôpital les soignants leur interdisent ces pratiques.

Les médicaments allopathiques les plus utilisés/achetés : « médicaments de vasaha »

Paracétamol, nivaquine, chloroquine, métronidazole.

Les gens vont au plus près de chez eux pour acheter les médicaments. Ainsi à Village A, où il y a une pharmacie privée et un CSB, les gens plus près d'une épicerie achètent leurs médicaments dans cette épicerie.

« Le problème, c'est que les gens à qui on vend, ils oublient facilement la posologie, et après ils font des rumeurs, disent que ça ne marche pas, ils vont chercher des médicaments ailleurs, à l'épicerie. » Une dispensatrice à Village A

Perception que la nivaquine soigne tout : on la donne préventivement aux enfants, « *Pour bien faire grandir son enfant, il faut donner de la nivaquine une fois par semaine* », les adultes la prennent pour des fièvres, pour des maux de tête, pour des douleurs musculaires...

Pour les villages loin, ne disposant pas de pharmacie :

Grosse demande de pharmacie communautaire :

« Le problème des épiciers, c'est qu'ils n'ont pas souvent de stock » une femme

« Parfois on prend des comprimés s'il y a un visiteur qui nous en donne, qui nous renseigne et nous explique ce qu'il faut prendre et comment, on se renseigne entre nous. » président

2. Modes de prévention populaire et interdits

i. Quelques mots sur les modes de prévention populaires

L'usage de la moustiquaire est assez répandu mais pour la plupart des maisons visitées, nous constatons la présence d'une seule moustiquaire, mise pour le lit des parents, et pas de moustiquaires pour les enfants. Des personnes expliqueront que ces moustiquaires

viennent souvent de dons d'associations, et que ces associations n'en prévoient qu'une par ménage. La moustiquaire est donc en priorité utilisée par les parents. **A réfléchir sur la vulnérabilité.**

NB : concept de vulnérabilité n'est pas traduisible (ou problème de l'interprète ?) car il n'est jamais compris lors des entretiens.

ii. Les interdits ou Fady

Le fady est lié au culte des ancêtres, ou razana, ce sont des tabous et interdits locaux, propre à chaque famille. Ils doivent être respectés car ils sont destinés à apaiser les ancêtres. Les cyclones ou les maladies ont donc souvent pour cause un ancêtre offensé par la transgression d'un fady ou le non respect d'une fomba (tradition) : « les maladies sont parfois déclenchées quand le défunt n'est pas retourné ».

Avant le forage d'un puits MEDAIR, l'ombiasy est venu poser des verres de betsa-betsa pour les ancêtres.

Ils trouvent leurs origines dans l'histoire du village auquel il se rapporte : si un fady interdit à une famille de cultiver sa terre le mardi, on peut penser qu'il est arrivé malheur le mardi à quelqu'un qui cultivait son riz. Les vivants ne se souviennent pas forcément de l'anecdote, mais les ancêtres eux s'en souviennent. Les ancêtres communiquent avec les vivants par la voix des ombiasy ou sorciers-guérisseurs.

Compte tenu de l'impossibilité d'anticiper et de savoir quels tabous régissent tel ou tel village, il faut se renseigner localement à chaque fois. En effet, les fady sont très nombreux et ne correspondent pas pour tout le monde.

Exemples des nombreux fady rencontrés qui peuvent être des aliments interdits, ou des comportements (marcher ou uriner sur tel arbre) :

« Moi je n'ai pas le droit de manger le bœuf qui n'a pas de cornes et les oursins » un homme.

« Il faut par exemple ne pas manger de sel quand on est enceinte car l'enfant va beaucoup grossir dans le ventre et ce sera dur de le sortir » Une tangalamena.

« Le dimanche on ne peut pas saisir des choses pointues comme des haches, des couteaux » un président

Femme enceinte ou venant d'accoucher ne doit pas manger du riz qui a formé une croûte dans le fond de la marmite, cela risquerait d'avoir des conséquences sur son placenta (risques de résidus) : principe d'analogie. Le riz est alors cuit avec une feuille.

Il faut faire attention dans la manière de regarder les enfants de moins d'un mois. Il est même préférable de le cacher aux inconnus, car le bébé est vulnérable aux regards envieux (notion de mauvais œil).

Beaucoup de tabous, dont la transgression déclenche la punition, la colère des ancêtres. « Lorsque l'on ne respecte pas ses fady, on tombe malade, et tant que l'on a pas compris, la maladie revient, et le médicament que l'on a pris est inefficace. » Une tangalamena

On peut considérer que c'est une **sorte de prévention**, puisque les fady interdisent des pratiques sous peine de maladies.

« Si problème de santé pas normal, il reste les traditions. Quand les médicaments ne fonctionnent pas, on entre dans les traditions, comme les fady. C'est à partir de 15 ans qu'il faut respecter ses fady ». Un tangalamena.

Perception épidémies : si des personnes du village commencent à être malades, on peut soupçonner quelqu'un de ne pas vouloir retourner son mort et de ne pas le dire.

« Si on refuse, les ancêtres sont furieux. Il y avait un voisin tout près de nous, son père est décédé et ce défunt à réclamé d'être retourné. Le fils ne voulait pas, il ne voulait pas payer, on a fait quand même la cérémonie en urgence car les enfants ont commencé à tomber malades à cause de ça. Le président a demandé des cotisations et on a retourné l'ancêtre. »

III. Les différents acteurs de soins : représentations et pratiques

1. Les ombiasy (sorciers-guérisseurs) et les mpanandro (astrologues)

Les ancêtres communiquent par leur intermédiaire, puisqu'ils ont le pouvoir de rentrer en communication avec les *razana*, de lire leur volonté, d'interpréter les signes qu'ils envoient aux vivants. Ce sont les ancêtres qui indiquent aux ombiasy comment guérir telle ou telle maladie grâce à la médecine traditionnelle. Ils sont le lien avec les traditions : « mon rôle dans ce village est de conserver ce que les ancêtres ont fait ».

Les *mpanandro* déterminent la date des retournements des morts, cérémonie d'exhumation², et autres cérémonies importantes. Il sait lire le *vintana* (destin) et l'interprète grâce à des *sikidy* (graines). Il faut savoir que très souvent *ombiasy* et *mpanandro* sont une seule et même personne, comme c'est le cas pour celui rencontré à Village V.

Les Ombiasy reçoivent leur pouvoir du *Tromba*, c'est-à-dire des forces surnaturelles qui s'installent, et c'est par ces forces qu'ils peuvent guérir. Le *tromba* nécessite une cérémonie, **autorisée par le président fokontany**.

Une autre cérémonie fut évoquée : une cérémonie pour faire venir des forces mystérieuses en sacrifiant un zébu. Cette cérémonie doit apporter quelque chose (de l'argent, un enfant, une bonne récolte...) à la personne qui fait le sacrifice.

Les *ombiasy* rencontrés ont tous un discours qui **mêlent tradition et religion**. J'ai pu repérer deux grandes manières de devenir *ombiasy* :

- ce serait un « don de dieu »
- une maladie.

Dans les deux cas, **on ne choisit pas de devenir sorcier**, on est choisi par dieu ou on est victime d'un esprit. « *Moi je les plains, cela me fait mal au cœur pour eux, il a été obligé d'accepter l'esprit qui s'est installé en lui, il a été longtemps malade tant qu'il refusait, il a perdu son œil, c'est une pauvre personne* » Un habitant à propos de l'*ombiasy* du village.

« J'ai pas choisi. C'est à cause de la maladie que j'ai eu ça. J'ai été malade, comme si j'étais ivre, très ivre mais sans boire de l'alcool. Mais je n'ai pas voulu accepter l'esprit, je suis allé à l'église. Mais j'étais toujours malade, j'ai perdu mon œil, et mes enfants sont tous décédés les uns derrière les autres. Je travaillais mais je ne gagnais rien. Lorsque j'allais à l'Eglise j'étais attaqué par le demi-mort. Au bout d'un moment tous les villageois ont été convaincus que j'étais malade à cause d'un esprit. Mes parents m'ont amené chez un sorcier, et le sorcier a dit qu'il fallait que j'accepte l'esprit qui s'installait en moi. Le sorcier a fait tous les moyens pour que l'esprit s'installe : on a invité l'esprit, puis l'esprit s'est installé, à partir de là, j'ai commencé à savoir

² Le famadihana (retournement des morts) ou « deuxième enterrement » a traditionnellement lieu plusieurs années après la première inhumation, date fixée par le *mpanandro*. Il s'agit de faire un nouveau linceul (*lamba mena*) pour réchauffer le défunt. On exhume le corps, puis il y a une procession. Les personnes défilent pour embrasser le corps, lui parler, chanter voire danser autour de lui. L'idée est de montrer qu'il est toujours parmi eux. Cette fête peut durer deux jours. Ensuite le corps est de nouveau inhumé avec des cadeaux (miel, alcool, tabac...). Les frais sont très élevés, avec sacrifice de zébus. Cette cérémonie peut aussi avoir lieu lorsque le tombeau familial est trop petit ou quand un défunt est enterré dans un tombeau provisoire, lors de la saison des pluies.

guérir les gens. Pour inviter l'esprit, j'ai dû faire une vente de zébu et donner de l'argent au sorcier. » Ombiasy de Village F

« Au début j'ai dépensé 400 000 A pour que l'esprit s'installe en moi, avec l'aide d'un autre ombiasy. J'étais malade, j'avais une dysenterie, et tout ce que je faisais ne réussissait pas, j'avais de la panique et de la peur. J'ai consulté un sorcier qui a dit que c'était le razana qui voulait s'installer en moi. Je ne voulais pas mais j'avais peur de la mort, je n'avais pas le choix, et après toutes mes maladies ont disparues. » Ombiasy de Village N

« Le sorcier peut éviter qu'un esprit s'installe. On est malade quand on refuse l'ancêtre qui veut venir en toi. Cet esprit insiste pour s'installer chez lui, quand le malade consulte le sorcier, il explique que tu dois accepter cet esprit et si tu acceptes, tu es guéri, car sinon tu seras toujours malade, voire l'esprit peut te tuer. » Un président

Ils peuvent collaborer avec d'autres « soignants », comme les matrones. Certains ont même dans leur famille des parents ou grands parents « dans le métier »: « Je suis devenu Ombiasy à la mort de ma mère, il y a 30 ans, je l'ai remplacé.» A Village F, l'ombiasy est le fil de la matrone.

Ils peuvent référer un cas chez un « collègue » s'ils n'arrivent pas à enlever la maladie. Il n'y a pas, semble-t-il de règles générales concernant leur travail et leur possible collaboration entre eux, ou avec des infirmiers.

Tout comme la médecine occidentale, ils ont des spécialités et des spécialistes: «Moi on vient me voir lorsque l'on a des boules. Là où la maladie pousse, c'est le mauvais sort qui s'installe, cela fait des boules, alors on incise ».

On m'a signalé la présence dans un village non visité d'un guérisseur spécialisé pour les brûlures : « quand on a une blessure causée par le feu, il y a quelqu'un dans un village voisin qui peut soigner ça » un président.

Il est parfois nécessaire d'y retourner, il ne peut pas toujours « soigner » en une seule fois. On considère par ailleurs qu'un sorcier ne peut pas « soigner » tous les individus, il faut trouver le bon sorcier, celui qui corresponde à la personne.

Tout comme pour les matrones, aucun soignant rencontré n'a valorisé son apprentissage auprès d'un autre sorcier. Au contraire, on va justifier sa connaissance par le don ou par l'esprit : « je n'ai pas eu de formation, ce sont les esprits qui disent où est la maladie et quelle plante il faut prendre pour soigner. »

« Les gens, lorsqu'ils viennent, disent qu'ils sont malades, moi je pose des questions pour savoir où se cache la maladie, car les gens ne savent pas, ils disent être malade dans leur corps en entier. Moi je dois trouver où est le mal. »

Ils travaillent lorsqu'on a besoin d'eux (pour les cérémonies, les consultations ou les urgences). Les consultations se font en général la nuit (les ombiasy comme les patients travaillent le jour, et surtout c'est plus discret). Officiellement, les services ne sont pas

payants, en fait ils ne fixent pas de tarifs, ce sont les personnes qui donnent de l'argent, les tarifs étant connus implicitement, et négociables en fonction des moyens.

Les gens vont les consulter pour plusieurs raisons :

- lorsque l'automédication n'a pas fonctionné (plantes ou allopathie)
- lorsque le CSB n'est pas disponible ou inefficace
- lorsque le CSB les réfère³ vers eux (« c'est souvent que le docteur fait appel à la médecine traditionnelle et dit au malade de venir nous consulter » un *ombiasy*)
- lorsque ce sont des maladies d'empoisonnement, de mauvais sort (*tolatsiny*), de forces diaboliques.
- Maladies classées sous le nom d'*aretin-tsaina* (maladies mentales)
- lors de la transgression d'un *fady*. Apparition de la maladie *sahanko* (allergie) en conséquence (fait des boutons sur le corps).
- pour le *tazo* (enlève la chaleur par massage) et l'*aretin-kibo*
- pour les « *ganglions* » (boules sous la peau ?) qui sont les signes que le mauvais sort est installé. Traitement pas incision.
- pour les « *déstabilisation de muscles* » : massages
- pour les conflits : rôle social.

En effet, parce qu'il y a une vision holistique de la santé et du corps (« les malades ont mal dans tout leur corps, c'est à moi de trouver la source » un *ombiasy*), la maladie peut être un problème social : « les gens viennent pour des maladies graves, ils viennent d'abord chez moi. » Les maladies graves qu'il citera : problème d'argent, zébu malade, « maladie de rizière »...

« Lorsque tu as un *tsidimbazana* (mauvais sort), ça gonfle sous la peau. Quand tu es riche, c'est les gens envieux qui te lancent ça. Le sorcier va dénoncer la personne. L'endroit devient très chaud et douloureux. Quand tu es victime de ça, même si tu fais des traitements, ça ne marche pas, il n'y a que le sorcier qui peut t'en défaire. Surtout que le jeteur peut recommencer et amplifier la maladie tant que tu n'es pas passé chez le sorcier. » Un président.

« En général les gens viennent me voir quand la maladie est causée à cause des conflits entre les terres. L'hôpital ne peut pas soigner ça ! C'est un mauvais sort. Le malade a mal dans la poitrine et dans le ventre. Quand on pose la main sur la poitrine, il y a une sorte de ganglion à l'intérieur, c'est signe que le mauvais sort s'est installé » un *ombiasy*.

La maladie peut ainsi être causée par un désordre social: « je peux régler des problèmes dans la maison quand quelque chose cloche, je rentre dans la maison et je regarde, et je vois tout de suite ce qui ne va pas ».

« Celui qui est frappé par le mauvais sort, il y a des disputes chez lui, il saura que c'est un sort, les gens font souvent ça, par jalousie, d'envoyer des mauvais sort chez les voisins. Le problème qui existe c'est la mésentente entre les propriétaires de rizières. Surtout lorsqu'il manque de la nourriture, que la récolte est mauvaise. » *Un ombiasy*.

