

SANTE ET SYSTEME DE SOINS EN MILIEU RURAL



De Mandritsara à Békily, étude
géographique comparative de
deux districts ruraux malgaches



Philippe KANNAPEL

Thèse présentée en vue
de l'obtention du grade de
Docteur en Géographie
le 19 novembre 2015

Jury composé de :

Gérard Salem :
Professeur à l'Université de Paris Ovest La Défense
(directeur de thèse)

Catherine Fournet-Guérin :
Maître de conférence en Géographie, Université de
Reims-Champagne-Ardenne (rapporteur)

Pascal Handschumacher :
Géographe, chargé de recherche à l'IRD (rapporteur)

François Taglioni :
Professeur à l'Université de la Réunion (président)

SANTE ET SYSTEME DE SOINS EN MILIEU RURAL

De Mandritsara à Békily, étude géographique comparative de deux districts ruraux malgaches

Thèse écrite et soutenue par Philippe KANNAPEL

Graphisme et mise en page de Stéphane KANNAPEL

Saint-Denis de la Réunion, Mars 2015

Remerciements

Je tiens à exprimer ma plus vive gratitude aux nombreuses personnes qui de diverses manières ont permis à ce travail d'aboutir.

Mes premiers remerciements vont à Mr le Pr Gérard Salem qui a patiemment guidé ce travail de recherche, en dépit de distances physiques conséquentes. Vous m'aviez permis d'intégrer votre DEA de géographie de la santé durant lequel j'ai pu bénéficier d'un enseignement et d'une formation de qualité. Vos conseils tout au long de ce travail furent précieux et vos remarques toujours pertinentes.

Je dois ensuite de vifs remerciements à Mr le Pr François Taglioni pour l'attention qu'il a toujours portée à ce travail et pour avoir accepté d'en être le rapporteur ; merci infiniment pour le temps consacré à répondre à mes nombreux questionnements à l'île de la Réunion et pour tous les conseils prodigués.

Je suis très honoré que Mme Catherine Fournet-Guérin ait accepté de juger et d'être rapporteur de cette thèse. Vos recherches dans la capitale malgache m'ont accompagné durant plusieurs mois et largement stimulé.

Que Mr Pascal Hanschumacher, qui me fait l'honneur de juger ce travail et d'en être le rapporteur, soit ici remercié ; qu'il soit assuré de l'importance que j'attache à son jugement. Votre connaissance du terrain est indéniable.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Mr le Pr Télésphore Yao Brou. Votre disponibilité au début de la rédaction de mon texte restera un moment fort de ce travail.

Je remercie Mr le Pr Christophe Rogier, directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar, pour son accueil et ses encouragements mais aussi pour son engagement dans la santé publique à Madagascar.

Je souhaite remercier le Dr Justin Jaomazava, président du conseil de l'ordre des médecins de la région Sofia. L'accueil que vous me réservez est toujours chaleureux et généreux. Vous m'avez intégré dans l'équipe d'enseignants de votre école de formation de para-médicaux à Antsohihy, et ce depuis le début du projet. Je vous transmets toute ma gratitude.

Je témoigne ma plus profonde reconnaissance à Clélia Gasquet, docteur en géographie. Tu étais la meilleure durant le DEA et tu as brillamment soutenu une thèse passionnante à propos d'Ebola : elle m'a servi de livre de chevet pendant plusieurs semaines. C'est grâce à toi que j'ai retrouvé le chemin de l'université, dans les méandres de l'informatique. Je te rassure, j'ai finalement réussi à boucler cette thèse.

Un très grand remerciement à Mr Jocelyn Iandrinirina. Ta soif d'apprendre est rare et ton enthousiasme permanent est contagieux. Tu es finalement l'un des promoteurs de cette

thèse : c'est toi qui m'as introduit dans le Sojabe de Mandritsara. Même si désormais tu vis en ville, je sais que tu n'oublieras jamais la population rurale en faveur de qui tu continues à t'investir.

Merci à Mr Jocelyn Marino. Tu m'as « ouvert » les portes du Service régional de la Santé d'Antsohihy et permis d'accéder à des données précieuses. Ta grande connaissance du terrain m'a été d'une aide incomparable.

Je remercie particulièrement messieurs Dupapin et Théodosse sans qui ce travail n'aurait pu être mené à son terme. Outre de précieux interprètes, vous fûtes des compagnons de recherche irremplaçables. Travailler avec des personnes intelligentes fut un puissant stimulant.

J'adresse un vif remerciement à Mme Sophie Bugnon-Beauchef qui a toujours été présente au téléphone et aux nombreux emails. Merci pour votre patience et votre compétence.

Un immense merci à Oline, Séraphin, Henriette, Tsifanina, Estelle, Rakotomisy, Nicolline et les autres, Sylvain (Ananalava) et Théophile (Mandritsara), les forçats de la nuit. Merci à mes amis Elisé et Kinedit et à toi aussi Julien ainsi que le reste de la bande de Béfandriana Aravatra : Juliette, Frisco, Albert, Marc... Merci à Christian, Augustin, Jen, Christiannah et Henri : vous êtes les meilleurs. Vous êtes dorénavant tous définitivement sortis de l'anonymat.

Mes pensées vont bien sûr et tout naturellement à ma famille, ma mère pour son soutien inconditionnel et ma sœur infatigable re-lectrice.

Sommaire

Remerciements.....	3
Sommaire	5
Avant-propos. Comment s'investir sur un terrain de recherche ?	9
 Introduction générale	11
Un postulat et des constats pour une problématique	15
Concepts.....	17
Approche méthodologique générale	25
 Partie 1 : Madagascar, cadre et enjeu de notre recherche. Un pays aux allures de continent.	39
Introduction à la Première Partie	40
Chapitre 1 : Madagascar, un morceau de Gondwana à la dérive. Cadre général de l'étude.....	41
A. HISTOIRE DE MADAGASCAR, « <i>UNE GEOGRAPHIE DANS LE TEMPS</i> »	41
B. UN MILIEU DANS UN CADRE : LE CONTEXTE MALGACHE	55
C. LE MILIEU HUMAIN A MADAGASCAR	69
D. DIX-SEPT « PAYS » DANS UN ENVIRONNEMENT MENACE	82
E. ELEMENTS EXPLICATIFS DU CHOIX DES ESPACES DE RECHERCHE	93
Chapitre 2 : Dérive vers deux terrains pour une recherche comparative ...	103
A. AU CŒUR DU « PAYS » TSIMIHETY, LE DISTRICT DE MANDRITSARA	103
B. ISOLE DANS LE « PAYS » ANDROY, LE DISTRICT DE BEKILY.....	115
 Partie 2 : Les « besoins de santé » comme déterminant du système de soins. Des besoins et des lieux.	135
Introduction à la seconde partie	136
Chapitre 3 : Pas de dérive pour les besoins de santé à Madagascar. Etat des connaissances.....	137
A. LES BESOINS DE SANTE DES MENAGES MALGACHES.....	137
B. A PROPOS DES MALADIES INFECTIEUSES	139
C. LES PROBLEMES NUTRITIONNELS A MADAGASCAR	159

D. BESOINS DE SANTE LIES A L'EAU ET A UN DEFAUT D'ASSAINISSEMENT	170
E. MORTALITE INFANTILE, MORTALITE MATERNELLE A MADAGASCAR..	185
Chapitre 4 : Une recherche dans les districts ruraux de Mandritsara et de Békily	193
A. DES BESOINS DE SANTE INATTENDUS DANS LA REGION SOFIA	193
B. LES BESOINS DE SANTE AU NIVEAU MICRO-LOCAL DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA.....	204
C. LA BILHARZIOSE A BEKILY : ETUDE DE CAS	210
Conclusion de la seconde partie.....	243
 Partie 3 : L'offre de soins : le cœur du système de soins.	245
Introduction à la troisième partie	246
Chapitre 5 : L'offre de soins à Madagascar, une histoire chaotique	247
A. NAISSANCE D'UN SYSTEME DE SOINS DANS LA GRANDE ÎLE	247
B. UN SYSTEME DE SOINS VICTIME DE CRISES : SANTE DE L'ETAT ET ETAT DE LA SANTE A MADAGASCAR DEPUIS L'INDEPENDANCE	262
C. LA SANTE SUR LE TERRITOIRE : REGLES ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS A MADAGASCAR	283
CONCLUSION : LES COMPLEXES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LA SANTE	296
Chapitre 6 : Le système de soins en milieu rural malgache. L'offre de soins en questions.....	298
INTRODUCTION : OFFRE PUBLIQUE DE SOINS ET OFFRE DE SOINS PRIVEE	298
A. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA	307
B. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE BEKILY	330
Chapitre 7 : Analyse comparative du système de soins dans deux espaces ruraux malgaches	358
A. MADAGASCAR, AFRIQUE DE L'OUEST : LE DESTIN COMMUN DES SYSTEMES DE SOINS	358
B. AU REGARD DU SYSTEME DE SOINS, DES DISTRICTS PAS SI DIFFERENTS.....	361
C. ...AVEC CEPENDANT DES NUANCES.....	381

Partie 4 : Modalités de la consommation de soins dans la campagne malgache	389
Introduction à la quatrième partie	390
Chapitre 8 : L'accessibilité aux soins en milieu rural malgache	393
A. CADRE CONCEPTUEL	393
B. L'ACCES AUX SOINS DANS LES CAMPAGNES MALGACHES	399
C. LA BROUSSE OU LA JUNGLE : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CROISES	419
Chapitre 9 : Les pratiques de soins en milieu rural	435
A. LES PRATIQUES DE SOINS DES USAGERS	435
B. PRATIQUES DES PRATICIENS DU SYSTEME DE SOINS	448
CONCLUSION : DE NOUVELLES PRATIQUES A INVENTER	464
Chapitre 10 : Les uns et les autres : les représentations dans le domaine de la santé	466
INTRODUCTION	466
A. L'AGRICULTEUR, LE DOCTEUR ET LE CHERCHEUR	469
B. CHRONIQUES RURALES. QUAND LA GEOGRAPHIE SE FROTTE A L'ETHNOLOGIE	485
 Conclusion générale.....	 501
 Bibliographie.....	 514
Entretiens	533
Lexique	536
Glossaire	538
Annexes.....	542
Table des cartes.....	560
Table des encadrés	561
Table des graphiques	562
Table des schémas	562
Table des tableaux	562
Table des photographies	563

Table des textes	566
Table des citations d’auteur	566
Table des matières.....	566

Avant-propos. Comment s'investir sur un terrain de recherche ?

Le terrain de cette recherche se situe à Madagascar, vaste espace insulaire, tropical et largement rural, l'un des plus pauvres du monde : 71,5 % de la population vit sous le seuil de pauvreté et 55,8 % des habitants sont touchés par l'insécurité alimentaire (PNUD, 2013). Ces concepts ont des liens directs, cause ou conséquence, avec la santé d'une population et le système de soins d'un lieu. Ils seront présents tout au long de notre travail, fruit d'une initiative personnelle, pour laquelle nous avons défini un cadre et fixé certaines règles de conduite. Il convenait tout d'abord de ne pas arriver en territoire conquis. Aucune démarche n'a été facile, il a fallu briser de nombreux « tabous », concernant en premier lieu la communication, la langue étant une barrière incontournable. La phrase « *Oh, vous êtes à Madagascar et vous ne parlez pas le malgache, mais nous, si nous nous rendons en France, on devra parler français, n'est-ce pas ?* » revenait souvent dans les conversations. Puis, il a fallu franchir d'innombrables obstacles culturels. La mémoire collective est restée vive dans ce pays ; il fut colonisé par la France il y a plus d'un siècle et ce, pendant plus de soixante ans. Certains l'ont condamné mais inversement, d'autres regrettent de ne pas être restés français jusqu'aujourd'hui. Ainsi, lors de nos recherches de terrain, nous avons été confrontés à des discours plus ou moins raisonnables, au sens premier de la raison. Il convint ensuite de respecter un code de conduite éthique, le domaine de la santé étant présentement une affaire privée, le fondement même de l'intimité, et par conséquent confidentielle. Ce fut une exigence de diplomatie permanente. Notre travail de terrain s'est fait en plusieurs étapes, pour d'abord se faire connaître, puis éventuellement se faire re-connaître dans nos nombreux déplacements sur le terrain. Expliquer le projet aux professionnels de la santé, vivement intéressés et curieux, a demandé malgré tout beaucoup de temps. « *Que faites-vous ?* », « *Que désirez-vous savoir ?* », « *Vous travaillez pour quelle organisation ?* », « *Merci de vouloir nous aider : mais en pratique, quel bénéfice pouvons-nous obtenir ?* », ces questions revenaient comme une litanie, un leitmotiv. Nous avons eu néanmoins beaucoup de chance dans nos rencontres et contacts locaux, ce qui a permis de se faire accepter auprès de la population, afin de gagner la confiance puis les confidences de nos interlocuteurs. Il a fallu enfin oublier trente années de pratique médicale en France, pays favorisé, redevenir un étudiant-chercheur lambda, avec juste ce qu'il faut de naïveté, éviter les clichés et oublier les idées préconçues, afin de placer l'espace géographique au cœur de notre étude. Les liens sont définitivement fixés, c'est alors un peu plus facile d'avancer. Nous nous appuyons sur de multiples entretiens dans ce travail. Tous les moments passés sur le terrain ont été des moments privilégiés, intellectuellement et humainement très riches. Les éléments de ce texte sont le fruit d'une recherche de terrain et nous n'hésiterons pas à donner parfois un point de vue très personnel, répondant à nos propres exigences et curiosités. Ce travail rapporte le point de vue d'un chercheur étranger n'engageant que lui.



Introduction générale



Introduction générale

Les baobabs et le caméléon

« Le baobab, avant de grandir, ça commence par être petit ».

Antoine de SAINT-EXUPERY

Schéma 1 : A l'assaut !



■ Texte 1 : A propos des caméléons¹

« (...) Les caméléons vivent une vie solitaire et territoriale (...). Le caméléon a un œil capable de surveiller le sol pendant que l'autre regarde en l'air, une langue qui jaillit comme un ressort pour capturer les insectes à distance, des pattes qui leur servent de pinces, une queue qui leur sert de cinquième main et une proverbiale faculté de changer de couleur (...). Dans la grande classe des reptiles, l'ordre des squamates regroupe les

¹ www.larousse.fr/encyclopedie/vie-sauvage

serpents, les amphibènes et les lézards, dont font partie les caméléons (...). Le caméléon est un reptile qui ne rampe pas, il marche ou grimpe dans les arbustes ou les buissons. A terre, il avance toujours très lentement et avec beaucoup de prudence. Mais dans les arbres, c'est un habile acrobate. Ses cinq doigts, soudés en deux groupes (l'un de deux doigts, l'autre de trois), opposables l'un à l'autre, forment comme une pince qui lui permet de s'agripper aux petites branches. Pour mieux assurer sa prise, il utilise sa queue comme cinquième main. Par les positions improbables qu'il peut prendre parmi les feuillages, paraissant ignorer toute différence entre le haut et le bas, il semble ne connaître ni pesanteur, ni peur du vide. Quand le caméléon marche à terre (ce qu'il fait relativement bien sur les terrains meubles, mais moins facilement sur les surfaces lisses), son corps s'allonge, sa queue se relève et il se dresse sur ses pattes, en s'appuyant sur le sol de toute la surface de ses doigts (...). Le caméléon ne possède ni mâchoire puissante, ni venin, pour se défendre contre ses agresseurs, ses armes sont plus subtiles : l'immobilité et le camouflage. Les bandes, les marbrures, les épines, les cornes et autres protubérances diverses qui ornent son corps, ainsi que la forme de celui-ci, très aplati dans le sens vertical, contribuent à fondre le caméléon dans le feuillage. De plus, il oscille perpétuellement. Ces incessants balancements, propres à l'espèce, aident sans doute à dissimuler l'animal dans une végétation agitée par le vent. Quant à sa faculté de changer de couleur, différant du camouflage adapté au milieu, elle traduit l'expression des émotions ou des variations de température du caméléon. Le caméléon est un insectivore, mais les goûts varient selon les individus : mouches, abeilles, papillons, et même parfois araignées, font partie de leur menu. Il ne s'attaque qu'aux petits insectes, dont il ne fait qu'une bouchée (...). Pour boire, le caméléon profite de la moindre goutte de rosée ou de pluie sur une feuille, qu'il gobe gueule ouverte (...) ».



Photographie 1 : Caméléon commun effrayé

Il est quasiment impossible de repérer dans un feuillage un caméléon « affichant » des tons verts. Mais ce même caméléon, s'il sent une menace, peut devenir pâle d'inquiétude ou noir de colère : c'est là une bien mauvaise manière de se dissimuler. Ainsi, sur la peau du caméléon commun effrayé, apparaîtront des bandes brunes et jaunes qui trahiront sa peur.

En débutant une recherche sur la santé et le système de soins, dans l'espace rural malgache, on ne pense pas forcément aux énormes baobabs, omniprésents, très visibles dans le paysage, ni aux tendres, mais souvent invisibles caméléons : ce sont pourtant des points de force du territoire malgache. Y a-t-il aussi des points de force sur le territoire sanitaire ? Si on lève les yeux sur les besoins de santé de la population malgache, on a l'impression de se trouver face à un gros baobab, on se sent tout petit face à l'énormité des problèmes. Les maladies tropicales infectieuses, endémiques et/ou épidémiques, sont en force sur le territoire malgache : elles pourraient correspondre aux troncs des plus gros baobabs de l'île. Il en existe de toutes les formes et de différentes tailles. Le baobab est un

arbre à l'envers, avec les branches en forme de racines. Il paraît invulnérable. On pourrait affecter chacune de ses branches à un besoin de santé spécifique, l'une pour les besoins « ordinaires », l'autre pour les problèmes nutritionnels, une autre encore pour signifier les effets d'aléas climatiques (dépression tropicale, sécheresse) ou pour des maladies dites « de civilisation ». Madagascar semble cumuler toutes les calamités du monde. Les branches des baobabs se recouvrent de feuilles, à l'arrivée des premières pluies, comme pour montrer l'émergence de problèmes sanitaires supplémentaires : un nouveau foyer pesteux, des morts par accident de la voie publique... Le baobab est un arbre tordu, comme le sont les problèmes de santé à Madagascar. Ces besoins partent aussi dans tous les sens, ne semblant pas pouvoir être contenus. Ils sont de plus labiles, très liés aux saisons.