Pour ça, la médecine occidentale ne peut effectivement rien.

« J'appelle avant tous les esprits et c'est eux qui me montre le médicament. Mon rôle c'est juste d'appeler les esprits tout simplement, et il y a trois sortes d'esprits les *razana*, les *kalanono* et le *tromba*. Le *tromba* est en moi et les deux autres je les appelle, comme ça si un des esprits ne peut

³ Plusieurs témoignages et des observations permettent de confirmer le fait que les médecins et infirmiers envoient des malades chez les *ombiasy* et les pasteurs pour les « maladies diaboliques »

rien faire, j'appelle le deuxième. C'est au malade de choisir l'esprit qu'il veut. Avant je travaillais seulement la nuit. »

Ces soignants travaillent avec les plantes et utilise aussi leurs mains : « je pose ma main dans l'endroit du corps qui est malade, je peux alors savoir quelle est cette maladie, la plante sert quant à elle de traitement. Il se peut que l'origine de la maladie ne soit pas au même endroit que le mal⁴. » « Si c'est un mauvais sort, un empoisonnement on fait vomir le malade. »

L'*ombiasy/mpanandro* de Village V dit faire des consultations prénatales, en plus des autres fonctions traditionnelles (soins aux plantes, massages, enlever le mauvais sort, voyance, communication avec les ancêtres). Il assure aussi les rites pour contrer le mauvais sort lors de l'accouchement : « lorsqu'une femme va accoucher, la famille passe chez moi pour rendre l'accouchement plus rapide. »

Ils peuvent travailler avec des plantes et même de la terre (très souvent on évoque une terre blanche, qui ne serait pas de l'argile). C'est l'esprit qui rend sacré les médicaments.

« La baignade, c'est ancestral, il y a une assiette dans laquelle on met de l'eau et on fait une sorte de rituel et tous les gens qui assistent doivent être bénis avec cette eau, c'est une protection contre le mauvais sort. »

L'*ombiasy* peut être vu aussi comme un recours « à défaut ». Pour les villages loin des centres, on va les voir une fois que l'automédication n'a pas fonctionné car ils sont disponibles et proches : « si le malade a de la chance, il pourra être guéri par lui, il n'aura pas à aller jusqu'à l'hôpital. » un *tangalamena*

Lorsque les personnes parlent des « autres » qui ont recours, on peut dire que :

- il est considéré comme efficace : « ce que le docteur ne peut pas faire, lui il le peut » un agent communautaire. « Les docteurs ne peuvent pas tout soigner avec leur médecine » un *ombiasy*.
- Très souvent il vient compléter le soin de l'infirmier.

Attention : du fait de l'évangélisation, il est très mal vu d'aller chez le sorcier : ce sont les mécréants, ceux qui ne croient pas en dieu, qui ont recours à leurs services. « Selon la foi des gens, ils vont au sorciers, c'est la famille qui décide. Les chrétiens vont directement à l'hôpital ou chez le prêtre. Ça nous fait honte d'aller chez le sorcier, donc on y va la nuit, sauf quand c'est pleine lune, car ça éclaire trop. » Un président.

Cependant, en recoupant les informations, on peut penser que tout le monde s'y rend : « moi je n'y vais pas, je suis chrétienne. Alors j'y vais seulement pour me faire masser les muscles, mais ce n'est pas pareil. Bon nombre de personnes vont là-bas, il est bien ce sorcier, il peut guérir certaines maladies avec le massage et les plantes. » Une *tangalamena*. Les visites se déroulent souvent la nuit, pour plus de discrétion.

Le discours officiel est donc de dire que ce sont les autres qui y vont sans s'impliquer, car c'est un **vrai tabou**. Ce tabou est plus ou moins perceptible en fonction du degré d'installation des autorités religieuses dans les villages. Ainsi, à Village F, le vice

⁴ Savoir empirique des *ombiasy* est parfois assez juste, car contrairement aux représentations populaires des populations, les *ombiasy* savent faire la distinction entre symptômes et maladie.

président explique qu'il n'y a pas d'ombiasy dans son village (ce qui était faux) alors même que sur une place du village, il y a une tête de zébu plantée sur un poteau correspondant à une cérémonie traditionnelle. Dans un autre village, Village N, où l'on a trouvé qu'une seule église mais pas de prêtre, les habitants déclaraient assez ouvertement qu'ils allaient chez les sorciers.

C'est important car si ce personnage est effectif dans l'itinéraire thérapeutique, il serait compliqué de l'impliquer officiellement à un projet. Cela ne veut pas dire qu'il faut pour autant ne pas en tenir compte étant donné qu'il est complètement intégré dans l'itinéraire thérapeutique.

2. Les matrones

« *Même si c'est pas légal, on a des matrones* » président de Village F.

Toutes expliquent que c'est un don de dieu, qu'elles n'ont pas appris. Seulement, on comprend au cours des entretiens qu'une grand-mère, mère ou tante faisait déjà ça dans la famille. Mais cet héritage familial n'est pas mis en valeur, d'ailleurs elles ne savent souvent pas dater depuis le début de leur pratique. Il y a intégration de ces pratiques depuis toute jeunes, par observations, puis justification de la fonction par interprétation divine. On peut avoir aussi une interprétation surnaturelle : « si tu es née avec un jumeau et que tu es une fille, on dit que tu as des dons pour être une matrone. »

Au niveau de leurs connaissances, c'est la même chose, ce serait dieu qui leur a appris, mais certaines précisent quand même que l'expérience a amélioré leur connaissance : savoir empirique. « J'ai vu faire ma grand-mère, ma mère pratiquait ça aussi et j'ai suivi ». « J'ai suivi quelqu'un qui faisait ça, c'est comme ça que j'ai appris. Aujourd'hui, j'ai des femmes qui me suivent, je leur montre. »

Organisation : Les matrones s'occupent de leurs carreaux mais peuvent collaborer entre elles lors de l'absence de l'une d'entre elles ou si c'est un accouchement compliqué.

Certaines font le « suivi » prénatal, tout comme le diagnostic de grossesse : « Moi je peux savoir avant si une femme peut avoir un enfant, si c'est un ventre stérile. Je peux savoir aussi très tôt si une femme est enceinte, même si cela ne fait que deux semaines. »

Rapport aux CSB : Là encore, c'est variable. Il semblerait qu'avec le CSB de village A, les matrones aient de bons rapports, mais cela n'est pas le cas pour toutes les structures et tous les fokontany.

Elles font les accouchements, à domicile ou chez elles, puis vont donner ces informations au CSB pour l'acte de naissance, accompagnée ou non de la mère et du bébé pour l'enregistrement, et passent alors le relais « on n'est plus responsable après ».

Elles peuvent aussi signaler les femmes enceintes au CSB : « le docteur nous a dit que si on connaît par avance qu'une femme va avoir un enfant il faut lui dire, et qu'après c'est aux femmes de choisir ». « Le docteur ne nous interdit pas de faire les accouchements, il dit que si c'est grave il faut lui envoyer ». Il arrive très souvent que ce soit la matrone qui fasse l'accouchement au CSB : « parfois le docteur il n'est pas là, alors je fais l'accouchement à l'hôpital, les gens m'appellent et je suis obligée d'y aller. Bon, des fois l'infirmier il y est, mais j'y vais quand

même, car il n'y arrive pas lui-même. Ils ont reçu une formation, moi je suis illettrée, mais c'est moi qui arrive à faire l'accouchement ! ». Matrone de village A

Il semblerait que la sensibilisation des matrones au référencement des accouchements compliqués à des centres de santé soit bien passée : dans les discours, toutes les matrones parlent de l'hôpital. Pourtant, j'émet de sérieux doute sur la réalité de ce discours : il semble qu'il y ait un **décalage entre le dire et le faire**.

« Si les femmes ne vont pas accoucher à l'hôpital, c'est parce que les matrones tiennent les femmes chez elles. » Une femme.

Grosse légitimité, en termes de compétence et de disponibilité, au niveau de la santé de la mère et du bébé mais aussi pour les massages. Lors de ma visite de village A, le CSB était ouvert, mais deux femmes ont accouchées ce jour là (dont des jumeaux), et ce fut à l'aide d'une matrone, à domicile.

Selon les matrones, les femmes préfèrent accoucher chez elles :

- Urgences : Remarquons quand même que lorsque nous demandons pourquoi elles préfèrent accoucher chez elles si c'est une urgence, elles répondent que c'est parce que le travail est déjà commencé, donc elles ne sont pas mobiles. Il faut comprendre « urgence » dans le sens du temps restant avant la délivrance.
- Mauvaise perception de l'efficacité et de l'utilité de l'infirmier ou de la sage-femme : « Les femmes ne vont pas accoucher à l'hôpital, car elles savent que ce ne sera pas mieux, mais cher. » Une matrone

En terme de pratiques, pas de règles non plus : certaines, comme à Village V, n'interviennent qu'une fois le bébé sorti (couper le cordon, le nettoyer etc.), d'autres (Village A) font l'accouchement, voire le suivi prénatal. Elles peuvent être consultées par les femmes pour des conseils sur la grossesse, ou le post partum ainsi que la santé du jeune enfant.

Les pratiques sont diverses donc : tout comme pour l'ombiasy, on retrouve l'importance de la main et du touché : « lorsque je les touche, ça marche ». Certaines mettent de la salive dans leur main puis sur le ventre de la femme, d'autres ce sont des plantes. Présence du sel aussi « car il apporte le bonheur ».

Mais il reste qu'il y a une assez mauvaise connaissance de la santé maternelle et infantile : « il faut faire l'examen du placenta, car s'il ne sort pas en entier, tout le reste monte au cerveau, et rend la femme folle, après il faut l'emmener au sorcier »

Légitimité donc mais en perte ?

La matrone ne serait pas toujours respectée par les jeunes. A Village A, une matrone se plaint que les jeunes ne les respectent plus et d'être sous-estimées. Il semblerait que les jeunes femmes veulent accoucher avec elles mais qu'ensuite, elles ne les payent pas : « même le savon, il faut que je l'amène ». Tarif : 5000 A.

« Parfois, elles ne donnent rien, ou pas assez, alors on les poursuit à l'hôpital. »

J'émet quand même une hypothèse : on peut se demander si ce n'est pas lié à la situation particulière de village A, où tous les liens semblent s'être délités.

Tradition après l'accouchement :

« Si l'enfant ne sort pas, il faut qu'une personne aille gratter l'écorce d'un arbre ».

« Après l'accouchement, dans les 4 jours, il faut laver la mère avec de l'eau froide et des feuilles, ça permet d'éviter la pénétration d'air dans le ventre ».

« Il faut s'asseoir sur de l'herbe chaude pour traiter l'utérus. »

La mère doit aussi boire une décoction pour faire sortir le reste du placenta et pour « nettoyer le ventre ».

Le placenta fait l'objet d'une gestion. Une fois sorti, il est donné au père qui va l'enterrer, devant une cuisine pour les filles, devant une maison pour les garçons. Cette tradition vue à Village V n'est pas valable pour tous les villages. A Village N, on enterre le placenta sous une pierre sans jamais regarder derrière soi sinon les ancêtres abimeraient les yeux des bébés : ce serait la raison du strabisme chez l'enfant.

3. Les matrones-masseurs et les masseurs

Les masseurs sont sollicités pour toutes sortes de symptômes : fièvres, diarrhées, douleurs musculaires, lombalgies, mais aussi dentaires. « Les gens viennent chez moi pour les maladies de dos, de hanche, les maux de tête, les problèmes de l'estomac, et de l'utérus, les cuisses. Si je touche, je vois qu'il y a des nerfs déplacés. »

« Pour les maux de tête, je masse le poignet et je remonte jusqu'à l'épaule, et je fais la même chose du pied à la cuisse. On remonte les nerfs, mais pour quelqu'un de grande taille, on ne peut pas arriver jusqu'en haut, alors on redescend le nerf. » Masseur de Village N

« Pour les maladies de l'estomac on regarde les côtes, les os de la poitrine. »

« Quand les femmes ont mal en haut des cuisses, la partie droite, je sais que je ne peux pas faire, car c'est une grossesse extra-utérine. »

Ils peuvent avoir leurs spécialités, un endroit du corps qu'ils massent plus que d'autres :
« moi je sais calmer les molaires par les massages. Je suis le spécialiste des douleurs des dents. »
« Je fais des massages pour les maladies de ventre, par exemple quand il y a une hémorragie. »

Pour des fièvres d'enfants, elles peuvent être consultées, car le *tazo* peut être traité par massage : « Un enfant est décédé, il a été attaqué par la maladie, le demi-mort, le jour avant il était en bonne santé. Il avait un peu de température, quand il est tombé, on a consulté la matrone, qui a dit qu'il devait aller à l'hôpital. Il est mort en route. La fièvre grave provoque le demi-mort comme les problèmes de déstabilisation de muscles. Et c'est la matrone qui sait faire. » **On remarquera l'importance de la matrone sur l'itinéraire thérapeutique en cas d'urgence infantile.**

4. Les chefs religieux

Dans le parcours de santé, il n'intervient que pour « *les maladies mentales* » provoquées par la possession d'un devoly (ou démon). « Le chef religieux peut soigner lorsque les démons pénètrent dans l'esprit de quelqu'un qui est attaqué. » président

Dans cette nosologie, il faut inclure :

- **La fièvre avec des tremblements** voire les frissons : « On voit sur le visage de la personne que ce n'est pas le *Tazo*, car son visage change. Bien sûr, si on constate ensuite que c'est une simple fièvre, on conseille d'aller à l'hôpital » un pasteur. La « simple fièvre » est celle qui

ne s'accompagne pas de tremblements. Autres symptômes ou pathologies pour lesquelles on a recourt à ses services :

- les convulsions
- l'épilepsie
- le stress
- la panique
- la léthargie
- la dépression...
- l'alcoolisme
- la consommation de cannabis
- etc.

« Les malades possédés par le « dévolv », ils crient, ils errent dans la forêt, ils voient des fantômes » Un tangalamena.

Dans ces cas, le « soin » est un exorcisme, avec prière, vêtements blancs et imposition des mains sur la tête. A signaler la présence à Village M d'un centre de soins pour les « maladies mentales », tenu par plusieurs pasteurs, qui y pratiquent des exorcismes (il reçoit des personnes qui ont les symptômes ci-dessus, plus des « drogués⁵ »). En 2009, ils ont eu 39 malades, 36 sont « guéris », 2 personnes se sont échappées, un mort de 29 ans (pendant un exorcisme, arrêt cardiaque !). J'ai rencontré un de leurs pasteurs au CSB d' Village A, il a été appelé par la famille d'une malade souffrant de fièvre avec tremblements. Il connaît bien l'infirmier, et me dira qu'il est souvent appelé pour vérifier que ce n'est pas de la possession. « Les démons viennent lorsque les gens pratiquent des traitements traditionnels avec des mauvais sorciers, nous nous soignons avec Dieu seulement. »

Il y a certainement une rivalité entre les sorciers et les prêtres/pasteurs, car ils peuvent recevoir les mêmes malades, cherchant eux, un secours multiple.

Visite du Centre chrétien source de secours « toby kristy loharanom- pamo-njena »

Adresse : Quartier Andranangosy Village M
2009, 39 personnes : 36 « guérisons », 2 évasions, 1 mort.

Certains patients viennent de Tamatave et même d'autres régions.
Prière 4 fois par jour. Séances d'exorcisme les mardis, jeudis et dimanches après-midi.

On est reçu par la secrétaire/assistante, qui nous fait la visite. Plusieurs bâtiments dans le site, une grande église en bois, et des petites baraques. Dans l'une d'elle, un médecin est en train de consulter des personnes (tension, ordonnances...). Il a été appelé par le centre, il est bénévole et fait régulièrement des visites. Il peut être sollicité s'il y a un doute sur le caractère démoniaque de la maladie (« le médecin vérifie si c'est organique ou démoniaque » pasteur), ou pour fournir des injections de calmants. Il est médecin d'un dispensaire, et envoie lui aussi des malades quand il pense que ce n'est pas une maladie « organique ». Il expliquera que lorsqu'il diagnostique dans son dispensaire une maladie démoniaque, ce n'est pas toujours facile de convaincre les personnes d'aller au centre chrétien pour se

⁵ Le pasteur me parle de consommation de cocaïne pour les personnes qui se droguent et qu'il reçoit dans son centre.

soigner. « Il faut les sensibiliser, ils reviennent plusieurs fois et comme il n'arrive pas à les soigner, ils finissent par se laisser convaincre ».

Focus Group : secrétaire / 2 pasteurs/un médecin

La secrétaire : « Ici, c'est pour les gens démoniaques. Les familles les amènent, ils crient, ils crient, ils se battent avec les autres. On a des hommes, des femmes parfois des enfants. C'est des gens qui ont été voir d'autres personnes mais rien n'a marché. Nous on soigne en priant et en imposant les mains au nom de Jésus. Ca peut prendre une semaine à un an. La famille les accompagne, c'est obligatoire, il faut que la famille ait foi en Jésus Christ. La maladie vient quand par exemple ils sont allés chez les sorciers, ou quand ils prennent de l'alcool ou de la drogue. On brûle les médicaments donnés par les sorciers. »

Le médecin : « ils viennent consulter pour des troubles comportementaux, délirium, consommation de drogues etc. et l'action des démons. »

Un pasteur : « le malade est guéri quand il arrête de crier et qu'il prie. Il y a rarement de récurrence, on prie quatre fois par jour, le malade au bout d'un moment, il est convaincu. »

Le médecin : « je peux être appelé s'il y a un doute entre le caractère démoniaque ou organique de la maladie. C'est technique. Si la céphalée est accompagnée d'autres signes, c'est organique. Alors, ils peuvent envoyer les gens dans mon dispensaire. »

Un pasteur : « parfois le malade n'arrive pas à dormir, on appelle le médecin pour qu'il trouve le sommeil avec une injection. »

Un pasteur : « parfois les malades ne peuvent même plus parler, faire des gestes, ils sont sans force, ne bougent plus. Et après une prière, ça va mieux. (...) Il arrive parfois que l'on attache les malades avec des cordes, en cas de drogues par exemple. »

La secrétaire « les maladies démoniaques, c'est plein de choses. On arrive pas forcément à tout traiter : l'insomnie, des gestes brusques, les drogues, ça c'est le plus difficile à résoudre, les gens qui ne sont pas décidés, les fous dès leur naissance, on ne trouve pas de solution pour ça. Les hydrocéphales aussi, on dit à l'avance aux gens que ce n'est pas possible. »

5. Les secouristes

Problème de présence pour certains. Lors de la deuxième session d'une formation à Village A, ils n'ont pas pu faire les activités car le matériel (ciseaux, gants, médicaments, brancard) était chez le secouriste alors que lui n'y était pas. Pourtant, il avait dû être averti par la radio. Là encore, problème d'adaptation aux réalités villageoises, il n'est pas venu à la formation, car il aurait été sur son champ de vanille, c'était le moment de la fécondation artificielle de la vanille.

Ils ne sont pas vus encore comme une source de conseils, mais il faut aussi se dire que leur mise en place est encore récente.

Mauvaise compréhension pour certains de leur rôle et de leur fonction : « mon rôle en tant que secouriste, c'est de sauver des gens, mais je ne sais pas vraiment exactement ».

« C'est nous qui sauvons les malades, en cas de demi-mort, de maladies graves, ou quand un arbre tombe sur quelqu'un, c'est nous qui coupons la jambe. Si l'arbre est tombé sur le bas de la jambe, il faut couper au genou. ». **Formation encore trop récente ou trop courte peut-être.**

6. Les épiciers

Les épiciers sont clairement au début de l'itinéraire thérapeutique. Pour beaucoup, ils essaient de se renseigner sur les bons médicaments à vendre, et comment les vendre. Une épicière se fait traduire les notices des médicaments en ville quand elle va s'approvisionner et rédige tout sur un carnet afin de mieux pouvoir répondre aux demandes de ses clients.

« On leur demande des conseils, ils savent quoi vendre ».

« On n'a pas de pharmacie, moi je demande toujours à l'épicier, il sait un peu. » un secouriste.

Pour les villages éloignés des CSB et de la ville, il y a une forte demande de pharmacie communautaire : cela répond à un besoin pragmatique. Mais souvent, ils n'ont pas beaucoup de médicaments, car il faut se fournir loin. « Les épicerie, ils vendent des médicaments et se renseignent sur la posologie mais le problème c'est quand il y a une épidémie, ils n'ont pas assez de stock. » Président

A Village A, malgré la présence du CSB, la population semble préférer le recours à la pharmacie et aux épicerie, plus régulières dans leurs ouvertures et plus rapides à offrir du secours. La différence de prix n'est pas un déterminant.

IV. Organisation communautaire: perceptions

1. La famille

On est surtout en présence de familles de type nucléaire. Il peut arriver que les grands parents soient aussi dans la maison, mais c'est plutôt rare.

C'est une société patriarcale. La femme se déplace dans le village du mari. C'est l'homme qui décide et qui tient le budget. Il décide pour l'achat de nourriture ou pour les soins.

Les femmes décident des préparations, pour ce qui concerne la nourriture, des soins de base des jeunes enfants et de leur éducation.

La famille élargie a une place très importante dans l'organisation communautaire, tout comme le carreau. Ces deux niveaux se confondent souvent, du fait de l'origine des carreaux. La famille élargie va participer aux décisions importantes, celles qui engagent des frais (santé, cérémonies etc.). Il faut entendre par famille élargie la présence des grands-parents, des oncles et tantes, frères et sœurs.

2. Le carreau

C'est une organisation assez récente puisqu'un tangalamena m'expliquait qu'à son époque, cela n'existait pas, on parlait en « familles » : « Avant les familles se réunissaient par endroit du village, maintenant il y a confusion, plusieurs familles dans un même carreau. » « Les carreaux c'est pour faciliter le contrôle de l'état, c'est lui qui fixe le partage » « c'est le président qui connaît les limites, elles ne se voient pas ».

C'est le véritable niveau d'organisation communautaire du village. Il y a une organisation informelle du carreau par le président, les chefs carreaux, et les tangalamena. De plus, chaque carreau a sa propre association (de femmes, de solidarité, sportive etc.). Le président fokontany est très proche de ses chefs carreaux pour toutes les décisions liées à la communauté.

Grande importance donc des carreaux dans l'organisation communautaire : c'est à ce niveau que la communauté se regroupe et non au niveau général du fokontany. C'est important, car pour un projet communautaire, il faut pouvoir descendre à ce niveau pour une meilleure intégration et un meilleur contrôle.

Ainsi, c'est au niveau des carreaux que se font les cotisations : cotisations multiples : urgences médicales, frais de déplacement, cotisation de riz etc.

« Le problème parfois c'est qu'il y a des gens qui refusent de cotiser, mais ce n'est pas grave car on leur propose une amende, et là, ils cotisent, on a encore jamais été jusqu'au stade de l'amende. Les tangalamena arrivent toujours. » Un chef carreau de Village F

3. La fihavanana

Dans les textes

Mot que l'on ne peut traduire puisqu'il n'a pas son équivalent dans d'autres pays⁶. Ce mot vient de « *havana* », qui signifie comme beaucoup de mots malgaches plusieurs choses : parent, ami, allié. Fihavanana répond à la définition de parenté, d'amitié, de bonnes relations.

Cela désignerait la volonté de rester solidaires en toutes circonstances et de se prêter aide et assistance.

Il existe plusieurs catégories de « *havana* » :

« *Havana akaiky* » : proches parents (frères, sœurs, tantes, oncles, grand-père, grand-mères, cousins, cousines, neveux, nièces). Ce sont les descendants des mêmes ancêtres, c'est-à-dire ceux qui partagent un même tombeau familial.

« *havan-davitra* » : parents éloignés, appartenant à d'autres branches de l'arbre généalogique.

« *havan-tetezina* » : parents très éloignés, c'est-à-dire dont les liens avec une famille remontent très loin.

Il existe aussi des « *havas* » en dehors du cercle du sang mais qui sont dévoués en toute circonstances : amis intimes, frères de sang ou « *fatidrà* » qui affermissent leur amitié en échangeant leur sang : ceux là font preuve de fidélité, de dévouement en se sentant concernés par tout ce qui arrive à des personnes avec qui ils n'ont pourtant aucun lien de parenté d'où le proverbe « *my havan-dratsy tsy mahaleo ny sakaiza tiana* » (« mieux vaut un ami chéri qu'un mauvais parent »).

Le fihavanana répondrait à la crainte de se retrouver seul face à l'adversité. Deux autres proverbes illustrent ce principe de force par l'union :

« *Aza tsy tia olona fa ny olona no harena* » (« que les hommes ne vous soient pas indifférents, car ils sont la richesse »).

« *ny hazo tokana tsy mba ala* » (« un seul arbre ne fait pas la forêt »).

C'est donc une valeur ancestrale, transmise de génération en génération, apprise dès l'enfance. Il s'agit de valeurs d'entraide, de compassion, de respect de ses voisins et de l'entourage. On évite les heurts, on contient sa colère, on ne fait rien qui puisse nuire aux intérêts des gens etc...

Mais cela implique nécessairement la **réciprocité** : c'est le principe du « *atero ka alao* », c'est-à-dire on donne ce qu'il faut à des voisins dans le besoin et ils revaudront le même service si le cas se présente. On peut parler d'une « **assurance** ». Cet échange serait palpable au moment des travaux de riziculture et surtout lors d'un décès.

Dans le cas du décès, le fihavanana permet à la famille éplorée d'effectuer les tâches inhérentes à un enterrement, surtout pour l'ouverture du tombeau. Ce dernier est formé d'un grand trou creusé dans le sol et dont le déblaiement de l'ouverture nécessite des bras

⁶ Nuances : il existe chez les maliens ce que l'on appelle le fakantouya, qui est le « cousinage à plaisanterie », et qui représente une sorte d'alliance symbolique entre des personnes d'ethnies différentes. Cela se rapproche de la solidarité, puisque qu'il y a une notion d'aide en plus de désamorçage de conflits éventuels.

solides. Si la famille n'a pas entretenue de bonnes relations, elle se retrouvera seule face à ses tâches difficiles. C'est donc cette **crainte de se retrouver seuls** et d'être abandonnés dans les moments difficiles que les malagasy entretiennent le « fihavanana » qui les oblige à se contrôler, à peser les mots utilisés devant les autres, à ne rien faire qui puisse fâcher les parents, amis, voisins ou même des inconnus.

On peut donc dire que le fihavanana est synonyme de consensus, de non-violence et de moyens utilisés pour débloquer les situations difficiles comme les conflits, querelles de voisinage, **quitte à fausser la vérité ou à fermer les yeux sur des fautes commises, d'accepter l'inacceptable.**

Dans la réalité

Il y a une certaine perte de tradition et de la valeur du fihavanana. Même s'il est inculqué lors de la socialisation de l'enfant, il n'est plus très vivace. Pour certains, ce sont les progrès matériels qui mettent à rudes épreuves ce concept de solidarité lié aux difficultés de la vie. Le téléphone aurait remplacé les visites aux parents lointains, visites qui sont considérées comme consolidant le fihavanana. Un proverbe illustre ce propos « *Izay mahavangivangy tiankavana* » (qui rend souvent visite à ses parents ou amis est aimé d'eux). Il n'est pas certain que tous connaissent tous les concepts liés au fihavanana comme l'a montré l'enquête :

Certains parlent de famille étendue, « d'ensemble de plusieurs ménages qui sont de la même famille ». « C'est respecter ceux qui cohabitent tout près de moi » une matrone.

On parle de collaboration, d'entraide pour le bien comme pour le mal. Pourtant, il semblerait que la famille soit plus importante que le fihavanana : « c'est la famille qui paie pour toi quand tu as des ennuis, pas le fihavanana ».

« *Il est rare de voir les gens s'aider à se sentir mieux* » Un pasteur.

« *C'est un truc d'ancêtre.* » Un pasteur.

Toutefois, le fihavanana prend sa réelle existence lors des cérémonies, par exemple les cérémonies de décès. Seulement là encore un doute persiste, car on m'a parlé de la solidarité du carreau pour les frais de décès, plus que celle du fihavanana. Les associations de femmes peuvent aussi faire des cotisations pour aider les familles lors de décès.

Le fihavanana me paraît en fait être le fait de rassembler les gens autour d'évènements considérés comme importants : décès, mais aussi maladie. Mais cela n'implique pas une question de responsabilité (qui paie), plutôt une question de liens symboliques.

On remarque cependant que c'est dans les moments difficiles que les malagasy donnent une preuve de la vivacité du fihavanana : exemple CSB.

Une femme arrivant sur un brancard, suivie de tout le village, au CSB. Une foule nombreuse l'accompagne et vient prier. Assez impressionnant, car ils resteront assis dans sa chambre, une personne lui tient la main, d'autres prient. Chambre investie complètement par le village, laissant les travaux et toutes leurs activités.

« Ici, s'il y a des malades tout le monde bouge, tout le monde va à l'hôpital ».

Les voisins peuvent aussi apporter une contribution aux dépenses de l'enterrement au moyen de la remise d'une somme dont le montant est variable. Seulement il y a aussi à ce niveau une obligation de carreaux.

« Le fihavanana, c'est dans les traditions liées à la mort que l'on garde les rituels. Il y a une collaboration active entre voisins, on cotise, on appuie la famille. C'est le respect des ancêtres, c'est la tradition la plus importante. Si on est conscient qu'on doit leur donner des vêtements, on leur donne. Chaque année on visite la tombe, et pendant la visite on ouvre la tombe, et on regarde s'il a des vêtements ou pas. Il faut de l'argent pour le retournement, tout le village y est, pour ça on cotise tout le temps. » Une femme.