Le système de soins est-il absent du territoire, ou alors est-il invisible ? On a l'impression qu'il a la même faculté que le caméléon, celle de réagir aux émotions en changeant de couleur, en disparaissant aux yeux de ses prédateurs. L'animal mène à la campagne une vie solitaire et territoriale, comme les professionnels de santé dans les milieux ruraux. Le caméléon a une démarche bancale, mais très élégante. Le système de soins offre-t-il les mêmes atours ? Le caméléon est tordu, comme le baobab. C'est un reptile qui ne rampe pas, habile acrobate dans les arbustes et les buissons. Le système de soins semble fragile comme le caméléon. Pour résister aux soubresauts politiques et économiques de Madagascar, il a dû faire preuve d'imagination. Comment s'est-il adapté, pour proposer des soins modernes à la population ? Le système de soins malgache a souvent « changé » de couleur depuis le début de son histoire. Il s'est calqué, pas toujours avec bonheur, sur le fond politico-économique du pays. Dans quel état est-il aujourd'hui, visible, invisible ?

Le géographe se préoccupe de l'Homme dans son environnement : baobabs et caméléons sont présents partout dans le paysage à Madagascar et l'homme, au cœur de notre propos, les cotoie quotidiennement. Des besoins de santé et une offre de soins mis face à face : voici en quelque sorte l'enjeu de ce travail.

Ce que j'ai appris, je le dois à la collaboration de mon berger, et aussi, puisqu'il faut tout dire, à la collaboration de l'insecte rampant, à celle du papillon et de l'oiseau chanteur. Si je n'avais passé de longues heures, couché sur l'herbe, à regarder ou à entendre ces petits êtres, mes frères, peut-être aurais-je moins compris combien est vivante aussi la grande terre qui porte sur son sein tous ces infiniment petits et les entraîne avec nous dans l'insondable espace.

Elisée RECLUS.

La géographie de la santé est une spécialité de la géographie humaine (Bailly et al., 1998). Notre travail ne s'inscrit délibérément pas dans le domaine de l'épidémiologie. Nous effectuons une recherche dans un pays pauvre, où si des données existent, elles ne sont pas entièrement fiables ou utilisables. La démarche se veut qualitative, il n'y aura donc pas de traitement statistique de données dans cette thèse. Les quelques données disponibles nous serviront néanmoins de référence, sans les considérer comme une base

de travail. L'étude n'est pas non plus une recherche en santé publique, car elle ne traite pas d'un « problème de santé publique » spécifique. Elle s'inscrit résolument dans le domaine de la géographie, sur les traces de nos illustres prédécesseurs. Elle n'a d'autre prétention que vouloir être une démarche intellectuelle qui, en s'intéressant à la santé humaine et au système de soins, se veut une recherche en géographie de la santé.

Un postulat et des constats pour une problématique

Nos recherches nous entraînent dans un espace insulaire et tropical, Madagascar, un des pays les plus pauvres du monde, comme nous l'indiquent la plupart des indicateurs socio-économiques, démographiques ou sanitaires récents, émis par des sources variées. Ce pays fait partie des 50 Pays les Moins Avancés (PMA)². Son économie, majoritairement rurale, reste peu productive car elle est en particulier tributaire et victime d'aléas climatiques parfois cataclysmiques. Le pays est touché chaque année par au moins une dépression tropicale, frappant en général la côte orientale ; d'autres lieux sont cependant ponctuellement frappés, ce fut le cas du Moyen Ouest en février 2014 et en janvier 2015. Des vents violents ou des pluies diluviennes détruisent tout sur leur passage, cultures, habitations, infrastructures routières, qu'il faut reconstruire presque chaque année. La sécheresse endémique du Sud, mais aussi le fléau des invasions acridiennes, bien qu'étudiées en profondeur grâce à d'importants moyens techniques modernes³, entraînent la destruction de cultures déjà très maigres. La population subit des périodes de famine cycliques, compliquant un état nutritionnel de base déjà précaire.

Dans de telles conditions, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD, 2013) classe Madagascar en 2012 selon l'IDH⁴, au peu enviable 151^{ème} rang sur 187 pays. Il s'agit même d'un recul par rapport à 2005 (143^{ème} place). L'IDH est le témoin d'un environnement social et sanitaire particulièrement fragile. Si certaines maladies infectieuses communautaires comme la poliomyélite semblent éradiquées, bien qu'aujourd'hui de nombreuses personnes en conservent encore les stigmates, le paludisme et les diarrhées infectieuses demeurent un problème de santé publique préoccupant, impactant directement l'espérance de vie de la population. Ils sont d'autre part la cause d'une mortalité infantile très élevée (72 décès pour 1 000 naissances

² Il s'agit d'un concept créé par l'Organisation des Nations Unies en 1971. Pour établir cette catégorisation, on prend en compte différents éléments, à savoir le revenu par habitant, le niveau de développement humain et la vulnérabilité économique.

³ La FAO (Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) a lancé sa première campagne de lutte antiacridienne en mars 2014. Elle envisage d'assurer le traitement d'une superficie d'un million et demi d'hectares, comme estimé dans le Programme triennal (2013-2016) de réponse à l'invasion acridienne à Madagascar.

⁴ L'indice du développement humain (IDH) fait la synthèse des indicateurs d'espérance de vie, de niveau d'études et de revenus, pour aboutir à un indicateur composite du développement humain. Il sert de cadre de référence pour le développement économique et social d'un pays. L'IDH de Madagascar est à 0,483, en baisse légère par rapport à 2010. Le classement des pays est dominé par la Norvège avec un IDH de 0,955 (un pays où il fait bon vivre ?), et clos par le Niger (IDH de 0,304). Les sources se trouvent dans les tableaux statistiques du rapport sur le développement humain (PNUD, 2013). La même source indique qu'en octobre 2013, 4 millions de personnes se trouvaient dans un état d'insécurité alimentaire à Madagascar, soit 1/5^{ème} de sa population.

vivantes en 2009). L'accès à une source d'eau potable, surtout en milieu rural, est tout aussi problématique. D'autres maladies infectieuses, la bilharziose, la lèpre et la tuberculose restent endémiques, et certaines évoluent sur le mode épidémique (la peste ou la rage). Enfin, le système de soins est défaillant, par carence d'infrastructures solides et accessibles, mais aussi de personnels de santé. La Grande Île compte en moyenne un médecin pour 6000 habitants ; à titre de comparaison, c'est la proportion de pédiatres en France. Sur le plan purement économique, après des années 1970-90 particulièrement rudes, certes dans un contexte mondial défavorable, Madagascar a connu une courte embellie au début des années 2000. Mais depuis une dizaine d'années, le pays a replongé dans le marasme économique et l'on a observé un franc recul du niveau de vie des habitants. Le pays avait été touché par une grave crise sanitaire durant les années 1980 (REGNARD, 2003) : elle s'était traduite par une forte augmentation de la mortalité générale parmi la population. Des démographes (WALTISPERGER, MESLE, 2005) ont même enregistré un recul considérable de l'espérance de vie des Malgaches, de 13 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes sur une décennie (1990-2000).

Ce constat posé, comment aborder le sujet qui nous préoccupe en géographie de la santé, à savoir le système de soins en milieu rural malgache, et par voie de conséquence la santé de la population ? Nous tenterons de répondre à un certain nombre de questions. Des services statistiques existent à Madagascar⁵, bien que peu performants ou fiables. Les données officielles paraissent floues, nous avons pu en recueillir sur les terrains de nos recherches, celles-ci bien réelles. Elles sont un bon reflet de la réalité malgache actuelle, mais est-ce un échantillon représentatif ? Quelle est la cause du constat désastreux porté à ce pays ? Y a-t-il une cause particulière ou est-ce un faisceau de facteurs défavorables ? H. Picheral (1998) s'interroge à juste titre sur « *les conséquences d'une mauvaise santé sur l'environnement social et matériel, sur les activités, sur la maîtrise de l'espace* ». La « bonne santé » d'un individu ou d'une communauté est essentielle pour qu'un pays puisse progresser, offrir de meilleures conditions de vie à sa population et permettre ainsi son épanouissement. En étudiant le système de soins, on verra que la santé intéresse aussi le géographe. Ce système semble être une victime collatérale du mauvais état général du pays.

Madagascar compte un peu plus de 20 millions d'habitants⁶. Comme dans tous les pays, les hôpitaux et équipements sanitaires « lourds » se situent dans les villes. Au vu du taux d'urbanisation du pays, il en découle que seuls 6 millions de Malgaches, soit environ 30% de la population, ont à priori accès aux hôpitaux ; 14 millions en sont par conséquent privés, c'est une évidence comptable simple. On observe un vrai déséquilibre face à l'offre de soins. Il y a bien ça et là un établissement privé en milieu rural, mais la distribution semble fort aléatoire. Dans un environnement socio-politique difficile, et défavorable à l'expansion du pays, la lecture des indicateurs sanitaires de Madagascar

⁵ A Madagascar, l'organisme national officiel est l'INSTAT (Institut National des Statistiques), basé à Tananarive.

⁶ En 2012, la population est estimée à 21 334 222 habitants (Ministère de la santé publique de Madagascar, 2012, « *Plan Directeur de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016* », 87 p.).

parle d'elle-même : ils ne sont pas bons. En 2007 (GIRAC-MARINIER (dir.), 2011), on comptait par exemple un médecin pour 6 211 habitants (à titre comparatif en France à la même époque, il était de 268). En 2009, la mortalité infantile s'élève à 72 p. 1000 naissances vivantes et on note une espérance de vie moyenne de 61,2 ans pour les hommes et 63 ans pour les femmes (Ministère de la Santé Publique, 2012). Ce pays, à vocation agricole, est confronté au défi majeur de la réduction de la pauvreté (GASTINEAU et alii. (éd.), 2010). Les causes de ces mauvais indicateurs sont multi-factorielles. L'une des raisons est liée directement au mauvais état du système de soins. Elles sont d'autre part liées aux problèmes socio-économiques que connaît le pays (pauvreté chronique et diffuse, mauvaise gouvernance⁷, corruption généralisée), tous les problèmes d'un pays qui n'a pas encore trouvé la voie du développement.

Concepts

La santé et les soins

La santé concerne en premier lieu l'« Homme » malade, c'est-à-dire potentiellement toute une population. Le géographe s'intéresse-t-il à la santé individuelle ou à la santé collective (santé publique), un groupe avec ses besoins de santé spécifiques, dans un lieu donné ? Mais la santé concerne aussi l'« Homme » en tant que soignant. Où celui-ci exerce-t-il son art ? Comment l'offre de soins est-elle répartie ? Quelle est son activité et quel est son champ d'action ? Nous retrouvons ainsi la géographie par son approche spatiale des faits de santé et de la qualité de la santé. Ces questions se trouvent au cœur de la géographie humaine. Elles « *impliquent une approche globale du milieu, de l'environnement (...) car avec le démographe, le sociologue et l'économiste, le géographe propose une autre vision de la santé. La perspective n'est plus exclusivement biomédicale mais aussi sociale, culturelle et comportementale pour déboucher sur les problèmes d'organisation de l'espace (...). Tel quel, empreint d'un certain humanisme, le projet est ambitieux. Il requiert surtout du géographe une indispensable ouverture sur les autres disciplines* » (PICHERAL, 1998).

Comment peut-on dans un premier temps définir la santé ? Elle peut s'envisager comme un terme générique, qui recouvre différentes acceptions. La santé physique ou biologique de l'individu est souvent la seule envisagée. Elle se réfère à la notion de maladie humaine, c'est à dire une altération physique ou psychologique du corps. Or, la santé peut s'appréhender sous d'autres angles⁸ : santé sociale ou bien-être matériel, santé spirituelle

⁷ La gouvernance d'un pays est déterminée par la politique choisie. Celle-ci est indissociable du territoire et participe à la situation sanitaire de la population. La politique sanitaire est concernée au premier plan par les inégalités de santé dans la société. Elle se trouve au centre des différentes échelles territoriales : le village, le canton, la région, la province et l'Etat. Elle détermine enfin les orientations générales dans les priorités des problèmes de santé publique et gère le fonctionnement du système de soins.

⁸ « Planification régionale comme instrument de développement », sn, 1987, *Bull. Acad. Malg.* N° 65, p. 81-87. Dans une thèse sur la planification régionale à Madagascar, l'auteur s'interrogeait déjà (1969) sur la représentation spatiale de la santé. Les recherches avaient été menées dans une région rurale des Hauts Plateaux, à l'Ouest de la capitale. Il concluait que l'insuffisance en communication handicape la région

ou bien-être mental et psychique, ou enfin santé culturelle. Ces différents aspects nous semblent fortement interdépendants. Être en bonne santé physique dans un contexte social défavorable n'est pas suffisant. Une bonne santé spirituelle peut influencer favorablement sur l'évolution d'une maladie somatique. Nous rejoignons ainsi l'OMS qui en 1946 a donné une définition positive de la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »⁹. Nous aborderons néanmoins le problème de la santé physique à travers l'étude du système de soins, mais ferons des passerelles régulières, au vu d'interconnexions inopinées, vers les autres dimensions de la santé.

"La Terre devrait être soignée comme un grand corps, dont la respiration accomplie par les forêts se réglerait conformément à une méthode scientifique ; elle a ses poumons que les hommes devraient respecter puisque leur propre hygiène en dépend."

Elisée RECLUS

La santé physique est à priori le domaine du soignant. Le soignant est bien celui qui délivre des soins (PICHERAL, 2001). Selon les compétences de ce prestataire de soins et les moyens dont il dispose, s'établit une hiérarchie entre soins primaires, secondaires et tertiaires. Les soins primaires sont des soins de premier recours ou de proximité. Ils répondent à des besoins simples, diagnostiqués et traités pour la première fois, comme une plainte somatique, un dépistage, ou de la prévention. Les notions d'espace et de lieu interviennent pour le géographe ; il va s'intéresser à l'endroit où ils sont dispensés, c'est à dire dans les unités de base du système de soins : un centre de santé, un dispensaire, chez un médecin généraliste ou un infirmier. Leur généralisation et leur distribution constituent l'objet principal de la politique actuelle de l'OMS (GASTINEAU et alii. (éd.), 2010) sous l'appellation de santé communautaire. Les soins secondaires nécessitent des services spécialisés et la présence d'un personnel très qualifié et bien équipé. Les soins tertiaires sont hautement spécialisés et prodigués dans des établissements de soins dotés d'équipements lourds. De tels établissements hospitaliers se situent habituellement en milieu urbain, pour des raisons d'économie d'échelle évidentes. Les soins à domicile sont dispensés, chez lui, à tout individu malade, handicapé ou invalide, qui ne peut se déplacer. Les soins ambulatoires se déroulent au cours d'une consultation dans le cabinet d'un médecin, dans un dispensaire ou un hôpital. Enfin, les soins hospitaliers sont assurés dans tout établissement de soins à un malade alité. Tous ces éléments contribuent à la consommation de soins.

dans tous les domaines et risque, au niveau de la santé par exemple d'hypothéquer l'espérance de vie. Nous citons cet auteur anonyme : « *L'amélioration des communications ne peut que promouvoir la santé (...) Les facteurs distance et coût de transport restent encore les éléments déterminants du développement régional comme au XIX^e siècle ou à l'aube du XX^e siècle en Europe* ».

⁹ « Préambule à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé », New York, 19-22 juin 1946, « *Actes officiels de l'organisation mondiale de la Santé* », n°2, p. 100. Le texte est signé le 22 juillet par les représentants de 61 Etats et entrera en vigueur le 7 avril 1948.

La géographie de la santé

Nous avons été formés à l'école française de géographie de la santé¹⁰ et suivons les traces de H. Picheral (1996) qui définit la géographie de la santé comme « *l'analyse spatiale de la qualité de la santé des populations dans ses relations avec leur environnement physique, biologique, social, économique, comportemental et culturel* ». Il établit bien le lien avec tous les thèmes de la géographie humaine. L'analyse spatiale peut se faire à différentes échelles, selon la quantité et la qualité des données dont on dispose. En parallèle, l'école anglo-saxonne parle de *medical geography* et s'oriente vers une notion de géographie médicale plus technique que la géographie de la santé. Les concepts ont été revus : les idées ont évolué ces dernières années. Fleuret et Thouez (2007), dans une tentative de synthèse des avancées récentes, présentent dans leur ouvrage les « *principaux enjeux qui apparaissent aujourd'hui comme des leviers potentiellement à actionner pour obtenir une production optimum de santé dans les sociétés occidentales* ». Les résultats des recherches présentées font hélas peu de cas des pays en développement. Néanmoins, les théories avancées nous ont inspirés, particulièrement dans le champ de la méthodologie.