On comprend dès lors que le fihavanana trouve son importance lorsqu'il y a un malheur. On le trouve aussi le rôle du fihavanana s'il y a mésentente ou conflits. On ne va pas forcément au commissariat ou au tribunal, on règle entre familles. Cette manière de régler les conflits entre familles s'appelle en malgache « raharaham-pihavanana », et là aussi les tangalamena jouent leurs rôles. « Nous, en tant que Tangalamena, on donne des conseils sur les affaires à régler, car on répond sagement. On aide à réconcilier les conflits aussi. Par exemple, l'autre jour il y a eu un conflit, une bagarre entre deux jeunes lors d'une fête. L'affaire ne s'est pas réglée au tribunal, mais ici, grâce au fihavanana et aux tangalamena qui ont accordé le pardon. »

« A l'école on peut avoir des problèmes à cause du fihavanana. Si les enfants se disputent entre eux, même si la famille est consciente que son enfant a fait mal, ça devient un problème entre les familles, ça se règle en réunion de famille. C'est pareil au niveau des terres, et des conflits fonciers. Si une famille est consciente qu'un des siens est en faute, elle va le protéger, il n'y a pas de justice. **Le fihavanana, c'est à la fois une solidarité et à la fois un problème.** » Le directeur de l'école.

Il faut aussi remarquer que la conservation de certaines traditions comme les fady montrent que le fihavanana joue son rôle.

« Les gens demandent beaucoup parce qu'ils sont habitués, avant c'était l'état providence, c'était l'état qui faisait tout. On peut comparer l'état aux parents. Après 1992, on a changé la politique générale de l'état, donc on est entré dans la décentralisation, c'est-à-dire que c'est à la communauté de faire, elle a un plein pouvoir pour son développement, et pour y arriver il faut la responsabilisation des acteurs. Mais en réalité, ça ne passe pas. Les gens ne se sentent pas responsables de leur commune, c'est comme l'autorité. La prise de responsabilité n'est pas comme il faut. Par exemple l'ONG MEDAIR, dans son intervention, il a créé un volet renforcement des capacités des acteurs locaux sur la maîtrise d'ouvrage. Elle a octroyé beaucoup de point d'eau, et pour que ce soit pérenne, il faut que la communauté s'en sente propriétaire, qu'elle comprenne que c'est à elle. En réalité, il y a une résistance au changement parce que les gens ne se sentent pas propriétaire du puits, cela reste le puits de MEDAIR. C'est donc dans les consciences à MEDAIR d'assurer son fonctionnement. C'est pour moi la conséquence de l'Etat providence, celui qui donnait tout. » Un agent de MEDAIR.

« Le problème de cette communauté, c'est le manque de collaboration, d'union. S'il y a quelque chose à faire, personne ne sort. Le Fihavanana existe mais ce n'est pas suffisant. Par exemple, pour la construction du petit pont que tu vois, le président est le seul à essayer de faire, de se demmerder. La communauté, ils ne font rien, elle ne peut compter que sur son président. » Une habitante de village A

« Même si on prend des mesures, on risque des mésententes. Certains peuvent vous dire que cela ne vous regarde pas. » Un tangalamena

« Normalement on doit balayer la cour, mais nous on n'est pas habitué à faire ça, on le fait que sous pressions de l'autorité » Une femme de village A

4. Les représentants

i. Le président

Grosse légitimité du président. « J'ai des pouvoirs, on m'écoute parce qu'on me respecte ».

« Le président parce qu'il est notre père, on le respecte » un homme, Village N

« Les gens, s'ils ont besoin d'aide, ils vont voir le président. »

« Dans cette communauté, c'est le président qui dirige et les tangalamena qui conseillent » un tangalamena

« C'est à lui et aux représentants qu'on a donné le pouvoir, ce sont les grandes personnes du village » Un ombiasy.

Gère toute sorte de choses :

La sécurité du village, le contrôle de tout ce qu'il se passe.

Il donne des conseils, règle des conflits (même de couples ! « Il faut tout faire pour éviter la séparation »). Pour les 4 villages visités, j'ai pu observer des personnes du village venues voir le président pour des « conseils » (couple, héritage, enfants).

Pour tous les villages à part Village A, les chefs carreaux sont aussi respectés.

A Village F, lorsqu'il y a des cotisations à faire ou une gestion des conflits, cela commence par les chefs carreaux, et cela remonte au président si cela ne suffit pas.

« Chez nous, la communauté est docile, même s'il y a quand même quelques têtes qui résistent, cela ne dure pas. On a des pouvoirs. » vice président.

« On a demandé au Président l'autorisation pour exercer. Le président vérifie que ce qu'on fait dans le village n'est pas caché. » Ombiasy

A Village N, le président fait la surveillance des femmes touchées par sécaline en allant chercher les « récalcitrantes » : « je surveille les mères qui ne veulent pas y aller car elles ne comprennent pas l'importance, l'utilité, parce qu'elles manquent d'éducation. »

Président surveille aussi les enfants qui doivent aller à l'école mais qui n'y vont plus parce que les parents ne payent plus les frais ; « c'est à cause de la pauvreté des parents, qui n'arrivent plus à payer les professeurs non titulaires ».

« Il y a des mères qui refusent parfois, donc on fait les visites à domicile, et là on leur explique. Si elles ne viennent toujours pas, on va voir le président, et il va les voir et leur dit qu'il faut changer de comportement. On peut dire que le père du village c'est notre président ! »
Présidente sécaline

Les chefs de carreaux participent à ce contrôle et au recensement.

Mise à part le président, on n'écoute pas les mêmes personnes en fonction du besoin.

ii. Les tangalamena

« Cela commence lorsque l'on a des petits enfants ».

« Mon rôle en tant que tangalamena est de surveiller les activités et le développement de mon carreau »

Les tangalamena présents dans tous les carreaux peuvent former une commission avec un représentant par carreaux s'il y a quelque chose à décider. « J'aide à ramasser les cotisations, je motive les gens qui ne veulent pas payer, je leur parle ».

A village N les tangalamena ont un président.

Les tangalamena sont très souvent utilisés pour régler les conflits fonciers car ils connaissent l'histoire de la terre, ont une mémoire « de la terre ».

Les tangalamena ont pour rôle de régler les conflits entre famille. Il peut y avoir plusieurs types de conflits : bagarre entre enfants, ils doivent alors réconcilier, savoir qui est le fautif, qui doit réparation.

Beaucoup de choses peuvent se régler par leurs intermédiaires telles que les vols ou les cambriolages. La personne demandera pardon au tangalamena et évitera ainsi le tribunal. Conflits à cause de la mésentente entre carreaux, par exemple si une association reçoit plus qu'une autre. « A l'époque on réglait tout ici grâce aux tangalamena, il n'y avait pas besoin de tribunal. » Un tangalamena me dit qu'ils peuvent être un bon appui pour rappeler aux carreaux leurs apports bénéficiaires aux projets (leurs devoirs).

Ils doivent aussi rappeler les traditions car ce sont les garants des fady. « C'est nous qui savons car les gens sont devenus chrétiens, ils ne croient plus à ça, on est donc obligés d'en être les conservateurs. » Cette fonction est très variable entre les tangalamena, car certains disent ne croire plus qu'en dieu et plus en ces vieilles croyances.

Les tangalamena sont aussi chargés de rappeler à leurs carreaux les « devoirs » de financements que le fihavanana implique lors des cérémonies de décès par exemple.

Les tangalamena sont à respecter car « ils ont vécu des expériences dans leur vie, ils sont déjà passés par où on est passé ». « Ils disent la vérité ».

« C'est la famille qui vient nous demander conseils » Un tangalamena

Mais leur légitimité est plus un concept, tel le respect, qu'une réalité. S'ils sont écoutés, ils ne sont pas toujours suivis... notamment par les jeunes. Les gens sont conscients que les jeunes n'écoutent pas toujours les tangalamena et prennent ça pour un manque de respect. Un tangalamena m'expliquera que lorsqu'il fait une remontrance à un jeune (en train d'uriner dans la rue), il lui rétorqua de s'occuper de ses affaires. Les Tangalamena sont assez unanimes lorsqu'ils parlent du délitement de leurs communautés et des traditions. Village A « Aujourd'hui même le président fokontany n'est plus écouté par la communauté. Ce qui marche, c'est le dressage par l'Etat. Lorsque l'Etat impose de balayer la cour, lorsqu'il coince la communauté avec la loi et les amendes, là ça marche. La parole du Tangalamena, ça n'a plus trop de pouvoir ». « Les enfants ne respectent plus autant qu'avant, ils pensent que ce sont eux qui ont le savoir par rapport à leurs parents parce qu'ils connaissent des choses de la modernité, comme les téléphones, ils pensent qu'ils savent beaucoup de choses, et que les choses d'avant sont dépassées. »

iii. Le COSAN

Pour Julien, l'infirmier de village A, le COSAN aide le CSB à sensibiliser sur la santé des populations. Il dit qu'ils ont des réunions une fois par mois, que le COSAN de village A est composé de 7 personnes plus le président fokontany, membre d'office. Celui-ci n'arrivera pas à me présenter une des personnes du COSAN, l'entretien se fera donc avec lui sur le fonctionnement.

« à l'origine, le COSAN c'est de surveiller le fonctionnement général du CSB. Il existe depuis 2006 et a été créé par le docteur responsable de l'époque. Dans les membres, il y a des tangalamena, le chef religieux, des membres d'association, ONN. On se réunit tous les trois mois. On organise le balayage du domaine. »

Il y a dans ces dires une contradiction avec ce que dit l'infirmier sur la fréquence des réunions (tous les mois pour l'infirmier).

Autre chose, au vu des nombreux dysfonctionnements du CSB de village A, on peut se demander quels sont les pouvoirs du COSAN dans la « surveillance du fonctionnement général »...

A Village M, personne ne saura me dire qui fait partie du COSAN : « Il y a un comité de santé dans ce village mais on ne sait pas trop ce qu'ils font » présidente sécaline.

A Village N : on me présente une personne qui fait partie du COSAN. Elle explique ses fonctions : « c'est moi qui m'occupe du docteur qui vient ici. Il vient tous les trois mois, il reste trois jours, il faut lui faire à manger. »

Elle n'était même pas là quand on l'a élue membre du COSAN et ne sait pas exactement pourquoi c'est elle. Elle dit que le COSAN sert à nettoyer et balayer le village, ainsi qu'à collaborer avec le médecin.

Pas très bonne connaissance des objectifs du COSAN.

Mauvais fonctionnement : « le COSAN vend des médicaments mais cette année on ne les a pas encore reçus »

iv. Les agents communautaires

Dans le cadre de la PCIME, ils vendent des médicaments de base, pour diarrhées, fièvres. Problème de rupture de stock pendant de longs moments, tout comme de conservation des médicaments. A Village V, cela fait deux mois qu'elles n'ont pas reçu de nouveaux médicaments.

Formation très courte, mauvaise maîtrise des problèmes de santé et des médicaments. Elles conservent les médicaments à leur domicile, pas d'endroit dévolu, à leurs grands regrets.

En ce qui concerne leurs motivations : les agents de Village V sont venues parce qu'elles pensent que c'est un travail qui leur permettra d'avoir de l'argent. Mais elles n'ont toujours pas été payées, elles espèrent pouvoir l'être bientôt.

Ont suivi une formation mais leurs connaissances de la santé est très basique, et très souvent erronée, due à une formation trop courte. On forme ces agents sur la posologie de médicaments alors qu'elles n'ont pas de connaissances exactes des pathologies pour

lesquelles elles distribuent des médicaments. Elles se sentent sous-estimées. Les gens ne pensent pas (à raison ?) qu'elles soient compétentes et ont recours surtout aux épiceries.

Cependant, au CSB de village A, une femme et son bébé d'un autre village viennent accompagnés de leur agent communautaire qui a détecté une toux inquiétante pour le bébé.

A Village N, l'agent communautaire est la femme de l'épicier, qui nous dira que c'est elle qui lui dit quoi acheter comme médicaments et comment les utiliser. Elle ramène des « livres » sur la santé et à partir de ça ils essaient de trouver des explications sur les médicaments, sur la posologie etc.

v. Les instituteurs

« En tant qu'institutrice on me demande des conseils pour la santé, même la matrone me demande. Mais je suis limitée, j'aimerais en savoir plus, expliquer ça à mes élèves surtout pour l'épidémie de tazo, car les enfants peuvent rester absent deux semaines à cause de ça. »

S'il y a des problèmes familiaux (difficultés financières, maladies) ils peuvent être au courant en fonction des absences de l'enfant. Les parents d'élèves peuvent demander des conseils sur l'éducation, voire sur la santé, la posologie d'un médicament, la lecture d'une notice etc. « Un jour, une femme m'a demandé de lui faire ses injections que le centre lui avait donné. » directeur d'école.

vi. Ombiasy

Comme on l'a expliqué, les ombiasy sont garants des traditions et du lien avec les ancêtres. Certaines cérémonies, comme l'exhumation ou le tsakafara (sacrifice pour demander aux ancêtres quelque chose) sont très importantes et non négociables.

vii. Chef religieux

Les chrétiens viennent le voir, il a une bonne légitimité auprès de ses ouailles. Mais pouvoir assez restreint sorti de sa « communauté » (à ne pas entendre au sens du village).

viii. Associations de femmes

C'est variable mais on ne peut pas réellement parler de forte influence. Pour certains fokontany avec un dynamisme communautaire très mauvais, les associations de femmes ne font pratiquement pas d'activités, elles peuvent se réunir très ponctuellement pour aider à l'organisation d'une fête. Cela ne va pas plus loin.

Dans d'autres villages, certaines m'ont semblé parfois plus investies, mais c'est encore très timide, et en aucun cas, cela n'a un rapport avec la santé. Les associations de femmes sont plus structurées autour des événements collectifs (fêtes, cérémonies, accueil des étrangers etc.).

ix. Jeunes

Pas vraiment de légitimité, même s'ils sont cités parfois.
Les gens disent que ce ne sont que des associations sportives, qu'ils ne font rien d'autres.

5. Pratiques de solidarité existantes (traditionnelles, impulsées)

Fandriaka (s'entraider) : « par exemple, on est trois personnes, un jour on va travailler sur le champ du premier, après le deuxième jour on va dans le champ du deuxième et le troisième jour on va dans le champ du troisième. Et comme ça on tourne, ça marche même s'il y a dix personnes »

« Il existe aussi des associations religieuses qui sont cadrées aussi sur ce système au moment de la récolte du riz. » Un homme

« Aujourd'hui, il n'y a plus de fandriaka, tout travail mérite salaire ! » Un jeune

« Avant, on apportait des boissons alcoolisées traditionnelles, et les gens venaient, ils travaillaient dans les champs car ils pouvaient boire après ! Aujourd'hui ce n'est plus que l'argent qui compte. » Un tangalamena

Tambirao (*tambi*= demander, *rao*=ce que l'on mélange avec le riz comme le bouillon par exemple) : « Cela veut dire que si l'on veut quelque chose, on le demande et en contre partie, le donneur exige du travail. » « Quand on voulait creuser un canal dans un village ou réhabiliter une route, nos grands parents pratiquaient ça. On abattait un zébu, on préparait beaucoup de riz et au retour du travail en collectivité, on mangeait tous ensemble. On travaillait d'abord et après on allait manger » Un homme.

NB : MEDAIR aurait fait ça sur Maroantsetra pour la propreté de la ville. Ils auraient abattu deux zébus, et chaque carreau devait s'organiser pour creuser leurs canaux. Selon l'informateur, cela n'aurait pas très bien marché car les gens ne sont pas assez impliqués, il n'y avait pas assez de personnes pour le travail et trop pour le repas... L'effet ville ? A voir sur village où les carreaux sont bien contrôlés par les présidents.

A Village F, chaque carreau a une **association de secours** (*vonjy taitra*= réponse aux urgences), chargée de collecter des fonds en cas d'urgence (santé, catastrophe etc.). « S'il y a des malades, on prend une caisse de l'association pour sauver le malade en cas d'urgence. Il y a un comité, avec un président, un trésorier, un secrétaire, tout ça sont des gens du carreau. »

Quand il n'y a pas d'urgence, l'association regroupe des pady de riz et va le vendre en août lors de la saison de soudure : « vu les difficultés rencontrées par les populations lors de la dernière période de soudure, on est conscient qu'il faut s'aider entre nous et faire des bénéfices pour résoudre les problèmes de la communauté ». Président association carreau.

Association d'hommes « de même âge » à Village N : cotisation de riz, prise de responsabilité pour la sécurisation du village, gestion de conflit, brancard et **remplacement de la personne malade sur son champ**.

Autre association à Village M et à Village N : association autour de la récolte du riz

A Village M, les habitants ont acheté une plaine, ils font des réunions, ont des élus (président, trésorier etc.). Ils ont fait une cotisation, cultivent le riz et le vendent pendant la soudure, ou l'utilisent pour les fêtes.

A Village N, un peu le même principe, mise en commun du riz pour la vente pendant la soudure.

« Les plus pauvres, lorsqu'ils ont des difficultés, on leur donne du riz pour la soudure » institutrice.

« S'il y a un accident, une personne malade, c'est au carreau de cotiser. » Un tangalamena.

« Parfois l'église peut aider, les gens font des cotisations » un représentant de l'église.

Une femme (Village V) explique qu'elle a pu être hospitalisée car son association s'est cotisée pour l'envoyer là-bas.

Association qui peut aider lors de la soudure.

« Nos traditions c'est important. Lorsqu'il y a un décès, il est obligatoire d'avoir une réunion, de manger ensemble et d'aller au cimetière pour enterrer. »

Les pratiques de cotisation pour un malade sont soit obligatoires soit volontaires, je n'ai pas rencontré d'homogénéité à ce sujet dans les différents villages : par exemple les cotisations sont obligatoires à Village V en cas d'urgence, et on envoie les tangalamena dans leurs carreaux pour faire payer les derniers récalcitrants. A Village F, c'est obligatoire mais le malade doit rembourser. A Village N, c'est une participation volontaire, et le malade ne rembourse pas la somme.

Attention : un effet pervers a été soulevé : la communauté a des pratiques de solidarité traditionnelle, dans lesquelles elles se réunissent en « associations » même si le terme ne correspond pas exactement à ce que nous nommons association. Or, lorsqu'un programme vient et demande de créer une association communautaire pour appuyer le programme (exemple la décortiqueuse de MDM ou les COSAN), on affaiblit les associations traditionnelles : « on m'a désigné président d'une association de carreau. Aujourd'hui je suis aussi président de la décortiqueuse. C'est vrai que je suis engagé dans beaucoup de choses, ça plus l'église. Je n'arrive plus trop à mobiliser l'association de secours du carreau, qui s'est un peu endormie depuis l'arrivée de la machine. » Président d'une association de carreau.

« Il faut prévenir quand vous venez, car nous on doit rester, on ne peut pas aller sur les champs et ça bouleverse toutes nos activités. » le directeur d'école.

Organisation autour des médicaments :

Epiciers qui tentent de développer eux même leur savoir, collectant des informations par ci par là en ville.

6. Pratiques envisagées (plus perception de MDM)

Il va falloir faire un projet qui inclut des activités différentes entre des villages isolés (« Le malade n'a même pas le temps d'arriver à l'hôpital »...) et les villages proches CSB puisqu'on a pu voir que leurs problématiques pouvaient différer.

i. Information : IEC/EPS

« Nous sommes faibles face à la maladie, nous n'avons pas de moyens de prévention, pas d'hôpital, pas de pharmacie, pas d'informations. » Président

« Il serait nécessaire d'avoir une sensibilisation car on a besoin de savoir comment utiliser les médicaments » un président.

« Pour se soigner les gens du village font ce qu'ils savent, ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes. » président

« Moi je suis prêt pour une formation sur les médicaments et la santé. Je le fais déjà tout seul et avec ma femme qui ramène des « livres » pour s'informer. » Épicier de Village N

Nécessaire de faire de l'IEC ou EPS autour du *Tazo et Aretin-Kib*. Cela ne serait pas pertinent de développer de l'IEC sur d'autres pathologies car on risque de compliquer les messages. Faire un vrai travail autour des représentations de ces deux pathologies, pour les aider à distinguer le vrai du faux, et à savoir comment réagir face à ces maladies.

Vraie demande de la part de nombreuses personnes de formation : cibler les référents « traditionnels » : présidents, instituteurs, épiciers, chef religieux, matrones et guérisseurs.

Réfléchir à émission de radio sur la santé qui pourrait être mensuelle et qui expliquerait comment la maladie se forme, comment on la traite etc.

ii. Améliorer l'accessibilité à des soins de base : travail autour des pirogues

« Cette année, trois personnes sont mortes de diarrhées, on n'a pas pu les déplacer ».

« Si quelqu'un tombe malade, il peut mourir en route, c'est trop loin, trop dur. » un président

« On a peur quand on porte un malade avec le brancard, on a beaucoup d'inquiétude, on sait que ça va être difficile si on le porte là-bas. »

« Parfois on loue des pirogues. Mais quand l'urgence c'est la nuit, c'est compliqué ! Là on peut dire qu'on ne peut pas se déplacer, et c'est la mort assurée. » Présidente sécaline.

Très bonne perception de l'action de MDM concernant le don de pirogue à Village F.

Réfléchir à une organisation pour disposer d'une pirogue d'urgence pour améliorer l'accès aux soins en cas d'urgence. C'est une activité qui me paraît prioritaire.

iii. Pharmacie communautaire ou formation des épiciers ?

« Le village est isolé, on est loin de l'hôpital. Il manque une pharmacie. » Un vice président.

« C'est d'une pharmacie que l'on a besoin et de quelqu'un formé pour ça. » un président.

« Il faudrait une pharmacie communautaire. On fabriquerait la maison où l'on vendrait les médicaments. On nommerait un ou deux responsables, bien formés et on vendrait les médicaments à prix moyen, et on éviterait la rupture de stock. On paierait un peu la personne, en roulement, un travail en relais, sorte d'association. Ce seraient des femmes et des hommes, car ils n'ont pas les mêmes horaires. Chez nous, beaucoup de gens auraient la capacité de suivre une formation. Par exemple les épiciers, ils savent déjà pleins de choses. » un **tangalamena**

On est devant une organisation sociale et pragmatique par rapport à la demande de soin. C'est absolument à creuser, car c'est une pratique existante, correspondant à un besoin, et qui demanderait d'être renforcée, notamment en formation. Evidemment cela pose le problème de retarder l'accès aux services de santé de base. Mais si l'on considère les pratiques existantes et les difficultés liées aux CSB, c'est une proposition d'intervention très importante à mon sens.

« Les médicaments vazaha, on peut en trouver avec le commerce ambulant, mais ils en passent pas tout le temps. C'est rare d'en trouver en épicerie, on ne peut pas compter sur ça en cas d'urgence car ils n'ont plus assez de médicaments. » Président

« Quand on est malade on commence par le traitement traditionnel, c'est le seul disponible. Sinon on attend le passage d'un vendeur ambulant, ou quelqu'un va jusqu'en ville chercher un médicament. » Président

iv. Renforcer la surveillance ou le contrôle du CSB

Je ne sais pas s'il faut impliquer la population à ce niveau, étant donné le peu de résultat des COSAN. Il ne semble pas qu'un COSAN, même avec le président, ait une vraie influence sur la gestion du CSB, certainement perçu comme dépendant d'une autre autorité.

Quant au COSAN, ils ne semblent pas effectifs (mais peut être trop récents ?). Il y a cependant une organisation traditionnelle effective, celle du carreau. A réfléchir pour travailler à ce niveau communautaire et non au niveau du fokontany. Enfin, il faut absolument impliquer le président et ses chefs carreaux.

CONCLUSION

« Je suis content que MDM se préoccupe de ce que nous pensons vraiment. » Un président.

Que fait cette société lorsque la maladie se présente à elle ? Comment nomme-t-elle les maladies ? Comment explique-t-elle ses causes ? Par quelles voies entend-elle la prévenir, la traiter et au-delà comment la société lorsque survient le malheur donne-t-elle une aide pour répondre à la douleur ou à la mort ? Qui prend en charge les malades par des voies différentes de celles de la médecine si peu accessible ?

Pour améliorer la santé des populations, il y a certes les techniques de la médecine et de la santé publique, et les projets d'aide sociale ou humanitaire. Mais il faut aussi pénétrer dans d'autres univers, faits de représentations, de craintes, de culpabilité et d'accusation. Des univers où les maladies croisent les mauvais esprits, les accusations de sorcellerie, le poids de la religion, et l'organisation complexe de l'autorité pour la décision de soin.

C'est un vaste brassage d'idées, de représentations, d'angoisses et de conduites qui de façon apparemment inextricable s'agence autour de la maladie pour peu qu'elle soit grave ou qu'elle rechute à de multiples reprises... Les projets d'aide qui entrent, qu'ils le veuillent ou non, qu'ils le sachent ou non, dans cet entrelacs de réponses au malheur sont aussitôt un partenaire sur cette scène, ils y tiennent un rôle. Mais lorsque l'on monte un projet, connaît-on toute la scène, sait-on ce qui se passe derrière le rideau et ce qui se prépare ?

C'est l'effort de cette étude que d'aider à mettre de la clarté sur les pratiques de soins et sur l'organisation communautaire, au cœur de la région de Maroantsetra, où se rencontrent la maladie, les religions, la quête de soin et celle de sens face à la maladie, la douleur et la menace de mort. Non certes pour tout expliquer mais pour dégager quelques recommandations qui peuvent faire sens dans l'univers des populations que l'on veut aider. Il s'agit là de restaurer un ordre intelligible au sein de ce qui paraît souvent confus et contradictoire dans les conduites et les propos de ceux qui sont confrontés à la maladie et à la mort, pour eux-mêmes ou pour leurs proches.

Dans la région de Maroantsetra, la prise en charge de la maladie est placée dans une situation difficile. D'une part, dans cette région, les villages sont confrontés à un isolement assez fort, à une difficulté réelle de transport pour chercher de l'aide. D'autre part parce que les services publics et privés de soin sont fort peu présents et de mauvaise qualité. **Il est bien rare qu'un malade puisse accéder aux soins médicaux de qualité, faute de disponibilité du personnel ou faute de moyens économiques.**

Alors les pratiques traditionnelles face à la maladie sont nombreuses. Les unes ont des visées préventives sous des formes conjuratoires, d'autres ont des objectifs explicitement thérapeutiques, et passent par une grande diversité de thérapeutes, de guérisseurs, de dispensateurs de plantes, de prières ou d'exorcisme. Mêlant en un seul ensemble les maladies mentales et les pathologies corporelles, ces pratiques reçoivent nombre de consultants. **La densité de la vie religieuse tient pour beaucoup au fait que nombre de pratiques et de cultes ont une finalité de prévention ou de cure, pour peut être palier aussi la faiblesse du système de santé moderne.** Alors ici, les liens sont très étroits entre la quête de salut et la recherche de santé...

Ces pratiques ne combattent pas la médecine, au contraire, elles s'ajustent à elle, et apparaissent comme des réponses à une représentation du mal et de ses causes que la médecine ne reconnaît pas, et qui, indépendamment de son éventuelle validité factuelle, a une solide réalité culturelle.

Enfin, c'est aussi toute la solidarité traditionnelle autour du malheur qu'il faut aussi connaître pour ne pas introduire d'effets pervers qui fragiliseraient encore un peu plus une population déjà très ébranlée.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence de la mission de l'anthropologue

Objectifs de l'étude :

Général :

Contribuer à la préparation d'un éventuel programme de santé communautaire

Spécifiques :

Etablir une classification des fokontany des 6 communes rurales à risques (avec ou sans CSB, CSB éloigné, présence d'un COSAN, mutuelle, d'agents communautaires...)

Dans quelques fokontany représentatifs de cette typologie (nombre à définir avec le consultant):

- a) Etablir un descriptif détaillé des différents acteurs de santé (agents communautaires, guérisseurs et matrones, agents des structures sanitaires...), nombre, rôle, motivation
- b) Analyser les attitudes de la population vis-à-vis des différents acteurs de santé et préciser les niveaux de solidarité territoriaux (carreau, fokontany ?).
- c) Analyser le cas échéant le fonctionnement réel des COSAN ou COGES au regard du référentiel de politique nationale de santé communautaire
- d) Recueillir des données sur les raisons de la faible fréquentation des formations sanitaires par la population.

En conclusion de ce recueil de données :

Elaborer des recommandations concernant un éventuel programme de santé communautaire

Méthodologie:

A préciser par le consultant

Elle pourrait combiner les différents outils de collecte de données qualitatives en particulier des focus group avec différentes catégories de la population, entretiens individuels avec les membres des COSAN, COGES ou agents communautaires... voire l'observation

Résultats attendus:

- Un rapport d'une quarantaine de pages maximum présentant

- la méthodologie
- les résultats (données recueillies)
- l'analyse de ces résultats
- des recommandations
- Présentation du document à l'équipe Maroantsetra (et au SDSAS) ainsi qu'à l'équipe Tana.

Durée et Planning:

Le plus rapidement possible, l'étude devant être conclue avant fin Mars 2009.

Idéalement disposer des conclusions pour fin Janvier serait un plus

Durée à préciser par le consultant

Profil recherché :

Diplôme universitaire en sciences sociales (anthropologie, sociologie...)

Expérience confirmé d'études similaires (en particulier dans le domaine de la santé)

Expérience de l'humanitaire souhaitée

Connaissance du contexte malgache appréciée

Budget :

Proposition à faire par le consultant

Contacts:

Réunion :

Dr Dominique Coyez et Dr Emmanuelle Rachou

Madagascar :

Alban Bonnet Casson Coordinateur Site Maroantsetra

Thierry Gontier, Coordinateur Général Médecins du Monde
coordinateur.mdm@moov.mg

Annexe 2 : Protocole d'enquête et guides d'entretien

Protocole d'enquête

Au niveau des itinéraires thérapeutiques

Pour les acteurs traditionnels (guérisseurs, matrone, etc.), l'enquête devra aider à dresser un panorama des diverses spécialités afin de déterminer qui sont-ils, quels sont leurs rôles et fonctions :

- Qui sont-ils ?
- Quelles méthodes ?
- Pour quels problèmes ?