La géographie de la santé est à la fois une discipline très récente et très ancienne. Elle est récente dans le sens où elle est devenue une discipline universitaire à part entière depuis une trentaine d'années en France. Les professeurs H. Picheral, E. Vigneron et G. Salem ont principalement contribué à en définir les concepts fondamentaux et à former des géographes de la santé. Mais déjà dans la Grèce antique, les médecins¹¹ avaient compris que la maladie n'était pas du seul domaine de la biologie, et notamment que l'environnement pourrait être le déterminant d'une maladie ou de l'état de santé d'une population. Les maladies infectieuses furent les premières considérées sous leurs aspects géographiques. La santé pouvait devenir un concept en géographie. C'est au XX^e siècle que Max Sorre développe le concept de « complexe pathogène »¹². Ainsi apparaît la notion d'espace d'une maladie ou un espace pathogène. On peut dès lors envisager d'étudier la géographie des maladies comme une « *étude de la distribution sociale et spatiale des maladies* » (PICHERAL, 2001).

La géographie de la santé va progressivement faire la synthèse de la géographie des maladies et de la géographie des soins. Pour citer une fois de plus H. Picheral (1998), elle

¹⁰ Pr Gérard SALEM, Université Paris X, Nanterre.

¹¹ Hippocrate (v.460-v.370 av. JC) fut le premier médecin à avoir rejeté les superstitions et les croyances qui attribuaient la cause des maladies à des forces surnaturelles ou divines. Dans son ouvrage « *Des airs, des eaux, des lieux* » il avait le souci de l'observation des faits et de l'importance accordée aux signes dans une conception rationnelle de la maladie. Par exemple, il explique au médecin les faits qu'il doit observer en arrivant dans une ville inconnue pour connaître les maladies prévalentes. Il a d'autre part institué des règles de déontologie à travers son « serment ».

¹² Le concept de « complexe pathogène » fut établi par Maximilien Sorre en 1933 (« Complexes pathogènes et géographie médicale », *Annales de géographie*, vol. 42 : 235), l'auteur devenait ainsi le précurseur de la géographie médicale. Ce concept fut élaboré pour « *cerner l'ensemble des processus et des modalités de la chaîne épidémiologique d'un pathogène et les interactions des facteurs dont la maladie humaine est la résultante* ». Ce concept repose sur la notion d'interdépendance et d'association parasites dans des circonstances spécifiques et de transmission liées aux conditions du milieu naturel.

a pour principal objectif « *l'analyse spatiale des disparités de santé des populations, de leurs comportements sanitaires et des facteurs de l'environnement (physique, biologique, social, économique et culturel) qui concourent à expliquer ces inégalités* ». Quels sont les outils et les méthodes d'une approche quantitative en géographie de la santé ? Les indicateurs utilisés en géographie de la santé sont les mêmes qu'en épidémiologie et en santé publique : les taux de mortalité, de morbidité, de recours aux soins. Les indicateurs privilégiés par les géographes sont la mortalité et l'état nutritionnel d'une population, permettant de construire des chaînes épidémiologiques de facteurs (environnementaux, sociaux, économiques, culturels, etc.) et ainsi comprendre un état de santé dans un lieu (SALEM, 1998). Ainsi, le géographe de la santé considère l'espace comme une distribution de facteurs de risque avec les méthodes de la discipline, notamment les statistiques. Les problèmes de santé trouvent directement leurs origines dans les combinaisons spatiales de facteurs de risque naturels et sociaux. Un des objectifs majeurs de la géographie de la santé est de mettre en évidence des disparités spatiales et la cartographie en constitue un outil privilégié.

Il convient de distinguer le fait de santé du problème de santé. Le fait de santé (déterminant) peut se définir comme « *tout facteur jouant en un lieu sur l'état de santé de sa population* » (SALEM, 1998). Ce peut être une source de pollution, une route de mauvaise qualité (accidentogène), une adduction déficiente d'eau potable, une offre de soins de qualité comme indicateur d'état de santé proprement dit. Dans une approche globale des états de santé, on cherche à chaîner les causes et facteurs associés de la santé d'une population en un lieu. L'espace géographique des systèmes de santé ne trouve sa pleine intelligence qu'à l'échelle d'un territoire. Mais un espace est rarement homogène : il y a des espaces dans l'espace.

Dans une dimension politique, il s'agira d'identifier les déterminants sociaux et politiques de la géographie particulière d'un indicateur de santé. Par les dimensions opérationnelles, on pourra jouer sur les déterminants des états de santé (eau ou alimentation, voirie, pauvreté) plus que sur les manifestations morbides (diarrhée, traumatisme, réhabilitation nutritionnelle). Quelle est la façon dont un Etat remplit une de ses vocations premières : protéger la santé individuelle et promouvoir la santé publique ? Les politiques sanitaires (nationale ou de coopération internationale) tendent le plus souvent à « *réaliser des infrastructures médicales, sans s'attaquer aux causes, confondant santé et médecine, but et moyen* » (SALEM, 1998).

Pour E. Vigneron (2000), la géographie de la santé se fixe trois objectifs. Le premier est de mesurer l'état de santé de la population. En d'autres termes, il s'agira de connaître les besoins de santé d'une population donnée à un moment donné. En effet, les besoins de santé sont variables selon différents critères comme l'âge et le sexe, les habitudes de vie ou le comportement face à la maladie. Ils sont aussi variables dans le temps, en quantité et en qualité, au gré des progrès de la science médicale. Enfin, les besoins varient dans l'espace, en créant des inégalités spatiales à différents niveaux d'échelle : entre les pays du Nord et ceux du Sud, entre les centres urbains et les banlieues, entre la ville et la

campagne. Le second objectif consiste à étudier la localisation de l'offre et sa répartition territoriale, c'est-à-dire la structure interne du système de soins. Le dernier objectif vise à mesurer les variations géographiques de la consommation de soins.

Au total, par l'étude spatiale des systèmes de soins, la géographie de la santé vise à mettre en adéquation l'offre de soins et les besoins de santé de la population, sur un territoire particulier. Elle cherche aussi à étudier la consommation de soins par la population, dans la notion de recours aux soins. Enfin, elle se concentre sur les concepts d'accès et d'accessibilité aux soins, mais aborde également les pratiques de la santé et les représentations que se fait la population de la maladie et de la santé en général. Etude géographique des maladies et des systèmes de soins, son ambition ultime est d'aider à la décision politique en matière d'attribution de ressources et de planification sanitaire.

La notion de système : système de santé et système de soins

Le système de soins est la partie du système de santé qui correspond à l'offre de soins. Nous utiliserons régulièrement ces termes au long de ce travail. Il convient donc de les définir, et voir comment et pourquoi le géographe a su se les approprier.

Un système est un ensemble structuré, organisé d'éléments et d'interactions entre les éléments. Sa racine grecque *systema* signifie « qui tient ensemble ». Nous retiendrons cette notion, avec l'idée d'union en un tout organisé (BRUNET et al., 1993). Un système a une structure que l'on peut schématiser pour en faire un modèle logique figurant les éléments, les liaisons, les points d'unification ou d'amplification. La structure du système est son organisation interne. Souvent de façon hiérarchique, le système est « *conçu comme un modèle fonctionnel d'interprétation de la complexité* » (PICHERAL, 2001). Si le système de santé est une construction intellectuelle avec un côté opératoire et sert à la prévision, le système de soins, à l'opposé, possède une empreinte spatiale, qui façonne l'espace géographique.

Le système de santé correspond à l'organisation des services de santé et de protection sociale, à l'échelle d'un Etat : il relève d'un choix politique et traduit la couverture sociale et spatiale d'une population. Ses objectifs sont multiples : la prévention, l'organisation des soins à travers le système de soins, la promotion de la santé, l'éducation sanitaire, la couverture et la protection sociale des individus.

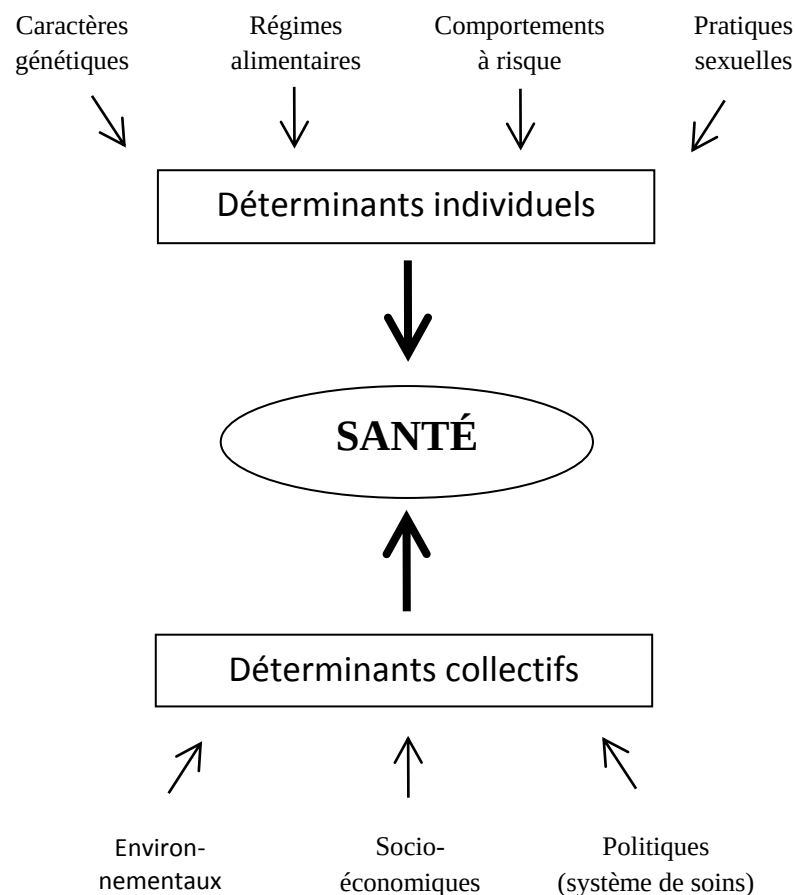
Le système de soins est au cœur de notre propos. Il possède une composante spatiale de par la répartition des formations sanitaires qui le constituent et le structurent, mais il a aussi une composante humaine, les personnels de santé et leurs « clients ». Il va donc doublement intéresser le géographe : par son inscription sur le territoire et parce qu'il concerne une activité humaine. Il ne consiste donc pas uniquement en structures immobilières réparties de façon régulière (ou non) sur le territoire. Il y a des lieux qui disposent de telles structures, mais elles deviennent inutiles s'il n'y a pas de personnel de santé pour délivrer des soins. L'offre de soins est à priori plus facile à étudier que les besoins de santé, dont nous avons vu précédemment la grande variabilité selon de très

nombreux critères. L'état de santé de la population peut quand même se mesurer à partir de deux types d'indicateurs : la mortalité et la morbidité. L'OMS calcule aujourd'hui un indicateur supplémentaire, l'espérance de vie en bonne santé (EVBS) qui prend en compte la qualité de vie. Si l'offre peut tout de même varier, la situation n'est pas la même dans les pays dits « développés », où elle est plutôt stable, et dans les pays pauvres. Quelle est l'offre de soins à Madagascar, et plus spécifiquement dans les zones rurales ?

Déterminisme : les déterminants de la santé et les déterminants du système de soins

Le système de soins occupe une place centrale dans notre réflexion. Apparaissent alors pour le chercheur certains questionnements. Comment ce système s'inscrit-il dans l'espace ? Comment fonctionne-t-il, est-il efficient ? L'offre de soins est très limitée dans le milieu rural (une de nos hypothèses) : y a-t-il des raisons explicatives spécifiques ? Dans ces conditions, que fait la population pour se soigner ? Mais avant tout, une question nous interpelle : pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé alors que par ailleurs d'autres ne le sont pas ? Nous essaierons d'apporter une réponse, qui ne se veut pas universelle, en interrogeant des personnes très âgées : quel est leur « secret » de longévité ? Cet ensemble de questions nous vient spontanément à l'esprit lors d'observations et enquêtes auprès de la population.

La santé est protégée ou mise en péril par un certain nombre de déterminants, qu'ils soient individuels (les caractères génétiques, les comportements à risque et addictions diverses, les régimes alimentaires ou les pratiques sexuelles) ou collectifs (environnementaux, socio-économiques, politiques). Le système de soins appartient à la catégorie des déterminants collectifs : la capacité d'une personne ou d'une communauté à se soigner, l'accès à un professionnel de santé, à une prise en charge – traitement médical, chirurgical ou autre – est largement tributaire de l'état du système de soins en un lieu. Nous arrivons au cœur de notre problématique. Les questions précédentes nous incitent à proposer un certain nombre de réponses de bon sens. Prenons le cas d'une personne qui n'est pas malade (qui n'est jamais malade). Elle possède probablement un système immunitaire remarquable. Elle doit en outre disposer d'un patrimoine génétique protecteur exceptionnel. Elle ne prend certainement pas de risque incongru ou inconsidéré en terme de conduite, addictive, alimentaire ou sexuelle. Nous pouvons aborder le problème sous un autre angle : une personne n'est pas malade (elle n'est plus malade), car elle a bénéficié de soins performants. Elle a pu payer les services d'un médecin ou une hospitalisation dans les meilleures conditions. Elle a pu acheter les médicaments adéquats. Inversement, une personne est malade, ou son état de santé pourra se dégrader, car probablement victime de déterminants défavorables.

Graphique 1 : Les déterminants de la santé

A la différence du facteur de risque, utilisé en épidémiologie, qui a par définition une valeur de probabilité statistique, un déterminant protège **la santé** d'une population ou au contraire la compromet ou la menace. En ce sens, il ne s'appliquerait qu'aux caractéristiques non modifiables : le sexe, l'âge, le patrimoine génétique des populations (PICHERAL, 2001). L'usage tend cependant à confondre à tort les deux termes (y compris avec le facteur causal, qui lui, serait responsable de l'apparition de la maladie), ce qui est aujourd'hui fort contesté sinon contredit par la théorie multifactorielle de la maladie. Le déterminant de la santé se conçoit comme tout élément, facteur, phénomène, dont la présence est susceptible de modifier l'état de santé des individus. Son action peut s'exercer soit isolément, soit en association.

On distingue en général :

- les déterminants **individuels**, dans une approche biomédicale, comme les facteurs biologiques (sexe, âge et caractères génétiques), les conduites à risque¹³ (tabagisme, alcoolisme, consommation de drogue), les comportements alimentaires (nutrition), l'état psycho-affectif ou les pratiques sexuelles déviantes.

¹³ Le risque se comprend comme une probabilité de survenue d'un évènement.

- des déterminants plus **collectifs**, relevant du milieu naturel (environnement physique, climat et biométéorologie, pollution, géologie, altitude), ou plus largement socio-économiques (niveau d'instruction, catégorie socio-professionnelle (CSP), revenus, conditions de travail, logement, équipement, couverture sociale, accessibilité aux soins), et politiques (système de santé et système de soins).

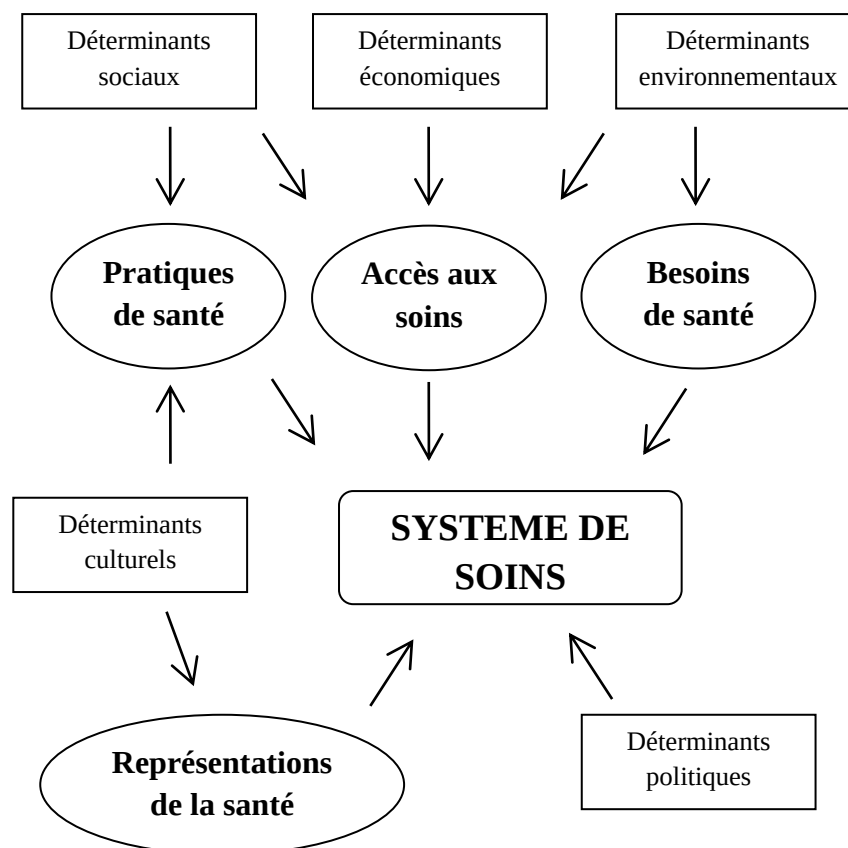
On s'interroge désormais sur le rôle du statut social et de la hiérarchie sociale dans les écarts de santé observés (gradients), mais surtout sur les réponses du système immunitaire à ces inégalités sociales. D'où la conviction actuelle de l'existence d'un système d'une extraordinaire complexité, où s'interpénètrent biologique et social. Les géographes pencheraient plus naturellement pour cette dernière acception, plus proche d'une géographie sociale et de la santé publique (PICHERAL, 2001). Mais la vraie question n'est-elle pas en définitive : pourquoi de telles inégalités face à la maladie ? Le **système de soins** est largement déterminé par la politique de santé pratiquée dans un pays. Le contexte politique n'est cependant pas le seul facteur déterminant du système de santé, que l'on considère dans plusieurs dimensions : offre de soins, consommation et pratiques du système de soins. On définit ainsi plusieurs ordres de déterminants. Ils serviront d'éléments de caractérisation de nos espaces de recherche. Nous citerons :

- des déterminants **économiques**, qui conditionnent la consommation de soins. Dans un contexte de pauvreté rurale diffuse, la population n'a pas les moyens financiers de se soigner. Elle n'a pas d'accès à l'eau courante. L'assainissement (latrines) n'est pas assuré. Les revenus des ménages sont liés aux récoltes ou au commerce des bovins ; ils sont aléatoires, et surtout irréguliers. L'insularité de Madagascar est un frein à l'essor économique du pays.
- des déterminants **environnementaux**. Le système de soins dépend indirectement de l'espace géographique environnant : le milieu naturel. Celui-ci est tributaire d'aléas climatiques : inondations, cyclones tropicaux, périodes de sécheresse, et détermine un certain nombre de besoins de santé. La tropicalité (AMAT – ROZE, 2000, DEMANGEOT, 2005) détermine la présence et la pérennité de certains germes responsables de graves endémies ou épidémies. Le cadre physique (relief, réseau hydrographique) interviendra de façon indirecte par son impact sur la capacité à établir un réseau de communications stable, qui lui-même déterminera l'accès aux soins.
- des déterminants **politiques** : il s'agit de la gouvernance en général et de la politique de santé publique en particulier, qui organise un système de santé. Le budget actuel de la santé à Madagascar, très labile, est de moins de 3 % du budget de l'Etat. Une instabilité structurelle et des situations de crise successives sont les causes de blocages perpétuels. Par ailleurs, il existe une corruption à tous les échelons de la fonction publique, y compris au niveau du système public de soins.
- des déterminants **sociaux**. Une activité agricole exclusive de la population la contraint à vivre à la campagne, où les formations sanitaires font défaut. L'insécurité, liée aux vols de bœufs, rackets des véhicules et razzias dans les

villages dans le Sud du pays : la population est terrorisée par des violences physiques et morales, et les autorités sont incapables d'y faire face. La pauvreté s'accompagne de malnutrition chronique, qui entraîne une vulnérabilité de l'organisme aux agressions des germes.