L'objectif est de comprendre les principales demandes des populations à leur niveau et les recours. Il sera aussi fait une enquête sur leurs connaissances des maladies (étiologie, symptômes, etc.).

On cherchera à comprendre leurs relations avec les autres types de soignants y compris les agents communautaires et les CSB. Enfin, ils seront entretenus sur la notion de communauté (légitimité, rôle à l'intérieur de la communauté etc.) et sur la notion de santé communautaire.

Méthodologie : Entretiens (voir guides) et observations (local, matériel etc.)

Sur le fonctionnement communautaire

L'enquête devra aider à comprendre quelle est la définition de la communauté, de la famille, et du territoire :

- Qu'est ce qui différencie la famille de la communauté ?
- Quelles sont les choses que l'on partage en famille ? en communauté ?
- Qui aide qui ?
- Qu'est-ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté ?
- Par rapport à un problème de santé ou une urgence, qui décide ? Qui est écouté ? Qui est reconnu ? Que se passe-il ?

Un travail sera fait sur la légitimité des représentants

- Ont-ils déjà eu recours à un agent communautaire ? pourquoi ? Qu'en pensent-ils ?
- Comment choisir les meilleures personnes ? Critères.

Méthodologie : Entretiens (voir guides) et observations (association, COGES, etc.)

Sur la faible fréquentation des Centres de Santé de Base

Des enquêtes seront menées au sein des CSB et des pharmacies sur les rôles de chacun

- Que pensent-ils des protocoles ? adaptés ou non ?
- Qui devrait s'occuper de l'hygiène selon eux ? Comment ?
- Quels sont les médicaments les plus appréciés et pourquoi ?
- Perception des antibiotiques, des contraceptifs, etc.

Perceptions des soignants concernant les pratiques populaires et les représentations de la santé : au sujet des croyances, des recours alternatifs, de l'efficacité des tradithérapeutes

- Quelles sont selon eux les raisons de la préférence des accouchements à domicile.
- Y-a-t-il des pratiques culturelles qui nécessitent présence de matrone ?

Perceptions des soignants des « actions communautaires » : pertinence, efficacité, légitimité des représentants...

Perception de la dynamique communautaire.

Perception de MDM, et des autres ONG ainsi qu'UNICEF: fonctionnement, relations, à propos des per diem etc.

Quelles sont leurs difficultés quotidiennes ? organisation, matériel, relation avec population, supérieur etc.

Quels sont leurs besoins et leurs craintes ?

Des enquête seront également menées sur les perceptions des CSB par les populations sur :

- les raisons du non recours (faire une liste : prix, distance, accueil etc..., faire une classification du plus grave au moins grave)
- la perception de l'efficacité (A quoi sert le CSB ? Dans quel cas ? Satisfaction ?).
- l'implication de la communauté dans les CSB : quel serait l'engagement possible au niveau des CSB ? L'entretien est sous la responsabilité de qui ?

Méthodologie : entretiens (voir guides) et observation du fonctionnement: ouverture, accueil, empathie etc.

Sur les pratiques et les représentations populaires des maladies auprès des populations

Faire dresser une liste de toutes les maladies que la population connaît

Faire classer par ordre de gravité, de préoccupation (permet d'avoir une idée de la priorisation)

Demander quelles sont les étiologies populaires pour les principales. Interroger notamment le rapport eau/diarrhée ? Quels sont les recours pour les principales (itinéraire thérapeutique avec première intention, seconde etc.) ?

Faire une typologie de la nosographie : essayer de voir les mots en malgache pour dire fièvre et paludisme. Demander à traduire malnutrition, diarrhée, rougeole etc.

Voir si la préférence des accouchements à domicile ne serait pas liée à des représentations particulières de la maladie : y-a-t-il des pratiques culturelles qui nécessitent présence de matrone ?

Méthodologie : entretiens (voir guides)

Sur les médicaments et leur utilisation

Observation des médicaments achetés et stockés au niveau des pharmacies familiales. Raisons évoquées, et mode de prise.

Quels sont les médicaments les plus appréciés et pourquoi ?

Interroger les perceptions autour des antibiotiques, injections, anti-douleur, contraceptifs. Observation des médicaments les plus proposés au niveau des épicereries.

Faire des entretiens avec les vendeurs sur la connaissance de ces médicaments et sur les raisons de l'achat par les usagers :

- Pour quels maladies on peut dépenser de l'argent ?
- Qu'est-ce qui coûte au-delà des soins ?

Méthodologie : entretiens (voir guides) et observation

Sur l'action de prévention des risques liés aux catastrophes naturelles

- Quelles sont les conséquences des cyclones ? faire la liste et classer par ordre de gravité.
- Liens entre cyclone et conséquences sanitaires ?
- Qu'ont-ils retenus des messages MDM? Qu'en pensent-ils ? Est-ce adapté (faisabilité) ?

Méthodologie : entretiens (voir guides)

Guides d'entretien

Pour chaque guide, toutes les questions ne doivent pas être nécessairement posées à toutes les personnes, il s'agit seulement de questions pouvant être posées

Guide d'entretien pour la population en général

Objectif de l'entretien : comprendre l'organisation communautaire, la perception des CSB et les raisons de la faible fréquentation ainsi que les représentations populaires de la maladie

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur l'organisation communautaire :

- Qu'est ce que vous appelez « communauté » ? « famille » ? « territoire » ?
- Qu'est ce qui différencie famille et communauté ?
- Quelles sont les choses que l'on partage en famille ? en communauté ?
- Qui aide qui dans la communauté ? Dans la famille ?
- Quelles sont les rôles ?
- Par rapport à un problème de santé ou une urgence, qui décide ? Qui est écouté ? Qui est reconnu ? Que se passe-il ?
- Pourquoi ces personnes sont-elles reconnues et écoutées ? Sur quels critères ?
- Avez-vous déjà eu recours à un agent communautaire ? Pourquoi ?
- Y-a-t-il des actions de sensibilisation et d'Education Pour la Santé ? Qu'en pensent-ils ? Qu'en ont-ils retenu ?
- Qu'est-ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté ?
- Qu'est-ce qu'un indigent ? cette catégorie existe-t-elle vraiment ?
- Pour améliorer l'accès aux soins, qu'est-ce qu'il pourrait être fait au niveau de la communauté ? quels sont les obstacles ?

Questions additionnelles si la personne est membre d'une association :

- Quelle est l'organisation ? Quels sont les difficultés ? Quels sont les besoins si projets ?

Représentations populaires de la maladie :

- Quelles maladies connaissez-vous ?
- Quelles sont les plus graves ?
- Quels sont les causes de ... ?
- Comment cette maladie est-elle nommée ? Comment se soigne-t-elle ?
- Qui va-t-on consulter dans ce cas ?
- Est-ce une maladie dont on peut parler facilement ?

Sur les perceptions des CSB par les populations :

- Allez-vous souvent aux CSB ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles sont les raisons du non recours aux CSB ?
- Comment la communauté est-elle engagée au niveau des CSB ?

Sur les médicaments :

- Quels sont les médicaments les plus appréciés et pourquoi ?
- Comment se prennent les médicaments ?
- Où les achetez vous ? Pourquoi ?

Pour les vendeurs (pharmaciens ou épiciers) :

Entretiens sur la connaissance de ces médicaments et sur les raisons de l'achat par les usagers

Sur les cyclones et la sensibilisation :

Quelles sont les conséquences des cyclones ? faire la liste et classer par ordre de gravité.
Quelles conséquences sanitaires ont les cyclones ?
Qu'avez-vous retenus des messages diffusés par MDM? Qu'en pensez-vous ? est-ce adapté (faisabilité) ?

Guide d'entretien pour les matrones

Objectif de l'entretien : comprendre le rôle d'une matrone, connaître les difficultés des femmes pendant la grossesse, l'accouchement, quels traitements reçoivent-elles...

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur leur rôle :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Quand avez-vous commencé à faire ça ? Où consultez vous ?
- Comment vous appelle-t-on ?
- Qui vous a transmis vos connaissances ? Votre formation a duré combien de temps ?
- Comment s'organise votre journée ? Quelles sont vos autres activités ? Combien de temps prend votre activité de soin par jour ou par semaine ?
- Comment les gens vous payent-ils ?
- N'y-at-il que les femmes enceintes qui viennent vous voir ?
- Quel suivi donnez-vous aux femmes pendant la grossesse et après l'accouchement ? (nombre de visites)
- Quelles sont les principales difficultés des femmes pendant la grossesse ?
- Quel traitement donnez vous ?
- Pouvez vous nous décrire un accouchement ? (position de la femme, ustensiles, traditions...)
- Quelles sont les principales difficultés des femmes pendant l'accouchement ? A quoi sont-elles dues ? Que faites vous dans ces cas ?
- Quelles sont les rituels, pratiques, interdits ? concernant la grossesse, l'accouchement, le nouveau né ?
- Travaillez vous avec d'autres soignants ?

Fausses couches/avortement :

- Est-ce que les femmes connaissent les fausses couches ? Comment les appelle-t-on ? A quoi sont-elles dues ? Quel traitement ?
- Est-ce que certaines femmes avortent ? Comment font-elles ? Avec qui ?

Sur la faible fréquentation des CSB :

- que pensez vous des CSB ?
- Pourquoi à votre avis peu de personnes y ont recours ?
- Pour quel type de problème les CSB sont-ils efficaces ?

Sur la dynamique communautaire et la perception de MDM :

- Selon vous , quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Les gens viennent-ils vous voir pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?
- Si MDM veut travailler avec la communauté pour améliorer l'accès aux soins, qui seraient les personnes de la communauté qui pourraient nous aider ? Et comment ?
- Quels sont vos craintes si un futur projet s'installe ici ?

Guide d'entretien pour les tradithérapeutes

Objectif de l'entretien : comprendre ses pratiques de soins, connaître les patients qui viennent le voir, pour quelles pathologies, quels traitements...

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur leur rôle :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Quand avez-vous commencé à faire ça ? Où consultez vous ?
- Comment vous appelle-t-on ?
- Qui vous a transmis vos connaissances ? Votre formation a duré combien de temps ?
- Comment s'organise votre journée ? Quelles sont vos autres activités ? Combien de temps prend votre activité de soin par jour ou par semaine ?
- Comment les gens vous payent-ils ?
- Qui en particulier vient vous voir ? Pour quelles pathologies (faire faire une description des symptômes) ? Quelles sont les pathologies les plus fréquentes ? Les plus graves ?
- Donnez vous des conseils pour prévenir les maladies ? Lesquels ?
- Comment soignez vous vos patients (pour chaque pathologie énoncée)
- Comment attrape t-on cette maladie ? étiologies populaires et mode de transmission
- Pour telle maladie, il faut revenir combien de fois ?
- Travaillez vous avec d'autres soignants (guérisseur, matrone etc.) ?

- Qui est le mieux placé pour soigner telle ou telle maladie ?

Sur la faible fréquentation des CSB :

- que pensez vous des CSB ?
- Pourquoi à votre avis peu de personnes y ont recours ?
- Pour quel type de problème les CSB sont-ils efficaces ?

Sur la dynamique communautaire et la perception de MDM :

- Selon vous , quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Les gens viennent-ils vous voir pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?
- Si MDM veut travailler avec la communauté pour améliorer l'accès aux soins, qui seraient les personnes de la communauté qui pourraient nous aider ? Et comment ?
- Quels sont vos craintes si un futur projet s'installe ici ?

Guide d'entretien autour de la communauté avec un chef

Objectifs de l'entretien : comprendre le rôle du chef, connaître son influence, ses principales difficultés etc.

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur son rôle :

- Pouvez-vous nous expliquer votre rôle ? Depuis combien de temps ? Qui vous a choisi ?
- Pouvez vous nous décrire une journée typique ?
- Quelles sont les personnes qui viennent vous voir ? Pour quelles raisons ?
- Que faites vous ? Quelle aide apportez vous ?
- Travaillez-vous avec d'autres chefs ?

Représentations populaires de la maladie :

- Quelles sont les principales maladies dont souffrent les membres de votre communauté ?
- Qui soignent ces personnes ?
- Quelles sont les traditions par rapport à ces maladies ? Les traitements traditionnels ?
- Qu'est-ce qui peut être fait pour prévenir ces maladies ?

Sur la dynamique communautaire et la perception de MDM :

- Qu'est ce qui différencie la famille de la communauté ?
- Quelles sont les choses que l'on partage en famille ? en communauté ?
- Qui aide qui ? qu'est-ce qu'un indigent ? cette catégorie existe-t-elle vraiment ?

- Qu'est-ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté ?
- Par rapport à un problème de santé ou une urgence, qui décide? Qui est écouté ? Qui est reconnu ? Que se passe-t-il ?
- Ont-ils déjà eu recours à un agent communautaire ? pourquoi ? Qu'en pensent-ils ?
- Comment choisir les meilleures personnes ? Quels sont les critères ?
- Selon vous , quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Les gens viennent-ils vous voir pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?
- Si MDM veut travailler avec la communauté pour améliorer l'accès aux soins, qui seraient les personnes de la communauté qui pourraient nous aider ? Et comment ?
- Quels sont vos craintes si un futur projet s'installe ici ?

Guide d'entretien avec un religieux

Objectifs de l'entretien : comprendre le rôle du religieux, connaître son influence, ses principales difficultés etc.

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur son rôle :

- Pouvez-vous nous expliquer votre rôle dans la communauté? Depuis combien de temps ?
- Pouvez vous nous décrire une journée typique ?
- Quelles sont les personnes qui viennent vous voir ? Pour quelles raisons ?
- Que faites vous ? Quelle aide apportez vous ?
- Pendant vos prêches, quelles sont les conseils que vous donnez ?
- Travaillez-vous avec d'autres religieux ?

Représentations populaires de la maladie :

- Quelles sont les principales maladies dont souffrent les membres de votre communauté ?
- Qui soignent ces personnes ?
- Quelles sont les traditions par rapport à ces maladies ? Les traitements traditionnels ?
- Qu'est-ce qui peut être fait pour prévenir ces maladies ?

Sur la dynamique communautaire et la perception de MDM :

- Qui aide qui ? qu'est-ce qu'un indigent ? cette catégorie existe-t-elle vraiment ?
- Qu'est-ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté ?
- Selon vous , quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?

- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Les gens viennent-ils vous voir pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?
- Si MDM veut travailler avec la communauté pour améliorer l'accès aux soins, qui seraient les personnes de la communauté qui pourraient nous aider ? Et comment ?
- Quels sont vos craintes si un futur projet s'installe ici ?

Guide d'entretien avec un soignant

Objectif de l'entretien : comprendre les pratiques, les difficultés, les pathologies les plus traitées, les traitements, les représentations des autres soignants...

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité.

Sur son rôle :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Quand avez-vous commencé à faire ça ?
- Comment vous appelle-t-on ?
- Qui vous a transmis vos connaissances ? Votre formation a duré combien de temps ?
- Comment s'organise votre journée ?
- Quelles sont vos autres activités ?
- Pour quelles pathologies (faire une description des symptômes) ? Quelles sont les pathologies les plus fréquentes ? Les plus graves ?
- Donnez-vous des conseils pour prévenir les maladies ? Lesquels ?
- Que pensez-vous des protocoles qui sont imposés ? sont-ils adaptés ?
- Comment soignez-vous vos patients (pour chaque pathologie énoncée) ?

Sur sa perception des autres soignants

- Travaillez-vous avec d'autres soignants (guérisseur, matrone etc.) ?
- Qui est le mieux placé pour soigner telle ou telle maladie ?
- Les personnes que vous consultez ont-elles déjà visité un guérisseur avant ? Quels traitements ont-ils déjà reçus ?
- Que pensez-vous des traitements traditionnels ?
- Quelles sont les croyances populaires par rapport à ces maladies ?
- Quelles sont les raisons selon vous de la préférence des accouchements à domicile ? Y a-t-il des pratiques culturelles qui nécessitent la présence de matrone ?
- Qu'en pensez-vous ?

Sur le fonctionnement du CSB :

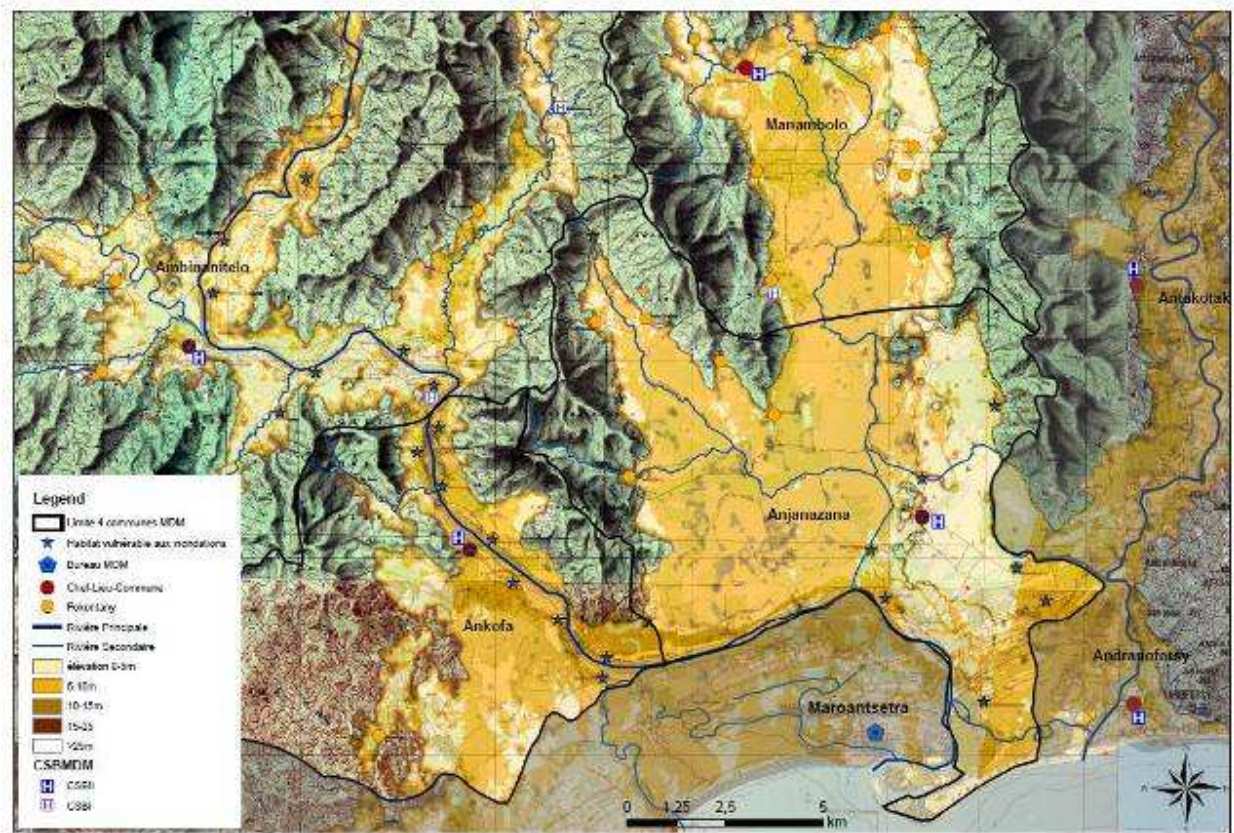
- Quelles sont vos difficultés quotidiennes ? organisation, matériel, relation avec population, supérieur etc.
- Perceptions des différents protocoles : comment feriez-vous, vous ?

- Qui devrait s'occuper de l'hygiène selon vous ? Comment ?
- Idem pour pharmacie : les rôles et devoirs de chacun selon vous ?
- Quels sont les médicaments les plus appréciés et pourquoi ? perception des antibiotiques, des contraceptifs, etc.
- Travail sur la sensibilisation : existe-t-elle ? si oui comment ?

Sur la dynamique communautaire et la perception de MDM :

- Selon vous , quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ?
- Dans votre communauté, qui aide les gens à se sentir mieux ? (religion, discussion, travail, soins aux enfants etc.)
- Les gens viennent-ils vous voir pour d'autres problèmes que la santé ?
- Selon vous quelles sont les personnes les plus légitimes pour aider la communauté ?
- Quelles sont les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous du travail des associations ?
- Si MDM veut travailler avec la communauté pour améliorer l'accès aux soins, qui seraient les personnes de la communauté qui pourraient nous aider ? Et comment ?
- Quels sont vos craintes si un futur projet s'installe ici ?

Annexe 3 : Descriptif des villages



ZONE D'INTERVENTION GRC MDM MAROANTSETRA

Fokontany de V. (Commune Rurale d'Ankofa) :

Distance CSB	4km, mais fleuve à traverser (impossible lors des inondations car trop de courant) donc pas d'accès aux soins en cas d'intempérie, dépendance aux pirogues
inondation	partielle
catégorie	Zone basse
Dynamisme communautaire santé	Mention d'agents communautaire PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant) opérationnelles et pratiquant des soins. Mobilisation communautaire pour la construction d'une case de soins pour ces agents. Très bonne dynamique communautaire
Nb. d'habitants Présence de soignants et d'association	Environ 1200 personnes. 4 carreaux. 8 épiceries. 4 associations de femmes. 2 associations de jeunes (sportives). 4 agents communautaires PCIME vendant des médicaments, 1 secouriste, 3 matrones (2 sœurs, 1 « immigrée »), 2 sorciers.
Remarques	Problème de potabilité de l'eau causant des diarrhées, peu de confiance

	dans les agents de santé communautaires. Président, adjoint et chefs carreaux forment « le comité » qui veille au bon fonctionnement de la communauté
--	---

Fokontany de F. (Commune Rurale d'Anjanazana) :

Distance CSB	6km, par piste ou canaux, difficile de s'y rendre hors période sèche (sept-nov), peut être dépendant de pirogues pour se rendre au CSB
inondation	non
catégorie	Zone piémont
Dynamisme communautaire santé	Initiative locale de création d'une association santé pour aide au transport vers CSB (crédit transport + achat médicaments) basée sur une expérience vue dans un autre District sur une association similaire montée par CARE. D'autres fokontany aux alentours sont intéressés pour répliquer ce type de fonctionnement. <i>MDM intervient directement dans ce village sur la GRC et une pirogue bois vient d'être mise à disposition de l'association pour assurer le transport jusqu'au CSB (demande locale).</i>
Présence de soignants et d'association	Fort dynamisme communautaire : 3 carreaux, 3 chefs carreaux, un président et un vice président. Chaque carreau a une association de secours, chargée de collecter des fonds en cas d'urgence (santé, catastrophe etc.). Les Tangalamena ont un président. Une association de femmes, 2 équipes sportives, une association sécaline, 3 églises (catholique, protestant, adventiste).
Remarques	Du fait de sa proximité relative, les villageois ont tendance à se rendre directement à l'hôpital de Maroantsetra lorsqu'il y a un problème plutôt qu'au CSB.

Fokontany de M. (Commune Rurale de Maroantsetra) :

Distance CSB	CSB dans le fokontany même
inondation	non
catégorie	
Nb. d'habitants	28000 personnes
Dynamisme communautaire santé	Bon dynamisme communautaire Présence très importante de l'Eglise ainsi que de soignants traditionnels Présence d'un grand nombre d'associations.

Fokontany de A. (Commune Rurale d'Ankofa) :

Distance CSB	CSB dans le fokontany même
inondation	Oui (CSB inondable)
catégorie	Zone basse
Dynamisme communautaire santé	Quasi nulle, manque de motivation du chef de poste (absentéisme pour raison politique), il vient d'être muté au District pour plus de suivi. La communauté a fait des demandes pour des cases de santé dans le fokontany même.
Nb. d'habitants	2307 personnes
Présence de soignants et d'association	Présence de 8 associations de jeunes, 5 associations de femmes, 6 ombiasy, forte présence religieuse, nombreuses matrone à proximité
Remarques	Nombreux dysfonctionnements du CSB, peu de contrôle du COSAN sur le CSB. Volonté de la part des soignants traditionnels de travailler avec les soignants du CSB. Les secouristes ne sont pas considérés. « Le comité » a peu d'influence.

Fokontany de N. (Commune Rurale d'Anjanazana) :

Distance CSB	Isolement important. Le plus proche centre de soins est l'hôpital, il faut entre 4 et 8h pour s'y rendre, dépendance forte aux pirogues. 6 personnes mortes en 2009 sur le trajet menant à l'hôpital
inondation	Oui
catégorie	?
Dynamisme communautaire santé	Dynamisme communautaire important, « comité » (institutrice, représentante de l'association de femmes, président, vice-président, tangalamena) très présent.
Présence de soignants et d'association	Présence de plusieurs associations sportives et de solidarité, 3 associations de femmes, 2 agents communautaires, 1 ombiasy, 1 mpanandro, 1 matrone à proximité, association sécaline

Annexe 4 : Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE "Santé, société et culture à Madagascar"

ANDRIANAIVO, "Le rôle de l'hôpital malgache dans l'éducation sanitaire", *Bulletin de Madagascar*, décembre 1967, pp.919-946

APPOLIS E., "Une épidémie de ramanenjana à Madagascar, 1863-1964", Tananarive, *Annales de l'université de Madagascar*, section Lettres, n°3, 1964, pp. 60-63.

AUBRY P., RAKOTOBE P., "La formation médicale à Madagascar de 1870 à nos jours", *Médecine Tropicale*, volume 60, n° 4, 2000, p. 345-347

BAUBET T., *Les enfants des rues d'Antananarivo et les morts: culture, psychopathologie, et intervention humanitaire*. Prisme (Quebec) 1999 ; 9(1): 24-33.

BLOCH M., *From blessing to violence, history and ideology in the circumcision ritual of the Merina of Madagascar*, Cambridge University Press, 1986.

BLOCH M., *Placing the dead. Tombs, ancestral village and kinship organization in Madagascar*, London & New-York, Seminar Press, 1971.

BRYGOO E.-R., "Aspects particuliers de la pathologie infectieuse et parasitaire de l'homme à Madagascar", *Archives de l'Institut Pasteur de Madagascar*, n°36, 1967, pp. 83-113.

BRYGOO E.-R., *Mémoires de l'Académie Malgache, Bibliographie médicale de Madagascar*, Fascicule XLIII, Tananarive, Imprimerie Nationale, 1968.

COLLOQUE, "Santé, Environnement et Développement", organisé dans le cadre de la célébration du Centenaire de l'Académie Nationale des Arts, des Lettres et des Sciences Madagascar Hilton, 24-25 juillet 2002.

DANDOUAU (Mme), "Ody et fanfafody (charmes et remèdes), extraits de tantaran'ny Andriana", Tananarive, *Bulletin de l'Académie Malgache*, XI, 1912, p. 151.

DEBRAY M., "Médecine et pharmacopée traditionnelle de Madagascar", *Etudes Médicales*, 1975, pp. 66-83.

DECARY R., *La mort et les coutumes funéraires à Madagascar*, Paris, Maisonneuve et Larose, 1962.

DECARY R., POISSON H., "Les trois légendes botaniques malgaches", *Revue générale des sciences*, t. LXIV, n°5-6, Paris, 1962, pp. 136-160.

DECARY P., *La divination malgache par le sikidy*, Paris, Imprimerie nationale, Librairie GEUTHNER Paul, 1970.

ESOAVELOMANDROSO F. V., "De la peste maladie à la 'peste politique' . Interprétation par les Merina du phénomène d'endémie pesteuse sur les Hautes Terres Centrales après 1921-1936", *omaly sy Anio* (Hier et Aujourd'hui), n°11, janv.-juin, Tananarive, U.E.R. d'Histoire, 1980, pp. 49-110.

ESTRADE J.M., *Un culte de possession à Madagascar. Le Tromba*, Paris, Anthropos, 1997.

FAUBLEE J., *Présage, divination à Madagascar*, T. II, Paris, PUF, 1968.

FIELOUX M et LOMBARD J., "La danse de l'ancêtre. Le mal pour penser et dire le social dans les pratiques religieuses malgaches", in R.Massé et J. Benoist (éd.) *Convocations thérapeutiques du sacré*, Paris, Karthala, 2002 pp 295-305

FIELOUX M et LOMBARD J., *Du premier frisson à la libre parole : itinéraires de possession à Madagascar* In: *L'Autre : cliniques, cultures et société*, Grenoble, 2000, vol. 1, no 3, p. 455-473

GIRARD G., "La santé publique et ses problèmes à Madagascar entre les deux guerres mondiales (1917-1940)", *Bulletin de l'Académie Malgache*, 1964, p.1-17.

GUEUNIER N-J., "Le thème de la sorcellerie maléfique dans la littérature populaire écrite à Madagascar", *Asie du Sud-Est et Monde Insulindien*, vol. VI, n°1, Paris, Ecoles des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1975, pp. 71-84.

GUEUNIER N-J., "La maladie et la guérison chez les Masikoro de la région de Tuléar (Sud-Ouest de Madagascar). Diagnostiquer et guérir" commentaire de la thèse de doctorat de J.B.I. Ramamonjisoa", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

HARDENBERGH SHB (1993) *Undernutrition, Illness and Children's Work in an Agricultural Rain Forest Community of Madagascar*. Dissertation, Department of Anthropology, University of Massachusetts Amherst.

HARDENBERGH SHB (1997) "Why are boys so small?: child growth, diet and gender near Ranomafana, Madagascar." *Social Science & Medicine* 44(11):1725-1738.

HARDENBERGH SHB (1996) Behavioral quality and caloric intake in Malagasy children relative to international growth references. *The American Journal of Human Biology* 8(2):207-223.