- des déterminants **culturels** : traditions et pratiques de santé. On observera des tabous face aux vaccinations et autres traitements par voie injectable, par exemple. Ailleurs c'est le refus d'installation de latrines à l'intérieur de l'habitation ; elles sont ressenties comme particulièrement impures. Une vie recluse dans des espaces enclavés conduit depuis longtemps la population à craindre les moyens proposés par la médecine moderne.

Graphique 2 : Les déterminants du système de soins et interactions



Approche méthodologique générale

Hypothèses

Pour formuler notre hypothèse de travail, nous proposons une métaphore empruntée au monde médical. Le système public de soins à Madagascar est malade. Un peu plus que centenaire, ses forces commencent à l'abandonner. Il est tout d'abord malade par manque de « soins » de la part de l'Etat garant de sa santé. Il a bien connu quelques piqûres de rappel – 1994 et la politique de recouvrement des coûts –, il est aujourd'hui « abandonné » par sa famille – le budget de l'Etat consacré à la santé est actuellement de

3%. Il aurait besoin d'une rééducation active (réhabilitation de la plupart de ses hôpitaux et centres de santé) et d'un appareillage (les besoins en équipements et matériels de base sont immenses), en plus d'un traitement de fond (formation de personnel qualifié et meilleure répartition spatiale des praticiens). A la recherche du droit devenu universel à la santé pour tous, il s'agit de veiller à la santé d'une vieille institution invalide.

En marge de cette hypothèse première, nous tenons à vérifier plusieurs hypothèses secondaires :

- Le système de soins est profondément désorganisé dans le Sud du pays, avec une aggravation récente, suite à des problèmes d'insécurité civile, hors de contrôle de l'Etat.
- Des facteurs culturels sont une des causes de la faible fréquentation des services de santé modernes. Y a-t-il d'autres recours possibles ?
- Une pauvreté monétaire extrême parmi la population rurale est un des facteurs majeurs du faible recours aux soins.
- Les structures de soins sont peu accessibles « physiquement ». Il persiste de nombreux espaces enclavés dans la campagne malgache.
- Le système de soins n'arrive ni à gérer ni à contrôler les grandes endémies tropicales, pas plus que les accès épidémiques de ces maladies.

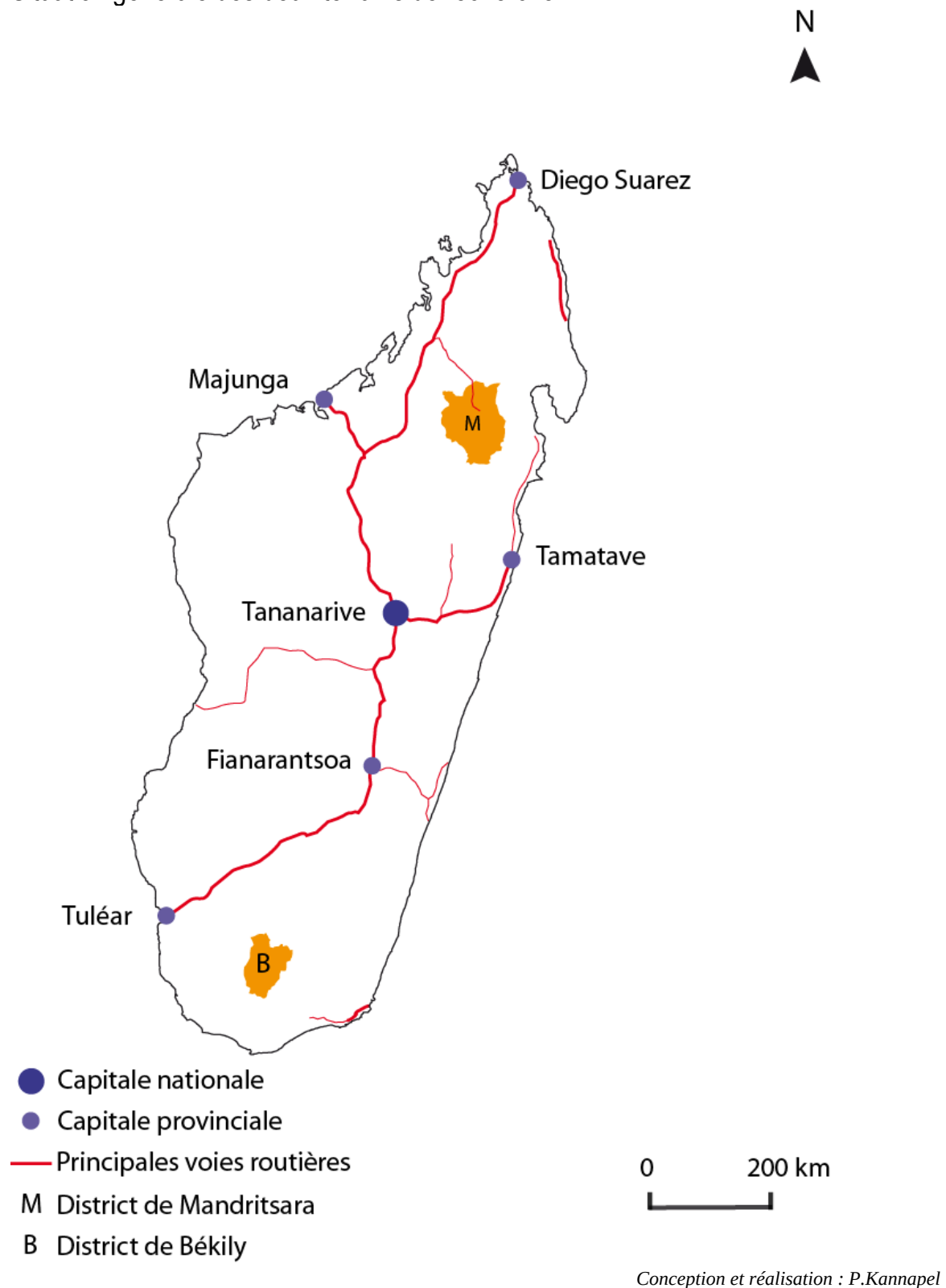
Contexte des terrains de recherche

Afin de valider ces hypothèses, nous avons retenu deux terrains de recherche, en milieu rural, l'espace le plus représentatif de Madagascar aujourd'hui, car il concerne encore une grande majorité de la population. Nous proposons une étude comparative de ces espaces, deux districts ruraux. Les districts sont équivalents aux départements français¹⁴. Ils sont découpés en communes (équivalents de cantons). L'idée d'une étude comparative nous est apparue après la lecture d'un ouvrage de géographie (GERVAIS-LAMBONY, 1994) qui, bien que consacré à un domaine urbain, concerne l'Afrique – nous sommes ici à la marge de ce continent –, mais qui surtout s'attaque à une comparaison de deux « objets géographiques » à priori peu comparables.

- Le district de Mandritsara occupe une superficie de 9604 km², pour une population de 298 000 habitants. Il est comparable au département français de la Dordogne pour la surface, mais avec moins d'habitants. Il se situe au Nord de Madagascar. Les pratiques agricoles essentielles sont la riziculture et l'élevage de bovidés.
- Le district de Békily couvre 5274 km² et compte 174 000 habitants. Il est comparable sur ces deux éléments au département français du Lot. Il est localisé dans une zone très isolée du Sud du pays. Un élevage extensif de bovins représente l'activité agricole quasi exclusive.

¹⁴ Pour une meilleure compréhension de la situation locale, nous nous permettons des comparaisons avec l'Hexagone (France).

Carte 1 :
Situation générale des deux terrains de recherche



Les districts limitrophes de nos terrains de recherche ont le même profil, en ce qui concerne la ruralité et l'isolement géographique, notamment par rapport à la capitale nationale. Nous avons retenu 2 districts sur les 111 que compte Madagascar car ils nous paraissent très représentatifs du milieu rural malgache ; ils comportent cependant quelques particularités. Le choix de ces deux espaces est le prétexte à rendre compte d'une situation globale à l'échelle du pays : aborder les problèmes de santé que rencontre un pays défavorisé, rendre compte et analyser le système de soins en milieu rural. Dans le cadre d'une étude locale, on ne peut ignorer le contexte national, social, politique, économique et sanitaire : les zones rurales appartiennent à un ensemble bien plus vaste, dont elles dépendent inévitablement.

Un nombre considérable d'études scientifiques¹⁵, de la géographie générale à la microbiologie, de la médecine à la botanique, de l'anthropologie à la démographie ou à l'économie de la santé, ont été menées et publiées à ce jour à propos de Madagascar, autant de travaux qui nous serviront de référence. Des thèses de médecine sont soutenues chaque année dans les facultés de médecine de Tananarive et de Majunga, sur des sujets divers et parfois sur des thèmes de santé publique. En revanche, peu ou pas de travaux ont été produits en géographie de la santé. Nous citerons néanmoins les travaux de l'IRD (HANDSCHUMACHER et alii., 1997, HANSCHUMACHER et al., 2000) ou la thèse récente d'E. Grisorio (2004) sur la bilharziose dans le centre Ouest malgache, abordée par une approche de géographie physique. L'idée première de notre travail fut d'ailleurs d'étudier la bilharziose comme maladie géographique, son incidence et les conséquences désastreuses qu'elle génère en terme de santé publique à Madagascar. Nous avons été sollicités par une association sanitaire locale pour étudier cette maladie dans un district particulier du Nord de l'île, le district de Mandritsara et à titre comparatif au Sud de l'île, dans le district de Békily, où une ONG¹⁶ nous offrait les moyens matériels pour une telle étude¹⁷. Etudier une maladie géographique telle la schistosomiase implique de disposer de données fiables, tant sur le plan clinique que biologique au sein de la population, pouvoir faire une analyse fine de l'environnement avec des prélèvements de mollusques pour des analyses malacologiques. Cela s'est très vite avéré insurmontable en terme de faisabilité, à titre individuel. Un élément pertinent que l'on retiendra est que 50% des motifs d'hospitalisation à l'hôpital de Békily étaient en rapport avec la bilharziose¹⁸. On peut alors considérer cette maladie comme un grave problème de santé publique dans ce district rural. De plus, sur le plan pratique, nous nous sommes vite rendus compte qu'une telle recherche s'avérerait difficile, voire impossible, et que les données disponibles étaient largement insuffisantes. Le choix du sujet s'est alors porté sur une étude de la santé et du système de soins dans des zones rurales de Madagascar. Des circonstances personnelles nous ont fait découvrir le milieu rural malgache, et l'on a pu observer non seulement un

¹⁵ Les références seront citées au fur et à mesure dans le texte.

¹⁶ L'ONG en question est Médecins Sans Frontières (MSF) dont une antenne est basée dans la petite ville de Békily depuis 2011.

¹⁷ Cette étude a pu être faite, durant un mois, en septembre 2012. Le temps de recherche fut restreint mais un compte-rendu sous la forme d'un rapport a néanmoins été produit et remis à l'association.

¹⁸ Ce chiffre nous a été fourni par MSF en 2012 (E 8).

état de santé apparent de la population globalement médiocre, mais surtout une disparité considérable de l'offre de soins dans ces espaces ruraux. Puisque le monde rural concerne plus de 70% de la population à Madagascar, cette recherche nous a semblé judicieuse et nous avons conservé les deux districts initiaux comme base de la recherche de terrain.

Une méthodologie multiple : choix de la démarche qualitative pour une recherche en géographie de la santé

Nous allons envisager les principes généraux de la méthodologie employée dans ce travail. Les différents aspects de notre étude rendent nécessaires des remarques sur la démarche méthodologique et les outils utilisés. Notre travail est une recherche sur les besoins de santé dans le milieu rural malgache et une étude comparative du système de soins dans deux territoires ruraux. Ces espaces appartiennent à un seul Etat. L'étude sera multiscalaire, par définition même de la notion de système et elle se veut qualitative, par opposition aux méthodes quantitatives souvent utilisées en géographie de la santé.

Sur les traces de J. Eyles, (2007) qui en a fait une synthèse, nous proposons une brève revue des théories majeures de l'analyse qualitative. Celle-ci comporte différentes méthodes et des approches variées, que nous allons détailler. Dès 1922, l'anthropologue B. Malinowsky avait essayé de saisir « *le point de vue de l'indigène, sa relation avec le vécu, pour comprendre sa vision du monde* » dans une tentative de « capter » le monde des autres. Dans les années 1920-30, les ethnologues en sociologie urbaine de l'Ecole de Chicago (HANNERZ, 1980), feront usage d'entrevues, d'informateurs clés, de statistiques et de documents, pour rendre compte de groupes sociaux précis. Ces méthodes seront utilisées par d'autres, mais pas les géographes, pour étudier les communautés et localités aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne dans les années 1940-50. Plus tard, l'attention s'orientera vers des environnements particuliers, comme les usines, les écoles ou les hôpitaux, pour comprendre les significations et expériences telles que perçues par ceux ou celles qui les vivent ou qui les ont vécues. Elle semble connaître aujourd'hui une forme de renouveau d'intérêt, en particulier dans les pays anglo-saxons.

L'utilisation de la démarche qualitative pour des recherches de terrain n'est pas nouvelle en géographie. Depuis une trentaine d'années, les géographes vont peu à peu s'approprier ces méthodes. C'est le cas de D. Ley (1974) qui utilisera **entrevues**, **enquêtes** et **documents** dans une recherche sur les quartiers centraux de Philadelphie, prenant la géographie comme point de départ. Enfin dans les années 1980, les approches qualitatives apparaissent en géographie de la santé, en Grande-Bretagne notamment (CORNWELL, 1984, DONOVAN, 1986). On se penche sur les expériences de la santé et de la maladie dans des **groupes ciblés**. En 1984, R. Burgess propose deux concepts majeurs. Nous devons le premier aux anthropologues et sociologues. Il concerne principalement les méthodes d'**observation** pour recueillir les données en ethnographie, **étude de cas**, **recherche interprétative**, en particulier, **recherche sur le terrain**. Le second met l'accent sur les méthodes généralement associées à la recherche qualitative, retenant comme stratégies de recherche l'**observation participative**, les **entrevues en**

profondeur, les **groupes cibles** et récemment, des techniques non verbales telles que les dissertations sur les **photos** d'essai. Notre choix de terrain nous conduira à nous intéresser à des populations de paysans dans un environnement spécifique, pour étudier leur rapport à la santé en terme de besoins, de pratique ou de consommation de soins, mais aussi à travers leurs représentations de la maladie. Quelle est leur relation avec le système de soins moderne ?

I. Dyck (1990) justifie de façon convaincante l'utilisation d'outils d'analyse qualitative dans une recherche en géographie médicale. La liste des moyens comporte des **entrevues en profondeur**, le choix de **groupes cibles**, l'**observation participante**, la **relation d'histoires** orales ou de **journaux de bord**, et autres **autobiographies**, **photographies** et **analyse contextuelle**. Par le biais du texte, tout document peut être traité par l'analyse qualitative. Ces méthodes, utilisées de façon isolée ou combinée, serviront à apporter une réponse explicative à propos d'un lieu, d'une population ou de la santé au sens large sur ce lieu ou parmi cette population. Cette approche nous paraît intéressante par rapport à notre sujet de recherche : tous ces outils sont à la base de notre travail. Ces méthodes se retrouvent ainsi en opposition avec les méthodes quantitatives de l'épidémiologie¹⁹ qui elles, concernent une approche plus technique des faits de santé. Nous concevons la démarche qualitative comme plus humaine, tout en s'éloignant du domaine purement médical de la santé. Nous avons choisi de nous appuyer sur un contexte formé par le triptyque suivant : les faits de santé présents en un lieu donné, dans lequel vivent des gens. Les faits de santé comprennent bien sûr le système de soins, c'en est un des éléments majeurs, mais aussi les maladies particulières dans un territoire anthropisé. Les histoires et récits que nous fournissent les gens, leur comportement autour de la santé et ce, dans un contexte particulier, appuieront notre démarche analytique. On se rapproche ainsi des théories culturelles sur les « **paysages thérapeutiques** » énoncées par W. Gesler (1993).

Un anthropologue (CRESWELL, 1998) parle des « **traditions** » **d'enquête** qui sont pour lui de trois types : biographique, phénoménologique et ethnographique. L'enquête biographique est l'étude d'un individu et de ses expériences telles que rapportées au chercheur ou trouvées dans des documents et archives, souvent sous la forme d'une histoire de vie. L'approche **phénoménologique** se rapporte à une description de la signification des expériences vécues à l'égard d'un concept ou d'un phénomène. Théorie préparatoire, tout en retenant la signification de l'expérience, le but est de découvrir la théorie associée à cette situation. L'étude **ethnographique** est la description et l'interprétation d'un groupe ou d'un système social ou culturel. Ces enquêtes sont basées sur des **études de cas** – exploration d'un système « clos » ou d'un cas dans le temps, par le biais de données détaillées, dérivées de sources multiples. J. Creswell relie ces traditions à l'utilisation de la théorie, mais celle-ci diffère selon l'objet d'étude.

¹⁹ L'épidémiologie est une « *méthode d'étude de la distribution des maladies, de leur fréquence et de leur étiologie dans les populations humaines* » (PICHERAL, 2001),

L'emploi des méthodes qualitatives « *situe la géographie de la santé par rapport au tournant culturel des sciences sociales et des sciences humaines* » (EYLES, 2007). Citons-en quelques exemples. R. Kearns (1991), dans son étude des cliniques à Hokianga (Nouvelle-Zélande), utilise deux méthodes, l'**enquête** et l'**observation participante**. Il souligne que cette approche est personnelle et pragmatique, notions sous-jacentes pour ce type de recherche en sciences sociales. La **biographie**, ou histoire de vie, est peut-être moins présente en géographie de la santé. C'est une approche où les stratégies non-verbales sont utilisées. Une autre étude retient la **photo** pour explorer le rôle des environnements, salubres ou non, dans la vie des femmes du centre est de Vancouver. On proposait aux femmes de photographier leur environnement, leur famille sous plusieurs aspects, c'est-à-dire définir des espaces pour aider le chercheur à comprendre ce qu'elles perçoivent comme salubre ou non. Combinant **photo** et **interview**, J. Scuro (2004) explore la vie d'une femme d'origine italienne immigrée aux Etats-Unis. Scuro retient son témoignage pour enrichir notre compréhension du conflit entre la tradition et le patriarcat, et ce que la migration signifie pour la création d'une identité et la formation du bien-être. Travaillant principalement avec des **sources écrites**, Brown et Moore (2004) ont rédigé la biographie de J. May, un des fondateurs de la géographie médicale. Ils relient l'autobiographie de May à son contexte : colonisation française et sa fonction civilisatrice. La biographie est un outil utile pour comprendre un individu dans son ère.

Les recherches **phénoménologiques** ont pour objet de révéler les caractéristiques essentielles d'un concept ou d'un phénomène. Peu répandues en géographie de la santé, on trouve néanmoins quelques exemples de contextes riches en informations pour comprendre un phénomène. Citons le britannique C. Philo (1995) dans son étude sur une journée dans un asile d'aliénés au XIX^e siècle en Angleterre, investigation qui lui avait permis d'analyser les relations spatiales entre fournitures médicales et patients. L'état de salubrité ou d'insalubrité de l'environnement physique, ou même la perception que les personnes en ont, peut être approché par le biais de la **photographie**. Combinée à des techniques d'**entretiens** ou d'**interview**, cette méthode permettra de déterminer des lieux sains, de bien-être, « là où il fait bon vivre » et d'autres à l'environnement toxique. En France, D. Zeneidi et S. Fleuret (2007) utilisent le **récit** par les sans-abri de leurs trajectoires de vie pour révéler l'importance de l'idée de fixité, d'enracinement, dans la construction psychosociale de ces individus.

Le lieu en tant que phénomène

Dans l'approche phénoménologique, le lieu, objet central en géographie, est appréhendé en tant que phénomène pour de nombreux auteurs. On pourra s'interroger sur les relations entre lieu et santé. Nous citerons à titre d'exemple I. Aravot (2002), pour qui le lieu est en fait « *un terme phénoménologique et son expérience tient à l'indispensable connaissance du monde et de la condition humaine* ». Selon Grésillon (2006), « *les lieux ne sont pas l'attribut de la vision mais celui des sens et expériences* ». Ces opinions sont importantes pour les études des lieux et de la santé, les sons, les odeurs, les goûts et les sentiments à l'égard des lieux peuvent être reliés à la santé. Les recherches

qualitatives sur le lieu ont été effectuées essentiellement en milieu urbain. Pour J. Raban (1975), la ville est « *plastique, elle fournit des opportunités (et des contraintes) pour les expériences reliées à la santé* ». Les lieux condensent significations et valeurs, devenant les dimensions clés d'un système de communication utilisé pour articuler les relations sociales. F. Bodin (2002) et B. Chaudet (2003) réalisent des « parcours sensibles » en condition de handicap, pour étudier l'accessibilité des espaces urbains et l'environnement des maisons d'accueil pour personnes âgées. Bodin propose l'expérience originale d'un voyage « imaginaire », en plaçant un individu valide dans la situation d'une personne handicapée. Les géographes de la santé se sont intéressés à ces concepts par le biais des paysages thérapeutiques (WILLIAMS, 1998). « *Architecture et lieux en général peuvent, s'ils sont prisés, devenir des « artéfacts » qui incorporent culture, temps et espace pour celui qui les regarde, l'aidant à définir sa place dans le monde* », selon J. Baudrillard et J. Nouvel (2003). Dans un autre contexte, M. Agier (2002) a examiné des camps de réfugiés au Kenya. Ces lieux sont censés fournir protection, sécurité et répondre aux besoins de base des personnes déplacées. A travers une description détaillée sur la base d'**observations**, il démontre que « *les camps créent l'identité en configurant un bricolage de nouvelles identités qui mettent en avant les particularismes ethniques* ». Il note par ailleurs « *l'importance du processus de création ethnique dans les camps, lieux de socialisation intergroupes qui façonnent la formation d'opinions sur les services d'urgence et à court terme, sur les conditions d'hébergement* ». Les références à l'**ethnographie** sont plus courantes en géographie de la santé. M. Singer et al. (2000) ont fait une recherche sur la géographie sociale de l'infection à VIH-Sida dans trois villes du Connecticut (USA). Ils ont souligné les limites des données quantitatives pour étudier le vécu de consommateurs de drogues injectables et utilisé la combinaison de plusieurs méthodes qualitatives, de données épidémiologiques et biologiques pour appréhender l'usage des seringues stériles dans ces villes. Les méthodes comportaient une cartographie des lieux de consommation, une description détaillée du voisinage, un contact couplé à l'interview des consommateurs lors des injections de drogue, des observations du terrain. Les auteurs s'inscrivent dans une démarche d'**ethnographie géographique**. Leurs objectifs étaient d'étudier des comportements à risque dans un contexte particulier et déterminer les facteurs qui contraignent ou facilitent la transmission du VIH-Sida et des hépatites virales.

En géographie de la santé, la méthode la plus utilisée est l'**étude de cas**, c'est-à-dire la description d'un système « clos » à l'aide de différentes sources de données. Aux limites de la sociologie et de l'ethnologie, les géographes se sont appropriés les méthodes qualitatives. Pour l'illustrer, nous citerons quelques exemples. Nous ferons référence à quatre études principalement. Tout d'abord, une première recherche (HRUDEY et al., 2003) concerne la contamination de l'eau potable à Walterton (Ontario). Ce travail fait suite à l'intoxication bactérienne (*Escherishia Coli*) de 2300 personnes ; on déplora sept décès. Les auteurs ont retracé l'origine du problème en examinant la source, le traitement de l'eau, sa distribution et les circonstances de la contamination, par examen de divers documents, registres, rapports géologiques, réponse de la santé publique. On analyse les contenus des médias et on questionne des informateurs clés et les résidents pour tenter

d'en dépister les causes, le contexte et la réalité du déclenchement. Sur le territoire français, ensuite, on peut citer le travail de M. Grosjean et al., (2003). Ils démontrent comment la mise en réseau de professionnels de la santé transforme les territoires de la santé en recentrant les pratiques sur le patient. Dans le même registre, C. Yodanis (2006) étudie les interactions sociales et le bien-être dans un micro-environnement, à savoir le café. Dans un cadre ethno-méthodologique, l'auteur combine interaction et observation participante pour étudier les loisirs, la famille et la classe sociale, afin de comprendre « *comment l'individu s'identifie à une position sociale et comment les valeurs sociales façonnent l'interaction sociale* ». Enfin, dans un dernier exemple canadien, Westwood et al. (2006) ont travaillé sur l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations dans la ville de Hamilton (Ontario). Ils se servent d'enquêtes en profondeur des résidents de deux quartiers et vont identifier deux types de facteurs déterminants, individuels et systémiques. Sur le plan individuel, ce sont le travail et les responsabilités familiales. A titre collectif, ils décrivent les « barrières » que sont le temps d'attente, la localisation des formations sanitaires, les heures d'ouverture ou l'absence de structure de soins. Ils concluent que ces dernières « *réduisent l'accès raisonnable aux soins* ».

Outils et méthodes

Justifications d'un choix conceptuel

Puisque nous disposons de peu de données statistiques, et que ces données n'apparaissent pas comme de bonne qualité, nous avons choisi de mener nos recherches en nous servant des méthodes qualitatives. Faire de la recherche en géographie de la santé dans un pays en développement paraît peu attractif. On peut se douter que le système de soins « *ne soit pas flamboyant* » (FLEURET, THOUÉZ, 2007). Il n'en reste pas moins qu'il y a dans ces pays des personnes avec des besoins de santé particuliers, spécialement dans le milieu rural. Il peut aussi sembler que travailler sur un thème de santé urbaine paraisse plus aisé, en terme d'accessibilité au terrain notamment, et en terme de données à disposition. Pourtant, nous n'avons pas fait ce choix, et l'accessibilité pour le chercheur au terrain de ses recherches fut un premier obstacle qu'il a fallu franchir.

La santé rurale se prête idéalement à une étude qualitative, spécialement dans un pays pauvre, où les données officielles sont floues. L'environnement nous paraît à ce point de vue parfaitement « adapté ». En effet, nous le savions avant de nous « lancer » dans ce travail, les données globales, dans le domaine de la démographie par exemple, et les données sanitaires en particulier, semblent peu fiables, bien que des services de statistiques existent²⁰. Un autre argument a guidé notre choix pour un travail de recherche dans le domaine sanitaire : sur le terrain, on s'est très vite rendu compte qu'il serait plus « facile » de se servir des méthodes empruntées aux anthropologues et sociologues, avec la volonté affichée de ne pas sortir du champ de la géographie de la santé. Nous sommes conscients qu'user de ces méthodes en géographie de la santé nous amènera à respecter

²⁰ Elles sont publiées par l'INSTAT, organisme officiel des statistiques à Madagascar (équivalent de l'INSEE français).

des règles strictes d'éthique et de confidentialité, pour tout ce qui touche à la santé individuelle, très proche de l'intimité. Mais finalement, ce choix nous donne le « sentiment » de disposer de plus de liberté de circulation sur les terrains retenus ainsi que dans la rédaction de ce texte.

Les données générales dont nous disposons sur le pays ne sont pas de bonne qualité, et insuffisantes en quantité. Par exemple, le dernier recensement général de la population de Madagascar remonte à 1993 (Instat, 1996). Depuis, nous ne disposons que de projections et estimations statistiques imparfaites. Il y a bien eu une grande enquête auprès des ménages²¹, publiée par l'Institut National de la Statistique en 2010. Une analyse critique globale des données disponibles sera faite plus loin. Dans ce contexte, notre approche a donc toujours été délibérément qualitative.

Les outils de notre recherche

L'approche choisie a nécessité de faire appel à différents domaines de la géographie.

Pour la partie historique du système de soins à Madagascar, nous nous appuyerons sur une abondante littérature produite par les acteurs de la santé à l'époque coloniale²². Rapports de missions, premiers recensements de la population, lutte contre les grandes endémies, innovations dans la vaccination contre la peste, la bibliographie est large. La presse écrite malgache nous a permis de suivre l'actualité politico-économique et sociale de ces dernières années. Nous examinerons de façon chronologique les conséquences, pas toujours heureuses, sur le plan sanitaire. Ce média se fait également l'écho des aléas climatiques, une sécheresse ou des inondations, les dépressions tropicales qui touchent le pays de façon répétitive chaque année, avec les retentissements sanitaires sur la population.

Afin d'approcher au mieux les besoins de santé de la population rurale à Madagascar, nous nous baserons sur les résultats d'enquêtes nationales officielles ; nous les confronterons ensuite à des recherches effectuées par des organismes indépendants. A Mandritsara, nous analyserons la fréquentation des centres de santé de base, à partir de données fournies par les médecins responsables de ces structures. Pour une approche un peu plus fine, nous proposerons une étude de cas sur les mécanismes de transmission de la bilharziose dans le district de Békily, réalisée directement sur le terrain.

Pour l'étude du système de soins, les données proviennent du service de santé de district. Nous avons effectué plusieurs missions de terrain dans le but de vérifier ces informations officielles, pour ensuite proposer une cartographie la plus précise possible des deux districts. Nous tenterons de faire des comparatifs avec quelques pays de l'Afrique de

²¹ Institut National de la Statistique et ICF Macro, 2010, « *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009* », Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.

²² L'IOI (Institut de l'océan Indien) est une section de la bibliothèque de l'Université de la Réunion. On peut y consulter tous documents et archives de l'époque coloniale française à Madagascar, ainsi que toutes les publications actuelles d'ouvrages sur la Grande Île.

l'Ouest, en tant qu'anciennes colonies françaises également. On se demandera par ailleurs si la situation est comparable, avant de faire l'analyse comparative des deux districts ruraux. A propos de l'accès aux formations sanitaires rurales, nous avons réalisés quelques relevés sur le terrain. On pourra ainsi représenter l'accès aux soins sous forme cartographique. Une étude de cas sera proposée ensuite, sous la forme originale de deux itinéraires thérapeutiques « extraordinaires ».

Ce travail se réclame également de la géographie sociale (CLAVAL, 1998). En ce qui concerne le travail de terrain, c'est la parole entendue et recueillie qui nous servira d'outil principal. Nous suivrons d'abord une méthode basée sur l'observation, complétée de nombreux entretiens orientés de personnels de soins, d'enseignants et de responsables communautaires²³. Ces entretiens serviront à confirmer ou infirmer des propos entendus en différents lieux. Nous les utiliserons également pour forger notre analyse de l'état de santé des lieux retenus. Pour une approche plus fine de la situation du système de soins, nous avons réalisé des enquêtes domiciliaires avec questionnaire, dans des villages et quartiers particuliers. L'observation est facilitée dans un pays tropical pauvre : en effet, toute la population vit, exerce ses activités privées ou professionnelles dans le milieu extérieur, du lever au coucher du soleil. Ces enquêtes serviront à appréhender les pratiques de soins de la population rurale malgache ainsi que les représentations qu'elle se fait de la santé, de la maladie et du système de soins. Nous avons enfin observé les pratiques des praticiens de soins directement sur leurs lieux d'exercice. Pour clore ce travail, l'approche ethnogéographique a été sollicitée : nous nous sommes immiscés dans une famille de Mandritsara avant de s'immerger dans une petite bourgade du Sud.

Détail des enquêtes et missions de terrain

Dans un souci d'équilibre de notre démarche, nous avons pratiqué trente entretiens ou entrevues, répartis dans chacun des terrains de recherche. Pour les enquêtes domiciliaires par questionnaire, nous avons retenu un quartier urbain et deux ou trois villages ou hameaux pour chacun des districts. Ce travail a été réalisé en plusieurs étapes, sur trois années. Les missions de terrain, au nombre de huit, ont été réalisées entre janvier 2012 et septembre 2014 (le détail a été placé en ANNEXE 1), avec la volonté délibérée d'enquêter à différents moments de l'année. Dans un pays tropical, les paysages changent considérablement au fil des saisons, les conditions d'accès ne sont plus les mêmes, il en va de même de l'accès au système de soins. Par ailleurs, les personnels de santé changent également, sous l'effet de mutations ou autres choix personnels. Enfin, la situation socio-économique ne fut jamais la même dans un même lieu.

²³ Pour rendre compte de cette parole, le corps du texte des entretiens apparaîtra en italique tout au long du texte, selon les thèmes particuliers abordés. Les entretiens sont numérotés de E 1 à E 30.