HARPER J., *Endangered Species: Health, Illness, and Death among the Forest People of Madagascar*. Durham, Carolina Academic Press, 2002, XVII + 273 p., bibl., index, gloss., ill. Préface de Pamela J. Stewart et Andrew Strathern. (" Ethnographic Studies in Medical Anthropology ").

HEBERT J.C., "Le rite de l'enjambement à Madagascar (le mandika)", *Cahiers de l'Asie du Sud-Est et du Monde Insulindien*, VIII, 1, Paris, 1977, pp. 1-23.

JOLLY A., *A world like our own : man and nature in Madagascar*, New Haven, Yale University Press, 1980.

- KOTTA C.P.**, *The past in the present :history, ecology and cultural variation in highland Madagascar*, Ann Arbor, the university of Michigan, 1980.
- LEGROS**, *Présentation d'un manuscrit arabico-malgache de prescriptions médicales et magiques*. Mémoires de maîtrise, Tuléar, Centre Universitaire Régional, 1984, 192
- MANGALAZA E.**, *Vie et mort chez les Betsimisaraka de Madagascar*, Paris, L'Harmattan, 1999.
- MESTRE C.**, "Quête identitaire et consensus thérapeutique, Analyse anthropologique de parcours de soin en milieu urbain (Tamatave, Madagascar)", in *Champ psychosomatique*, 1997, 11/12, La pensée sauvage, pp.81-94
- MESTRE C.**, *Un hôpital à Madagascar. Analyse anthropologique de la confrontation des pouvoirs, des savoirs et des représentations à l'hôpital de Toamasina*, Thèse de Doctorat, laboratoire "société, santé, développement", CNRS, Université de Bordeaux 2, décembre 1999.
- MESTRE C.**, "Apollinaire, médecin-guérisseur", in *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 2000, vol.1, n°3, pp.439-454.
- MESTRE C.**, "De la possession à l'hystérie, conversion médicale dans un hôpital malgache", in *L'Autre, Cliniques, cultures et sociétés*, 2001, Vol. 2, n°3, pp.495-508.
- MESTRE C.**, "L'hôpital comme "arène" . Étude de la mise en place du recouvrement des coûts à Toamasina (Madagascar)", in *Face à face*, www.ssd.u-bordeaux2/ftf, n°2, juin 2000, pp. 50-56.
- MESTRE C.**, "Recouvrement de coûts, répercussion sur l'accès aux soins et enjeux politiques à Madagascar (Toamasina)", in *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*, Gobatto I (dir.), Paris, Karthala/MSHA, 2003, pp.109-128.
- MESTRE J-L**, "L'assistance médicale indigène à Madagascar de 1896 à 1919", in *Etudes d'histoire du droit à l'époque contemporaine : XIXe-XXe siècle*, Paris, PUF, 1985, pp. 267-282.
- MOLET L.**, "Cadres pour une ethnopsychiatrie de Madagascar", *L'Homme*, Paris, VII, 2, 1967, pp 5-29.
- MOLET L.**, *La conception malgache du monde du surnaturel et de l'homme en Imerina*, 2 tomes, Paris, L'Harmattan, 1979,
- OTTINO P.**, "Le tromba à Madagascar", *L'Homme*, vol. 5, n°1, 1965, pp. 84-93.
- PIGNON T., RALANTOARIMIHANTA M., ANDRIANJATOVO R., FAVRE R.**, "La cancérologie à Madagascar", *Méditerranée médicale*, n°369, 1987.
- PROFITA R.P.**, "Convergence du symbolisme des coutumes malgaches et des rites chrétiens", *Bulletin de l'Académie Malgache*, Tananarive, N.S, LI, 2, 1973 (1975)

QUANSCH N., "Ethnomedicine in the Maroantsetra region of Madagascar", *Econ. Bot.*, 42/3, 1988, pp. 370-375.

RABE R., "Fitsimbinan'ain'ny razana hohatsarain'ny taranany" [Précautions sanitaires des ancêtres à améliorer par leurs descendants], *Ny Bulletin'ny Société Mutuelle du Corps Médical Malgache*, n°38, janv. (pp. 25-28), n°38, fév. (pp. 57-59), 1928.

N.B. : les deux parutions portent le même numéro (n° 38).

RABEARIMANANA L., "Mystique et sorcellerie dans le manuscrit de l'Ombiasy II – la circoncision", *Omalysy Anio*, 3-4, 303-21, 1976.

RABEDIMY J.Fr., *Pratiques de divination à Madagascar*, Travaux et Documents, n°51, Paris, Orstom, 1976.

[Partie II, Chapitre 3 : quelques interprétations du sikidy (maladies, etc.)]

RAHAMEFY-RAMAROLAHY A., "Une thérapeutique ambiguë : apprivoiser les ancêtres ou exorciser les démons ?", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RAJAONARIMANANA N., *Traité des divinatoires et recettes medico-magiques de la tradition malgache antemoro*, Thèse de doctorat, 4 vol., Paris, Institut des Langues et Civilisations Orientales, 1990, 1362 p.

RAJAONARIMANANA N., "Les documents médicaux de la tradition arabico-malgache (Sud-Est de Madagascar)", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RAKOTOARIMANANA M., "Pratiques thérapeutiques et sorcellerie à Vinanikarena (centre de Madagascar)", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RAKOTOMALALA M., BLANCHY S., RAISON-JOURDE F., *Madagascar : les ancêtres au quotidien*, Paris, L'Harmattan, 2001.

RAKOTOMALALA M., "La lèpre vue à travers une esquisse comparative de trois jeux des enfants Malgaches", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RAKOTOMALALA Y., "Les pathologies prédominantes à Madagascar, au dernier quart du XIXe siècle, d'après les rapports des missionnaires britanniques", *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RALAIMIHOATRA (docteur), "Hono ho aho Dokotera. Toto hevitra sy fitandremana tsy maintsy fantatra amin'ny aretina mpanjo matetika, nalahatra araky ny abidy [Dites-moi Docteur. Conseils et précautions à connaître nécessairement sur les maladies fréquentes, classées par ordre alphabétique], *Etudes Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

RAMAMONJISOA J. B. I., *La maladie et la guérison chez les Masikoro de la région de Tuléar (Sud-Ouest de Madagascar). Diagnostiquer et guérir*. Thèse de doctorat, 2 vol., Paris, INALCO, 1994, 259 p. + 537 p. (Corpus).

RAMISIRAY G. (Dr), *Pratiques et croyances médicales des Malgaches*, Paris, A. Maloine éditeur, 1901.

RANAIVO Ch., *Pratiques et croyances des Malgaches relatives aux accouchements et à la médecine infantile*, Paris, éd. Maloine, 1902, 94 p.

RAMAHANDRIDONA G., "La perception de la science et de la recherche par l'âme malgache", *Bulletin de l'Académie Nationale des Arts, des Lettres et des sciences*, numéro spécial du centenaire de l'Institut Pasteur de Madagascar, 1999, p. 9-14.

RANDRIANARISOA P., *L'enfant et son éducation dans la civilisation traditionnelle malgache*, Collection "Les croyances et les coutumes malgaches", n°1, Tome 1.

RATSIFABDRIHANANA B., TERRANOVA R., Social psychiatric therapy in a hospital at Madagascar, *Dis Nerv Syst*, 28, 6, 1967, pp. 398-401

REGNARD C., *Crise économique, santé et mortalité à Madagascar*, Collection "Populations", L'Harmattan, 2003.

RUUD J., *Taboo : a study of Malagasy customs and beliefs*, Oslo, Oslo University Press, London, Allen & Unwin, 1960.

SHARP L., *Exorcists, Psychiatrists and the problems of possession in Northwest Madagascar*, Social Science and Medicine.

SHARP L., *The possessed and the dispossessed, Spirits, Identity, and Power in a Madagascar Migrant Town*, Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, 37, University of California Press, 1993.

STIEFEL, S.-L., Enquête sur les plantes médicinales vendues sur le marché d'Antananarivo (Madagascar). Université de Neuchâtel, 1998.

STIEFEL, S.-L., Usages et représentations des plantes sauvages par les habitants du massif de Manongarivo (Nord-Ouest de Madagascar). Mémoires 120, 2001.

VIG L., *Charmes : spécimens de magie malgache*, Trad. Norv. Et éd. Par O. Chr. Dahl. Oslo, Universitetsforlaget, 1969.

Plantes médicinales à Madagascar

AGENCE DE COOPERATION CULTURELLE ET TECHNIQUE. Médecine traditionnelle et pharmacopée : environnement et développement durable (Réunion sous-régionale de l'Océan Indien. 26-30 avril 1993. Antananarivo), Paris, ACCT, 1993, 168 p.

BEAUJARD Ph., "Plantes et médecine traditionnelle dans le Sud-Est de Madagascar", *Journal of Ethnopharmacologie*, n°23, 1988, pp. 165-265.

ANDRIATSIJAFATO-RAZANAMAHERY D., *Plantes médicinales et thérapeutique traditionnelle en stomatologie à Madagascar*. Thèse de chirurgie dentaire. Paris, Université de Paris VII, 1984.

BOITEAU P., "Note botanique sur le Tanghin", *Bulletin de l'Académie Malgache*, XXVII, Tananarive, 1946, pp. 189-190.

BOITEAU P., *Précis de matière médicale malgache avec formulaire*, Antananarivo, La Librairie de Madagascar, 1979.

BOITEAU P., ALLORGE-BOITEAU L., *Plantes médicinales de Madagascar : 58 plantes médicinales utilisées sur le marché de Tananarive (Zoma) à Madagascar*, Paris, Agence de coopération culturelle et technique: Karthala, 1993. 135 p. : fotogr. (Economie et développement)

CLOUET A., "Le Qât", *Bulletin de Madagascar*, 314-315, juillet-août, Tananarive, 1972, pp. 593-595.

DEBRAY M., JACQUEMIN H., RAZAFINDRAMBAO R., *Contribution à l'inventaire des plantes médicinales de Madagascar*, Paris, Orstom, 1971.

DESCHEEMAEKER, A., *Plantes médicinales malgaches*, 2^e édition, Ambositra, Imprimerie Saint Paul, Fianarantsoa, 1990, 110 p. (Traduction française de Ravi-maitso)

HEIBY E., "Notes sur le 'somorona', lycopode des forêts tropicales employé par certaines populations de Madagascar comme drogue héroïque", *Bulletin de l'Académie Malgache*, N.S, 38, Tananarive, 1960, pp. 97-99.

KI-ZERBO J. (Préf.), "Médecine traditionnelle et pharmacopée africaines" (Colloque du CAMES. 7-10 juin 1976. Niamey), Ouagadougou, Conseil africain et malgache pour l'enseignement supérieur, 1976.- 251 p. : graph., tabl., cartes, fotogr.

PERNET M.R., "Ethno-botanique et plantes médicinales à Madagascar : bilan d'un siècle d'études", *Bulletin de l'Académie Malgache* (42) 1 : 31-33, 1964.

POUSSET J-L., *Plantes médicinales africaines*, Tome 1 : utilisation pratique, Tome 2 : possibilités de développement, Paris, Agence de coopération culturelle et technique, Ellipses, 1989. 2 vol., 156 p. + 159 p. : fotogr.- (Ellipses)

RAKOTO-RATSIMAMANGA A., et alii., *Eléments de Pharmacopée Malagasy*, Tananarive, Imprimerie Nationale, 1969.

RANAIVOSOA F., et alii, "Le Centipeda Orbicularis dans le traitement dentaire sur les hautes terres malgaches", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 11-12, 1997-98, pp. 1-4.

RANAIVOARIVAO E., "Vers la démocratisation des médicinales à Madagascar", *Bulletin de Madagascar* (330) 580-591, 1974.

RASOANAIVO R. et alii, "Quatre ans de recherche en chimiothérapie antipaludique : bilan et perspectives", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 6, n°2, 1992, pp. 95-101.

RASOLONDRATOVO B. et alii, "Contribution à l'inventaire des plantes utilisées comme remèdes et charmes dans la région sud du Madagascar", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 9, n°2, 1995, pp. 135-146.

RATSIMAMANGA-URVERG S., et alii, "Antimalarial activity and cytotoxicity of Evodia fatraina stem bark extracts", *Journal of ethno-pharmacology*, vol. 33, n°3, 1991, pp. 231-236.

SAMYN J-M., *Plantes utiles des hautes terres de Madagascar*, Alain Petitjean éditeur, 2è édition imprimée à la Réunion, 81p.

SAWADOGO M., THILL G. (sous dir.) "Pratiques interculturelles en médecine et santé humaines : phytomédicaments d'origine africaine" (Symposium Prélude. 27-31 mars 1995. Ouidah - Bénin). Paris, Agence de coopération culturelle et technique.- Namur (Belgique), Presses Universitaires de Namur, 1995 .- 243 p.- (Prélude, 3.)

VERIN, P-M., "Note sur la pharmacopée malgache. L'exemple du talapetraka (suivie d'une bibliographie indicative sur les plantes médicinales malgaches)", *Études Océan Indien*, n°19, Paris, Inalco, 1995.

Documents techniques sur les plantes médicinales

Les Cahiers du CITE, Nouvelle série : numéro spécial Plantes Aromatiques et Médicinales, N°4, 2nd trimestre, Antananarivo (Madagascar), Centre d'Information Technique et Economique (CITE), 1996

"Fiche espèce sur Abrus Precatorius L. (Fabaceae)", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 5, n°1, 1991, pp. 67-80.

"Fiche espèce sur Ageratum Conyzoides L. (Asteraceae)", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 5, n°2, 1991, pp. 67-79.

"Fiche espèce sur Carica Papaya L.", *Médecine traditionnelle et pharmacopée, Bulletin de liaison*, vol. 2, n°1, 1988, pp. 73-88.

"Fiche espèce sur Cassia Occidentalis L.", *Médecine traditionnelle et pharmacopée, Bulletin de liaison*, vol. 1, n°2, 1987, pp. 143-170.

"Fiche espèce sur Jatropha Curcas Linn. ", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 11-12, 1997-98, pp. 205-222.

"Fiche espèce sur Psidium Guajava L. (Myrtaceae)", *Médecine traditionnelle et pharmacopée, Bulletin de liaison*, vol. 4, n°1, 1990, pp. 65-75.

"Fiche espèce sur Tamarindus Indica L. (Caesalpiaceae)", *Revue de médecines et pharmacopées africaines*, vol. 7, n°2, 1993, pp. 155-157.

"Fiche espèce sur Zingiber Officinale Rosc.- Zingiberaceae", *Médecine traditionnelle et pharmacopée, Bulletin de liaison*, vol. 3, n°1, 1989, pp. 65-74.

"Plantes aromatiques et médicinales de Madagascar", *Actes du séminaire Cite-Gret-Cirad du 17-22 juin 1996*. Antananarivo (Madagascar), Antananarivo, Centre d'Information Technique et Economique (CITE) , 1996.- 168 p.

Revue : numéros et dossiers spéciaux

"Dossier special : Madagascar." *Ethnopharmacologia*. Bulletin de la société française d'ethnopharmacologie, n° 36, novembre 2005.