Choix d'une échelle

Dans la mesure où « *parler d'échelle, c'est admettre qu'autre chose change que la taille quand change la taille* » (LEVY, LUSSAULT, (dir.), 2003)²⁴, l'approche que nous proposons ici est **multi-scalaire**. Le système de soins s'inscrit sur le territoire à des niveaux d'échelle variés et interconnectés. Comment vouloir comprendre ou analyser une situation au niveau local si l'on ne connaît pas précisément l'organisation générale de la santé d'un pays ? De plus, le système de soins n'est pas établi par le fruit du hasard, sa diffusion s'est faite progressivement dans le temps, à partir d'un niveau central vers les périphéries. Cela est d'autant plus intéressant que nous évoluons dans un territoire insulaire, avec des limites bien définies. Les niveaux d'échelle retenus comprennent Madagascar dans son ensemble, pour les données démographiques et sanitaires générales, les concepts de ruralité et de tropicalité, les besoins de santé et surtout la construction historique du système de soins. Le niveau suivant est celui du district, échelon « central » du découpage territorial à Madagascar, dans son environnement régional. Le district administratif est aussi un district sanitaire. L'échelon le plus bas ou micro-local, est celui du village ou plus souvent un hameau, ou du quartier pour les rares zones urbaines. Il sera parfois une incursion dans une cellule familiale. La démarche est de plus comparative à l'échelle des districts. Cette approche a nécessité la mise au point d'une méthodologie qui réponde à la diversité des questions posées. Ainsi les sources et outils employés sont assez hétérogènes.

Un programme de recherche

Nous avons établi un programme de recherche en plusieurs points :

- Définir la notion de « pays » ou territoire « ethnique », une réalité à Madagascar. Les frontières des « pays » sont-elles naturelles, culturelles ? Nous proposons un essai de typologie spatiale originale de ces « pays ».
- Apprécier le niveau de santé dans un pays pauvre, hier et aujourd'hui, avec en exergue le problème des données disponibles.
- Caractériser les espaces ruraux retenus : quels sont les facteurs économiques, environnementaux et culturels spécifiques et leur incidence sur la santé ?
- Choisir une échelle pour un travail de terrain : les limites spatiales et temporelles d'une recherche.
- Etudier particulièrement deux districts ruraux enclavés : besoins, offre et recours aux soins. Proposer un modèle pour un travail de recherche à appliquer à d'autres secteurs ruraux.
- Mettre en évidence des inégalités spatiales dans ces espaces spécifiques, quels enseignements retenir et quelles propositions formuler en vue d'une planification sanitaire ?

²⁴ Levy, J. et Lussault, M. (dir.), 2003, « *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés* », Belin, Paris.

Cette étude se divise en trois parties. Les besoins de santé et le système de soins forment un complexe singulier et très dépendant du lieu où il s'inscrit.

La première partie de l'étude fixe le cadre général d'un pays emprunt d'originalités. Nous reviendrons brièvement sur l'histoire intéressante de la population et sur le milieu naturel dans lequel elle vit. Notions démographiques, notion de « pays », nous menons une réflexion théorique qui nous conduit progressivement vers les terrains de recherche retenus : quelles sont leurs caractéristiques pour quels besoins de santé ?

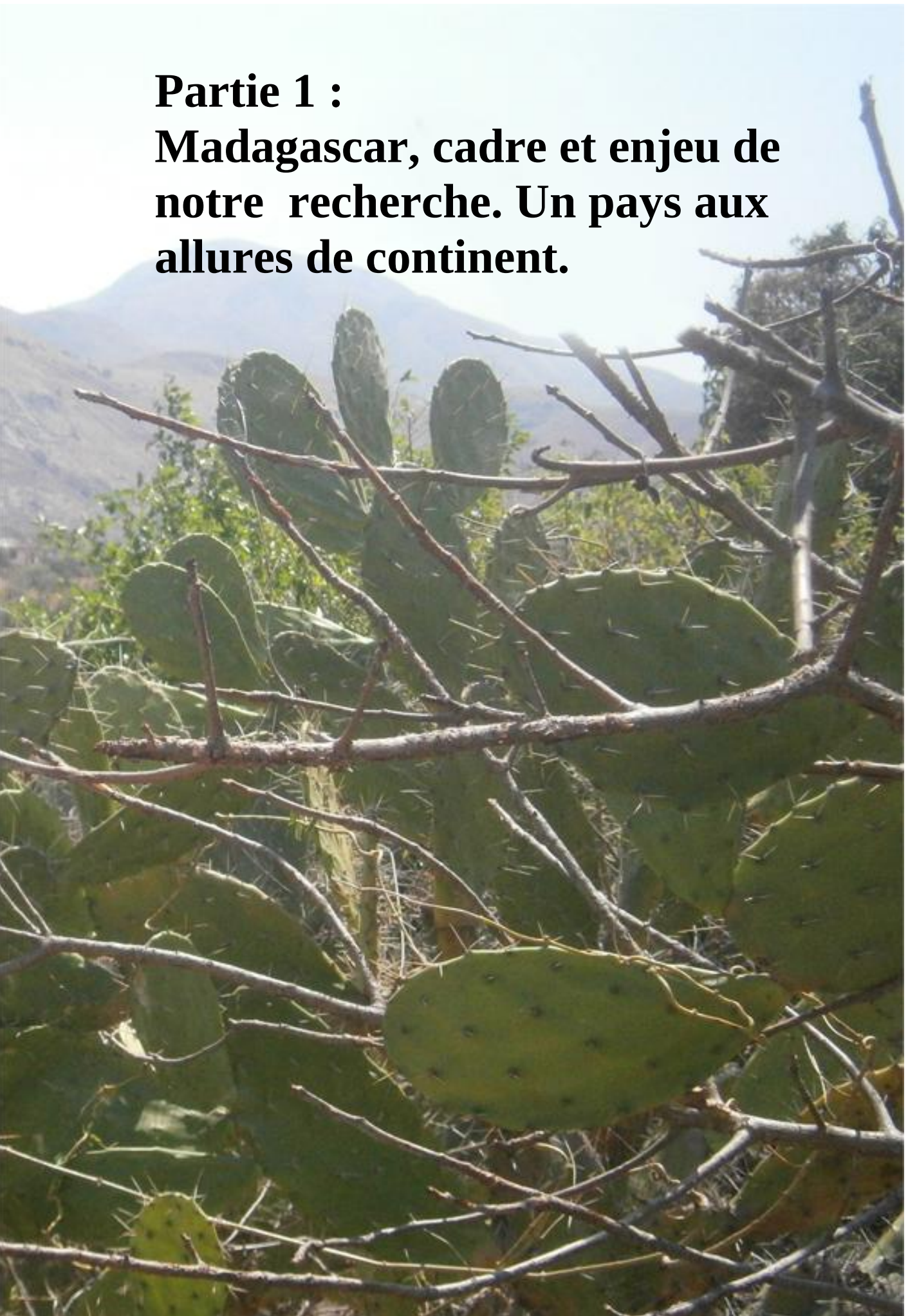
La seconde partie du travail propose une synthèse de l'état de santé global de la population rurale malgache. Qui sont ces agriculteurs et quelles sont leurs pratiques ? Quels sont les liens avec la santé ? Nous posons le contexte spécifique de l'étude qui fut la nôtre, en prenant appui sur des études de cas pour approcher plus en profondeur la santé sur ces territoires qu'en apparence tout oppose : situation géographique, pratiques agricoles, contexte culturel.

La troisième partie aborde le système de soins malgache. La santé publique à Madagascar a une histoire chargée et bien documentée depuis plus d'un siècle. Elle prend son essor parallèlement aux faits historiques du pays. Son organisation sur le territoire fera « système » progressivement, depuis le début de la période coloniale d'abord. Elle va ensuite s'inscrire sur le territoire avec plus ou moins de succès, au gré des politiques sanitaires successives et des soubresauts de crises politiques et/ou économiques plus ou moins sévères. Le système de soins va occuper dans un premier temps une place centrale dans le pays, essentiellement dans sa capitale. Puis on assistera à sa diffusion spatiale, avec des retours itératifs à la centralité. Quelle est la situation actuelle ? On s'attachera à une étude particulière et comparative du système de soins en terme d'offre dans les deux districts ruraux retenus. Observe-t-on de fortes disparités spatiales ? Qui sont les acteurs de la santé dans le milieu rural, où sont-ils situés et quelles sont les conditions de leur exercice ?

Finalement dans la dernière partie, nous essaierons de répondre aux questions initiales qui nous furent posées. Nous évoluerons à une échelle plus fine, au niveau de la population des villages et des hameaux, pour une étude concernant l'accessibilité aux services de soins, les pratiques de santé et surtout les représentations que les habitants des zones rurales ont de la santé, de la maladie et des structures sanitaires « modernes » disponibles pour leur prise en charge. Nous livrerons également des réflexions sur l'évolution de la santé moderne en opposition aux pratiques traditionnelles, toujours d'actualité à Madagascar.



**Partie 1 :
Madagascar, cadre et enjeu de
notre recherche. Un pays aux
allures de continent.**



Introduction à la Première Partie

La première partie fixe le cadre général de notre travail. Comme il n'est guère possible de comprendre la situation actuelle sans envisager les conditions historiques et économiques ayant contribué à sa structuration, un retour vers le passé nous paraît indispensable. Comment et par qui cette grande île a-t-elle été peuplée ? Le milieu naturel malgache fera ensuite l'objet d'un examen particulier. Comment les hommes ont-ils pu créer un Etat-nation sur ce vaste territoire insulaire soumis à des aléas climatiques tropicaux ? Il faudra enfin savoir où vivent les hommes et de quoi ils vivent, à quels risques ils sont exposés dans un pays resté pauvre. Nous développerons pour cela le milieu humain sur les plans démographique et culturel, afin d'aborder la notion de « pays », lien fondamental avec nos terrains de recherche.

Cette partie est divisée en deux chapitres. L'échelle d'analyse retenue dans le premier chapitre est Madagascar dans son ensemble. Elle permettra de situer nos deux terrains de recherche, Mandritsara et Békily. Dans le chapitre deux, nous proposons une approche large de ces terrains : il s'agira de comprendre et caractériser les lieux pour pouvoir aborder notre problématique des besoins de santé et du système de soins. Ces espaces, à dominante rurale, ont-ils des spécificités notables ? Quels sont les facteurs retenus dans le cadre d'une étude comparative ? Les éléments culturels propres aux deux espaces ont une relation forte avec la santé de la population, au travers de pratiques traditionnelles originales.

Chapitre 1 : Madagascar, un morceau de Gondwana à la dérive. Cadre général de l'étude

Nous allons revenir dans une première partie sur l'histoire du peuplement de Madagascar, initialement vide d'hommes. Ce peuplement est relativement récent, vers la moitié du premier millénaire de notre ère selon les hypothèses les plus précises. Pourquoi des hommes sont-ils venus sur la Grande Île ? Est-ce dû au hasard, ou le fait d'une volonté délibérée de conquête de territoires vierges ? Durant plusieurs siècles, différents petits royaumes vont se partager le territoire insulaire. Comment la société humaine était-elle organisée ? Quels types de relations les différents groupes humains avaient-ils établi ? Que sait-on de la santé à ces époques lointaines ? Quels étaient les rapports avec le monde extérieur ? On assistera finalement à une unification de la nation malgache, à la fin du XVIII^e siècle, dans un pouvoir politique central de type monarchique et autoritaire. Ce pouvoir sera pour la première fois confronté à des enjeux sanitaires, devant l'ampleur d'une épidémie de variole. Quelles seront les réponses des autorités en terme de plan de lutte globale contre ce fléau ? Avant de dresser un tableau de la situation démographique et de l'organisation de l'espace malgaches, nous aborderons le cadre puis le milieu naturel du pays. Culturellement et géographiquement, Madagascar est formé par le regroupement de plusieurs « pays » dont nous proposerons une typologie originale. Nous verrons ensuite pourquoi certains « pays » ont retenu notre attention, avant d'en dresser des caractéristiques précises, dans un but d'étude comparative. Les éléments de ce contexte global vont générer des besoins de santé spécifiques.

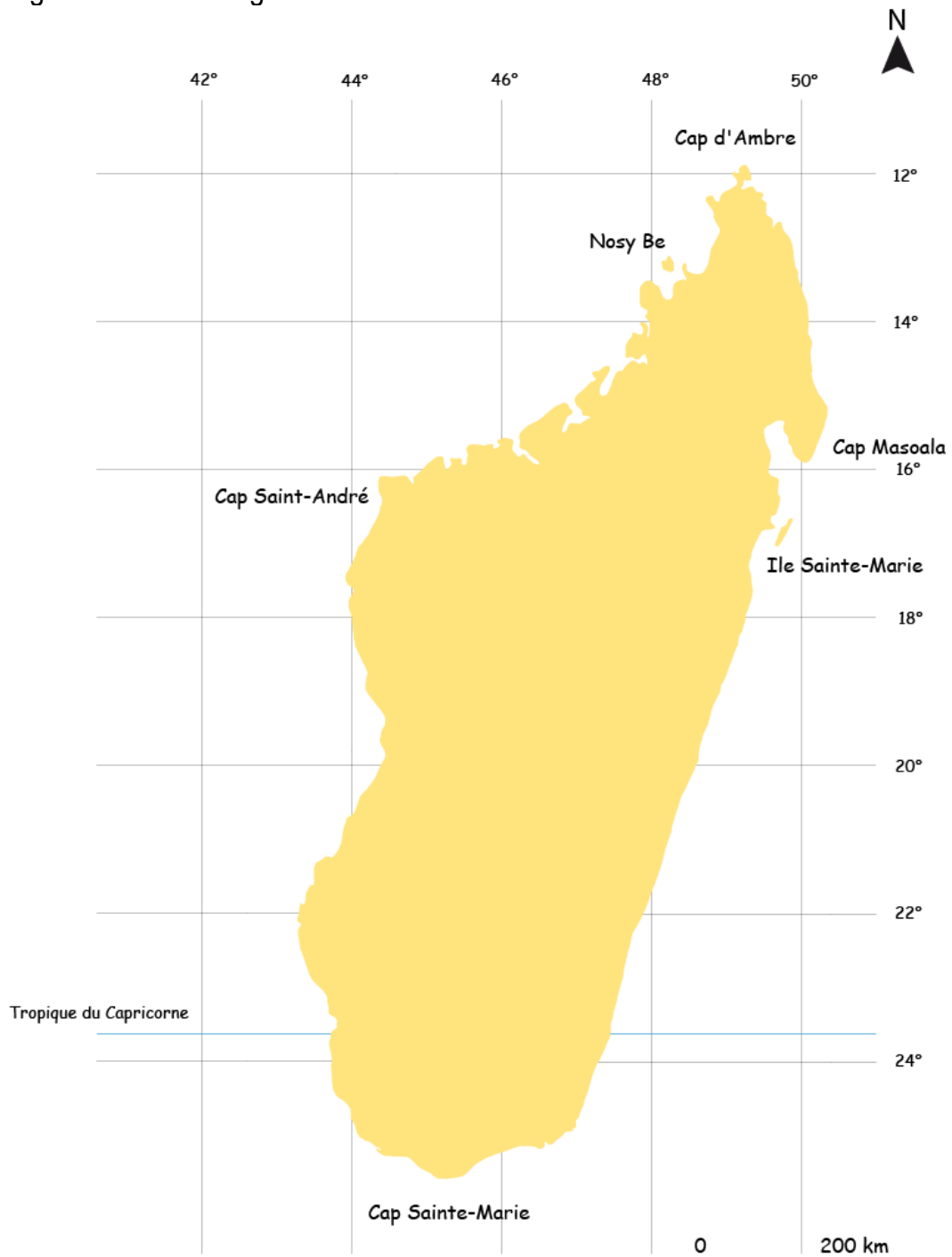
A. HISTOIRE DE MADAGASCAR, « UNE GEOGRAPHIE DANS LE TEMPS »

"Vue de haut, dans ses rapports avec l'Homme, la Géographie n'est autre chose que l'Histoire dans l'espace, de même que l'Histoire est la Géographie dans le temps. Ne peut-on pas dire également que l'Homme est la Nature prenant conscience d'elle-même ?"

Elisée RECLUS

Les soins de santé modernes sont arrivés dans la Grande Île à la fin du XIX^e siècle. Mais pour répondre à quels types de besoins ? A cette époque, un régime monarchique autoritaire dominait, sur le plan politique, une population d'environ 2 millions d'habitants disséminés sur le territoire. L'île n'a pas toujours été peuplée. Nous allons retracer le cheminement des premiers habitants à Madagascar, afin de mieux comprendre l'organisation spatiale en place de nos jours. Le peuplement a été progressif et irrégulier dans le temps. La géographie physique de l'île a déterminé largement l'occupation de l'espace. Peu à peu, cette population s'est organisée jusqu'à l'unification quasi-totale de l'île au début du XIX^e siècle.

Carte 2 :
Situation générale de Madagascar



Conception et réalisation : P.Kannapel

1. « *Des ancêtres venus d’au-delà des mers* »²⁵. Madagascar, terre de métissages.

Si l’origine précise du peuplement de Madagascar reste une énigme²⁶, le pays présente néanmoins une histoire originale et tourmentée. Les faits marquants de cette histoire, qui ont eu une incidence directe sur la santé (arrivée de nouveaux germes avec l’arrivée des colonisateurs par exemple) et sur le système de soins dit « moderne », mis en place sous la colonisation française, sont traités de façon chronologique.

L’île de Madagascar se situe dans le Sud-Ouest de l’océan Indien, entre 12° et 24° de latitude Sud, et entre 42° et 50° de longitude Est. Du Nord au Sud, elle s’étend sur 1580 kilomètres entre le cap d’Ambre et le cap Sainte-Marie. L’île atteint sa plus grande largeur (580 kilomètres) au niveau du 18^{ème} parallèle, au Nord de la capitale Tananarive (Carte 2, page 42). Détachée de l’ancien continent Gondwana, il y a 400 millions d’années, l’île de Madagascar était initialement vide d’hommes. Le peuplement semble résulter de la combinaison de vagues migratoires successives, probablement depuis le début de notre ère (RAMIANDRASOA, 1975).

2. Des foyers de peuplement côtiers

L’existence d’un peuplement préhistorique, *vazimba*²⁷, est un sujet de controverse. Aucune trace de civilisation primitive propre à l’île n’a été retrouvée. Nous la considérons comme appartenant à la légende populaire. Des vagues de migrations successives, commencées dans la seconde partie du premier millénaire de notre ère, sont certainement à l’origine du peuplement de Madagascar²⁸. L’Islam se répandait de façon assez lente. C’est à partir de cette époque qu’émerge la civilisation swahilie, mêlant traditions africaines bantoues et islamiques. On notera l’accès des Bantous à la maîtrise de la navigation (VIII^e – X^e siècles). Des commerçants arabes installent comptoirs et petites colonies : vers l’an 1000, une présence arabo-islamique est prouvée sur les côtes nord-ouest, nord-est et est de la Grande Île. Elle est le fait des *Antaloatra*²⁹, commerçants issus de la côte est africaine - via les échelles³⁰ des Comores. Au IX^e siècle, une grande partie du littoral est investie, à l’exception de la partie sud. Le géographe arabe Edresi³¹ (vers 1289) donne dans sa « *Géographie de Nubie* » une description détaillée de cette île qu’il nommait Zaledj. « *L’île de Madagascar s’est trouvée à plusieurs reprises dans son histoire confrontée à la domination sur l’océan Indien de puissances maritimes*

²⁵ Vérin P., 2000, « *Madagascar* », Karthala, Paris, 270 p.

²⁶ A propos des premiers arrivants, aucune preuve archéologique probante n’a jamais été apportée.

²⁷ Les mots malgaches apparaissent en italique dans le texte.

²⁸ Des fouilles archéologiques attestent d’une présence de populations sur la côte nord-est de l’île. « *Ils parlaient au nom d’une communauté de civilisation, de religion, de mœurs, dominée successivement par l’Islam puis après le XVIII^e siècle, le christianisme, religions à vocation universelle et expansionniste, faisant l’apologie du commerce comme premier lien entre les hommes* » (Vérin, 2000).

²⁹ Littéralement « les gens de la mer » en langue malgache.

³⁰ Comptoirs ponctuels, de petite taille, dispersés au débouché des principaux itinéraires vers l’intérieur africain, situés généralement sur des îlots face au continent africain.

³¹ Cité dans Vérin (2000).

dynamiques : celles-ci ont établi dans la partie sud- ouest de l’océan Indien des réseaux commerciaux aux XII^e- XIII^e siècles, puis plus tard entre les XVII^e et XVIII^e siècles » (RAISON-JOURDE, 1983). Des flottilles commercent entre l’Afrique et Madagascar, et vont assurer jusqu’au XVI^e siècle l’essentiel des échanges de l’île avec le monde extérieur. Madagascar représentait une base de radoub et de ravitaillement, et a pu s’intégrer dans le monde des échelles occidentales.

■ Mouvements dans l’océan Indien

Les premières migrations seraient le fait de populations asiatiques. Un flux serait venu directement d’Asie du Sud-Est, constitué de populations d’origine indonésienne et malaise. D’autres migrants asiatiques, navigateurs, indianisés et déjà métissés, auraient abordé Madagascar (VERIN, 2000), puis se seraient fixés sur les espaces côtiers. La puissance maritime arabe, qui pratiquait des échanges commerciaux en Afrique orientale et dans le Sud-Ouest de l’océan Indien, dans le contexte de l’émergence de l’islam au VII^e siècle, a contribué à l’arrivée d’une population africaine bantoue. « Dès le VII^e siècle, des navigateurs arabes avaient touché les côtes madécasses. Les Perses connaissaient Madagascar sous le nom de Serendib : ils établirent des relations commerciales avec les populations côtières³² ».

**Carte 3 :
Les migrations extérieures**

Conception et réalisation : P.Kannapel

Cette double influence, asiatique et africaine, transparaît dans la langue malgache et dans les traits socioculturels et les techniques, essentiellement agricoles, identifiables sur l’île (DESCHAMPS, 1972). La langue malgache fait globalement partie des langues indonésiennes, rattachées à une famille linguistique très vaste, s’étendant du Pacifique à l’océan Indien. A partir du VIII^e siècle se rajoutent des mots d’origine bantoue et arabe, dans les domaines du commerce (la monnaie malgache est l’*ariary*, un terme arabe), de la science et de l’astrologie. Le sanskrit apparaît également dans la langue malgache dans les domaines politiques ou moraux - le terme *tsara* (bon) est très répandu parmi les toponymes malgaches. Les mots malgaches d’origine indonésienne concernent les

³² « La découverte de Madagascar », s.n., 1957, La Revue de Madagascar, n° 33, 4^{ème} trimestre 1957, p. 32.

activités de pêche (pirogues à balancier) et de chasse, la forge et les techniques de défrichement. Certains végétaux (riz, igname, taro, bananiers, cocotiers) ont aussi une origine asiatique. Les termes bantous concernent les animaux domestiques (l'élevage de bœufs, chèvres, moutons, volailles, ou les chiens) et d'autres éléments végétaux (sorgho, oignon, melon d'eau). Le zébu (*omby*) ou bœuf à bosse, est un animal importé d'Afrique au cours du 1^{er} millénaire de notre ère. Il occupe une place essentielle dans la culture malgache. Sa domestication en a fait, des siècles durant, un des piliers de l'économie insulaire et de l'ordre social. Au temps des royautes, l'élevage de zébus assurait la survie du lignage (un groupe se réclamant d'un grand ancêtre commun). La taille du troupeau faisait la richesse du groupe familial, ses marques aux oreilles étaient un signe de reconnaissance. Symbole de prestige, le bœuf est aussi un animal sacré, qui joue un grand rôle dans toutes les cérémonies. Finalement, ces origines diverses expliquent le profond métissage de la population malgache et l'originalité d'une osmose culturelle, faite d'emprunts asiatiques, perses, africains, et européens par la suite.

■ Des migrations intérieures et une mise en valeur de l'espace

La forme d'organisation sociale la plus aboutie est la création de petits royaumes, aux XIV^e et XV^e siècles : c'est l'apogée des royautés du Sud-Est. Les populations Antambahoaka, Antaimoro et Antanosy de la côte orientale de Madagascar furent les premières à proposer une organisation sociale en règle. Un modèle de système politique apparaît puis se diffuse, favorisant l'apparition de pouvoirs royaux sur l'ensemble de l'île.

Ces groupes ont longtemps entretenu des échanges commerciaux et culturels avec le monde musulman et conserveront des influences religieuses et traditionnelles arabes. Ils détiennent en particulier les *Sorabe*, « la grande écriture », des manuscrits en caractères arabes mais en langue malgache, consignait traditions et procédés divinatoires anciens. C'est au XV^e siècle qu'apparaît la première forme écrite de la langue malgache, en alphabet arabe. Elle ne sera remplacée par des caractères latins qu'au XIX^e siècle.

Carte 4 : Les royaumes anciens



Conception et réalisation : P.Kannapel

Forcément côtiers, les premiers foyers de peuplement se sont fixés, puis peu à peu structurés en groupes plus organisés, sans jamais former de véritables cités-Etats, à l'instar de la côte est africaine. L'organisation sociale primitive repose sur la notion de ddddddmmettre en place. A et G. Grandidier (1917) considèrent qu'« avant le XVI^e

siècle, les habitants étaient groupés par petites familles indépendantes les unes des autres, obéissant chacune à son chef naturel et non pas en nations plus ou moins importantes, soumises à l'autorité d'un roi ; chaque village, ou plutôt chaque groupe de hameaux avait son autonomie, sauf en cas de guerre, à se concerter ou à s'allier avec les villages voisins (...) il y avait donc une foule de chefs ou de rois ». A partir du XII^e siècle, depuis le Sud-Est de l'île, on assistera aux premières incursions de population vers les Hautes Terres (DESCHAMPS, 1959), pour des raisons encore mal précisées à ce jour. J.-P. Raison (1984) tente néanmoins de fournir des explications et parle de « (...) situation de refuge où se seraient terrés des groupes rejetés de la côte, méprisés des autres habitants de l'île (...) », d'un « climat plus sain grâce à l'altitude qui aurait permis un rapide accroissement démographique (...) » ou d'une « orientation exclusive des habitants des Hautes Terres vers la culture du riz de bas-fonds (...) ».

3. L'émergence de nouvelles royautes (XVI^e- XVII^e siècles)

Au Sud, on voit émerger les royaumes Antandroy et Mahafaly, le royaume Sakalava se met en place dans l'Ouest du pays, les petits royaumes Bara et Tanala s'imposent sur les plateaux du centre Sud et les populations Antankarana s'organisent à la pointe nord de l'île. L'apparition de ces ensembles politiques se fait parallèlement au développement d'établissements occidentaux sur les côtes malgaches. Chaque royaume cherche à étendre son territoire, ce qui ne peut se faire qu'aux dépens des autres. Les nouveaux chefs politiques suscitent la création de ports de traite, où se pratique le troc d'esclaves, bœufs et vivres contre armes et munitions. A la fin du XVI^e siècle, à l'Ouest de Madagascar, on assiste à l'essor du royaume Sakalava. Les Sakalava monopolisent le commerce de traite dont ils tirent d'importants bénéfices. La dynastie Maroserana, établie depuis deux siècles dans le Sud-Ouest, fonde le royaume du Menabe. Elle étendra son territoire aux plaines de l'Ouest, jusqu'à la pointe nord, et une partie du Nord-Est. On va instaurer une administration territoriale et mener une politique de conquête par alliances, ou grâce aux premières armes à feu achetées aux trafiquants européens ou arabes. Des querelles de succession voient le jour, conduisant à la sécession en deux royaumes, le Boina au Nord et le Menabe au Sud.

Issus des régions du Sud-Est, les Mérina vont progressivement constituer l'ethnie majoritaire des Hautes Terres centrales. En 1530, Andriamanelo fonde la dynastie des Andriana. Son fils Ralambo (1575-1610) nomme le royaume Imerina, « *d'où la vue porte loin* », le structure et l'étend : on observera alors un profond changement de l'organisation sociale. Le peuple de pêcheurs se transforme en riziculteurs et éleveurs. C'est une période de construction de fortifications à visée défensive. L'industrie du fer (la forge en particulier) permet la fabrication de sagaies, haches et coutelas. On instaure une taxe de capitation et une aristocratie de l'Imerina émerge. On notera une ultime immigration asiatique, en provenance de l'île de Java dans les années 1557-58. Les côtes ont ainsi accueilli et intégré progressivement de nouvelles populations.

■ Structuration du territoire

Carte 5 :
Les nouvelles royautes

De l'extrême nord à l'extrême sud de la Grande Île, de petits royaumes émergent. Quelques territoires du centre et de l'Ouest seront également valorisés, mais sur des espaces étroits. Rappelons qu'au XVI^e siècle, l'île comptait à peu près un million d'habitants, soit une densité moyenne de 1,7 h / km². Quand on connaît la situation actuelle du pays, par rapport aux nombreux territoires enclavés, on peut se demander quels genres de contacts étaient établis entre tous ces groupes.



Conception et réalisation : P.Kannapel

4. Vers l'unification d'une nation malgache

Cependant, les Mérimas ont su constituer une société plus organisée et techniquement plus avancée que les autres ethnies de l'île. Le souverain Andrianjaka (1640-1665) installe son *rova*³³ à Tananarive, avec une garnison de 1000 hommes et va lancer des grands chantiers : l'endiguement de l'Ikopa³⁴, des travaux d'assèchement des marais transformés en rizières autour de Tananarive, puis l'extension de ces rizières, et l'aménagement au cœur de l'île des premières grandes rizières en terrasse, selon des techniques venues d'Asie. Sur le plan culturel, une grande solennité est accordée à la cérémonie de la circoncision et aux rites funéraires. Un climat sain et une agriculture plus productive que sur les côtes entraîneront un vif essor démographique.

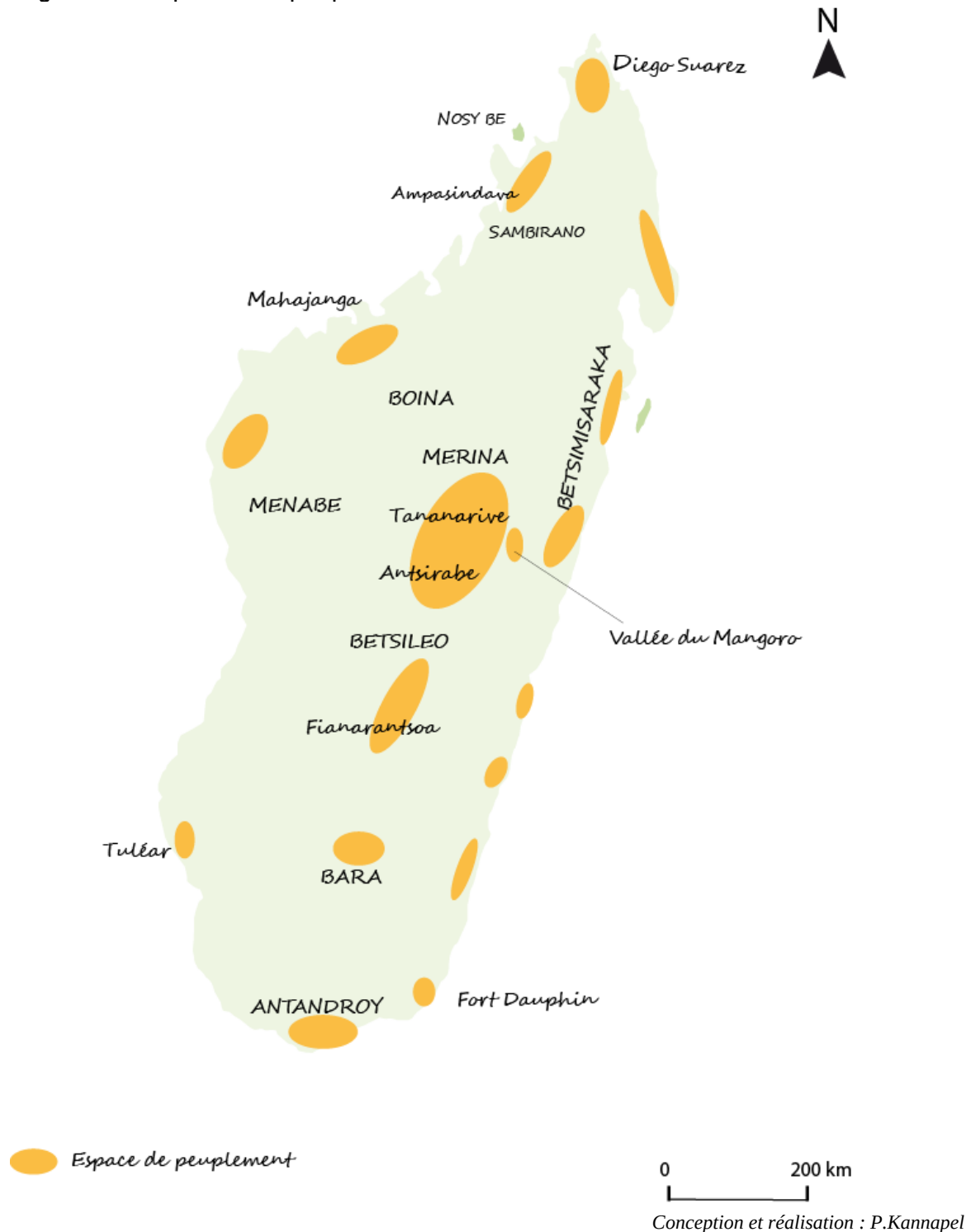
Le riz joue un rôle fondamental dans la vie de la majorité des Malgaches. Il constitue l'essentiel de leur nourriture mais son capital culturel et symbolique est aussi important que son capital économique. Les paysages rizicoles sont très variés : rubans de rizières tapissant les fonds de vallées, gradins étroits à flanc de versant, parcelles rectangulaires

³³ Palais, citadelle des souverains malgaches.

³⁴ Nom de la rivière qui traverse Tananarive. Elle naît dans les massifs montagneux à l'Est de la capitale, va suivre une direction ouest puis traverser les Hautes Terres vers le Nord avant de se jeter dans le fleuve Bestiboka (voir Carte 11, page 67).

quadrillant les plaines, rizières de décrue au bord des lacs et des cours d'eau, champs de défriche : brûlis ouverts en forêt. La riziculture humide (inondée ou irriguée) constitue l'essentiel des paysages agraires des Terres Centrales.

Carte 6 :
Organisation spatiale du peuplement au début du XVIII^e siècle



Au début du XVIII^e siècle **l'organisation spatiale** du peuplement de la Grande Île peut être sommairement divisée en trois grands types d'espaces :

- **un centre** – les Hautes Terres – densément peuplé, par une population dominante d'origine asiatique. Les monarques vont mener des politiques d'expansion de leur royaume. « *Dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle et malgré les troubles, l'Imerina de ce temps était un pays remarquablement industriel et évolué, fort en avance sur tout le reste de l'île.* » (RAISON, 1984). Cette relative précellence Mérina fut sans conteste un important facteur de densification et de croissance démographique. Tananarive est la capitale du Royaume. Elle se situe à plus de 1000 m d'altitude. Antsirabe (alt. 1550 m) n'est qu'un petit village qui fournit la capitale en sel. Le royaume Betsileo se structure autour du village de Fianarantsoa (alt. 1200 m). Cette bourgade ne connut un développement urbain qu'à partir de 1830, sur le modèle de la capitale (FOURNET-GUERIN, 2007, A).
- **un littoral** inégalement occupé, avec localement des noyaux de peuplement denses d'origine arabe (côte est), indonésienne et africaine (côte ouest).

La pointe nord de Madagascar présente une anomalie climatique. Alors qu'elle est proche de l'Equateur, les précipitations annuelles ne dépassent pas 1000 mm/an. La baie de Diego Suarez était déjà fréquentée par des navigateurs arabes et comoriens au X^e siècle. Au Nord-Ouest (voir carte 6, page 48), la région du Sambirano fut un foyer d'échanges longtemps convoité. Au X^e siècle, la baie d'Ampasindava abritait déjà plusieurs comptoirs *Antalaotra*, population arabe métissée d'africains et de comoriens, et islamisée. Ces comptoirs étaient établis tout le long de la côte ouest. Leur existence permit l'émergence de chefferies, en constante opposition pour le contrôle du commerce régional. On échangeait riz, bœufs, canne à sucre contre des armes, outils, étoffes, poteries indiennes et vaisselle chinoise. L'île de Nosy Be était un repaire de pirates et une plaque tournante du trafic d'esclaves.

Les côtes ouest et est sont en concurrence. Les rois Sakalava ne cessent d'étendre leur territoire au Nord et à l'Ouest. Ils monopolisent le commerce de la traite dont ils tirent d'importants bénéfices. Des querelles de succession causeront l'éclatement du royaume en deux entités, le Boina au Nord et le Menabe au Sud. La ville de Majunga, capitale du royaume du Boina, fut fondée en 1745. Son emplacement protégé, à l'embouchure du fleuve Betsiboka (voir Carte 11, page 67), lui permit en quelques décennies de devenir un comptoir d'échange actif avec l'Afrique orientale, le Moyen-Orient et l'Europe. Esclaves, zébus, riz, étaient troqués contre des armes, épices et différents produits manufacturés venant d'Europe. Elle servira d'ailleurs de « tête de pont » dans la conquête coloniale française.

Dans le même temps, dans les vallées compartimentées de l'Est de Madagascar, de nombreux clans rivaux se disputent territoires et richesses. On pratique le troc d'esclaves, de bois de charpente ou de pierres précieuses, contre des armes à feu ou des produits manufacturés, avec les pirates et négriers européens. Cependant, les différentes chefferies vont réussir à constituer la confédération Betsimisaraka. Elle va se livrer à son tour à la traite à grande échelle, afin de répondre au besoin

grandissant en main d'œuvre servile des colonies anglaise et française des Mascareignes. La concurrence que se livrent les deux côtes prendra fin au début du XIX^e siècle, avec l'entrée du royaume de l'Imerina dans le jeu politique international.

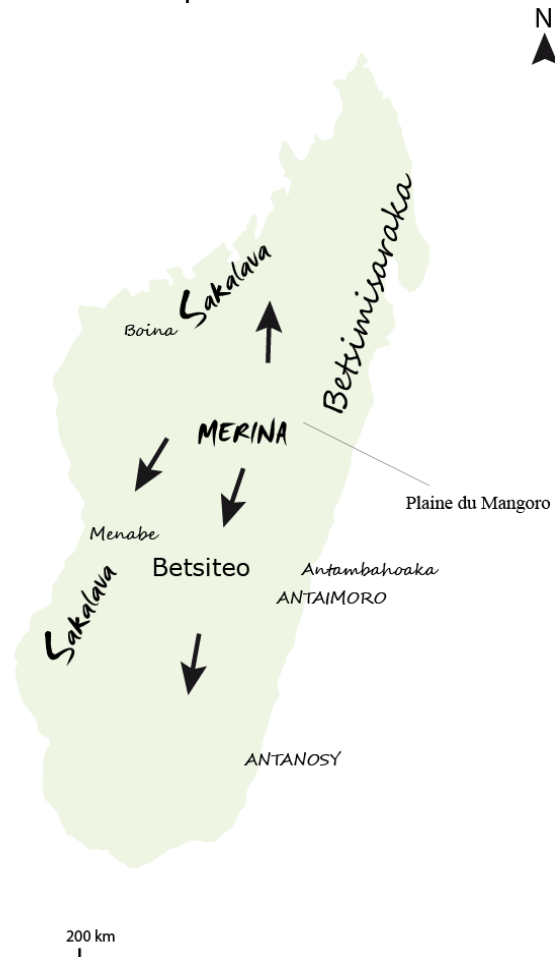
Au Sud de Tuléar, ancien village de pêcheurs, la baie de Saint-Augustin était un comptoir commercial et un poste de traite à partir du XVII^e siècle. Tuléar devint une ville moderne, suivant les plans d'un architecte français en 1895. Le royaume Antandroy s'étendait à l'extrême sud dans une région semi-désertique. Une vaine tentative de colonisation française avait eu lieu en 1642 à partir de Fort-Dauphin³⁵. La population résista et finalement repoussa cette tentative.

- **des espaces intermédiaires** « vides d'hommes » ou du moins très faiblement peuplés.

■ Des monarques conquérants

Carte 7 : Les conquêtes territoriales Mérimina

Après la conquête des royaumes côtiers au XIX^e siècle, Andrianampoinimerina, souverain Mérimina, soumettra les populations de la plaine du Mangoro et des Etats Sakalava du Nord et de l'Ouest. L'expansion vers le Sud est commencée en 1803— son objectif ultime étant l'unification de l'île. A sa mort, un Etat est organisé sur la moitié de l'île. Son fils, Radama Ier (1810-1828) achève l'oeuvre de son père. Il perpétue la politique d'extension territoriale et d'unification et pose les bases de la nation malgache. Les conquêtes sont violentes, il en reste des traces dans la mémoire collective. La monarchie est très centralisée, avec le poids considérable de la capitale.



Conception et réalisation : P.Kannapel

³⁵ Dès 1643, la Compagnie des Indes orientales de Richelieu fonde l'établissement de Fort-Dauphin. Ce comptoir ne connut jamais de prospérité, et après bien des péripéties, il fut abandonné en 1674. Cependant, Madagascar, désignée sous le nom d'île Dauphine, avait été officiellement annexée au royaume de France par des ordonnances royales de 1664 et 1670 (MARTIN, 1993).

Cette structure spatiale du peuplement s'est trouvée ensuite renforcée par l'histoire. Sur les Hautes Terres, les monarques Mérimina ont mené des politiques d'expansion de leur royaume. Andrianampoinimerina (1787-1810), souverain fondateur de la puissance et de la grandeur des Mérimina, a tenté de construire un Etat fort, capable de gérer politiquement, socialement et économiquement son royaume, qu'il souhaitait élargir jusqu'à la mer. Sa devise était : « *la mer est la limite de ma rizière* ». Fin stratège, il a mené une action unificatrice et centralisatrice, fondée sur l'amélioration de la productivité agricole et permise par d'importants travaux d'aménagement des plaines rizicoles par une maîtrise de l'eau à l'asiatique : la riziculture irriguée, qui nécessite une main d'œuvre nombreuse et une forte cohésion sociale. Il fut ainsi capable de nourrir correctement l'ensemble de ses administrés. Ce monarque instaure une nouvelle institution : le *fokonolona*, communauté villageoise organisée sur la base des castes : nobles, roturiers, esclaves, sur les Hautes Terres, dans les « pays » Mérimina et Betsileo. Il développe une dynamique de densification rapide du peuplement sur les Hautes Terres et se livre à des conquêtes territoriales.

Le royaume de Madagascar est reconnu par les empires français et anglais, qui envoient commerçants et missionnaires. Le nouveau monarque s'ouvre sur l'occident : en 1817, on assiste à l'installation d'une ambassade anglaise à Tananarive. L'assistance militaire anglaise est accordée en échange de l'abolition de la traite, ce qui lui permet de moderniser son armée. Il parvient à réprimer une insurrection Betsileo, à conquérir le royaume du Boina et à asservir les tribus de l'Est, puis il étend son empire sur toute la côte est, et enfin sur le royaume d'Antankarana et les territoires Tsimihety et Sihanaka vers le Nord. Des alliances matrimoniales judicieuses achèvent sa souveraineté sur le royaume du Menabe.

■ Un royaume Mérimina tout puissant

Carte 8 : Poursuite de l'expansion Mérimina

Les territoires Antankarana, Tsimihety et Sihanaka, dans la partie nord de la Grande Île, n'étaient pas structurés en un quelconque pouvoir politique. Lors des conquêtes territoriales, les populations du Nord n'opposèrent que peu de résistance, face à la puissance affichée du royaume Mérimina.



Conception et réalisation : P.Kannapel

Ces conquêtes successives ont conforté la supériorité politique des Hautes Terres, qui concentrent alors l'essentiel de la population. Au XIX^e siècle, les Hautes Terres ont connu une forte augmentation des densités de population, sans toutefois que cela suscite des courants d'émigration. *« Dès le XIX^e siècle, l'expansion politique Mérina pouvait sembler une réponse à une situation démographique devenue périlleuse, or cet intense mouvement d'émigration ne s'est pas produit : l'essentiel de la population des Hautes Terres n'a pas quitté le pays. De loin, la plus grande part des migrations de population s'est effectuée à l'intérieur de la région même, malgré une croissance démographique plus grande qu'en aucune partie de l'île »* (RAISON, 1984). Sur le littoral, sous le règne de Radama I, puis celui de la reine Ranaivalona (1828-1861), on assiste à une modification de l'organisation de l'espace rural, conséquence du mouvement d'expansion du royaume Mérina. On construit des axes de communication, destinés au contrôle du territoire sur les plans économique et politique. Ces voies dans la campagne sont recouvertes de pierres ; en ville, les rues seront pavées. Des terres sont attribuées aux colons. Des migrations importantes sont alors observées vers les ports conquis par le pouvoir royal (Majunga, Foulpointe, Fort Dauphin). Les relations diplomatiques du royaume vis à vis des Européens vont ensuite brutalement changer. La reine les soupçonne de vouloir s'incruster, par l'intermédiaire des missionnaires chrétiens, qui dénigrent les traditions malgaches. Surnommée « la Sanguinaire », la souveraine ne lésine pas sur les moyens pour affronter les grandes puissances. Le pays sera définitivement fermé aux étrangers en 1857. A sa mort en 1861, le pouvoir revient à son fils, Radama II. Durant son très court règne (2 ans), il va ouvrir à nouveau totalement son royaume aux Européens, oscillant entre le catholicisme français et le protestantisme anglais. La politique d'ouverture va se poursuivre, sous le règne des trois souveraines suivantes, les reines Rasoaherina (1863-1868), Ranaivalona II (1868-1883)³⁶ et Ranaivalona III (1883-1897). Le véritable pouvoir politique est en fait détenu par le premier ministre, Rainilaiarivony, qui va épouser successivement les trois reines. Il entreprend des réformes, tente de réorganiser la justice et l'administration et fait alliance avec l'Angleterre. Le régime prend la forme d'une monarchie constitutionnelle.

5. Préhistoire de la santé moderne à Madagascar : médecins et missionnaires

On sait peu de chose sur la santé des populations et de leurs moyens de se prendre en charge, avant le XV^e siècle. Le paludisme et d'autres maladies infectieuses tropicales devaient déjà probablement sévir sur les zones littorales, germes et vecteurs étant arrivés avec les migrants extérieurs. Les espaces côtiers, où se sont fixés les premiers habitants, représentent un terrain particulièrement propice au développement de ces affections. Quant aux traitements en usage à ces périodes, il s'agissait probablement d'une association de magie et d'herboristerie. Les premières relations sur la santé à Madagascar remontent à 1602, lorsque des marins anglais, ayant fait escale dans la baie de Saint

³⁶ Celle-ci proclame l'adhésion du royaume au christianisme et renonce officiellement aux croyances ancestrales (RICHARD, 2005).

Augustin³⁷, avaient fomenté une tentative de colonisation. Leurs propos, relatés par A. et G. Grandidier (1917) indiquent que « *les plus sains tombaient malades de fièvre chaude, avec frénésie, les uns après les autres, au bout de deux à trois jours* ». Leur nombre passa en quelques semaines de 140 à 60, victimes de fièvres aiguës, mais aussi d'une population locale belliqueuse. Jusqu'au XIX^e siècle, les voyageurs rapportent les dangers représentés par les « fièvres » côtières, en opposition avec une certaine salubrité sur les Hauts Plateaux. Le paludisme s'installe sur les Hautes Terres (BLANCHY et alii, 1993), avec une mortalité effroyable, tant dans la population locale que chez les militaires au moment de la conquête et de la colonisation française. Le premier rapport sur la « santé publique » est celui de Gallieni, adressé au ministère des colonies en 1905. Il fait le point sur l'« *assistance médicale des indigènes, l'organisation médicale pour la population européenne, l'hygiène et la salubrité publique, la police sanitaire, les épidémies de peste* » (GALLIENI, 1905).

Venue de Grande-Bretagne, la médecine « moderne » est arrivée à Madagascar à partir de 1862, sous le règne du roi Radama II. Elle est le fait de missionnaires protestants, anglais et norvégiens, représentant respectivement la *London Missionary Society* (LMS) et la *Norwegian Missionary Society* (NMS). Outre des missions religieuses, sociales et scolaires, ils vont construire les premiers établissements de soins, et ce, prioritairement dans la capitale. Un premier hôpital (40 lits) fonctionnera en 1863 dans le quartier central d'Analakely. On va y étudier les maladies tropicales. Il sera suivi deux ans plus tard d'un second établissement, dans le quartier d'Andohalo, initiative des missionnaires norvégiens (LE GARREC, 1945). Les soins y sont gratuits. On va simultanément créer une école de médecine, formant des promotions de dix élèves, sous la responsabilité de deux médecins anglais qui assurent l'enseignement. La formation de médecins « assistants » et d'infirmiers malgaches va se poursuivre de 1870 à 1876. Certains étudiants vont d'ailleurs partir se former en Europe, et à son retour, l'un d'entre eux va de sa propre initiative ouvrir un dispensaire. Enfin, le 13 août 1891, la Reine Ranaivalona III inaugure un nouvel hôpital, Soavinanariana, dont le nom signifie littéralement le « *cadeau de la Reine* » ; il s'agissait d'une coopération souhaitée par le pouvoir malgache en place. Il sera dirigé par un médecin anglais. Après 1877, des missionnaires norvégiens vont créer des hôpitaux dans les cités d'Antsirabe et de Fianarantsoa, toujours dans la région centrale du pays. « *Antsirabe et Fianarantsoa eurent un hôpital. Mais la brousse était négligée absolument et livrée aux sorciers qui exploitaient l'invraisemblable crédulité des Malgaches* » (LE GARREC, 1945). La médecine moderne avait encore du chemin à parcourir, pour toucher la majorité de la population, vivant dans des zones rurales isolées. La diffusion de la médecine européenne s'est faite conjointement à la christianisation du pays. Des missionnaires non médecins prodiguaient des soins. Ils s'en servaient comme

³⁷ La baie de Saint Augustin se situe à l'embouchure du fleuve Onilahy (voir carte 11, page 67), à 37 km au Sud de Tuléar. Dans cet estuaire, bassin d'effondrement, elle servit de base de ravitaillement pour les pirates et négriers européens, puis fut au XIX^e siècle, l'un des principaux points d'appui de la colonisation portugaise. 600 marins naufragés y avaient échoué en 1527. Par la suite, une tentative de colonisation avait été menée par l'Anglais John Smart ; la baie constituait une escale idéale sur la route des épices. Elle servit ensuite de base française dans la région.

moyen d'obtenir des conversions de la population. On pratiquait une « *lutte idéologique* » contre les « *pratiques primitives* » et le « *paganisme* » (KOERNER, 1994).

La France vint alors établir son Protectorat en 1885. Elle organisa immédiatement un essai d'assistance publique dans les principaux centres maritimes de la Grande Île (Majunga, Tamatave, Diégo Suarez), à Nosy Be ainsi qu'aux Comores. Les soins et la médecine y étaient gratuits pour la population malgache (MESTRE, 2007). En 1886 apparaît l'influence française. Le major Baissade ouvre un dispensaire sous les auspices du Résident général Le Myre de Villiers, et fut reconnu pour ses mérites, par le premier ministre Rainilaiarivony, véritable détenteur du pouvoir. Il salua une « oeuvre humanitaire » où les médecins français soignaient gratuitement la population indigène. Le but était de faire contrepoids aux influences anglaise et norvégienne, toujours présentes. A partir de 1893, 40 élèves (Merina et Betsileo) sont formés. En parallèle, deux enseignants anglais forment infirmiers et personnels auxiliaires féminins et gardes malades. Une ébauche de système de soins prenait forme à Madagascar.



Le virus de la variole, « invité » indésirable

La **variole**, maladie infectieuse communautaire, fut le premier fléau historique auquel fut confronté le nouveau pouvoir monarchique. Considérée comme « exterminatrice », la variole décimait la population. Cette maladie fit probablement son apparition à Madagascar dans le port de Tamatave à la fin du XVIII^e siècle, en provenance d'Inde où elle a causé des ravages épidémiques. Lors de la prise de cette ville par le royaume Mérimina, le roi Andrianampoinimerina décréta d'enterrer vivants ceux qui en étaient atteints et proféra des menaces effrayantes : « *Si l'un de vous, aussi puissant soit-il, dérobe le cadavre de l'un des siens mort de cette maladie pour le mettre dans son tombeau, je ferais de son épouse une captive et vendrais ses enfants pour être esclaves* ». Le roi avait peur de cette « maladie mauvaise ». Quand le nombre de malades devint trop important, les chefs de village demandèrent au souverain d'accepter que l'on conduise les malades au loin. A partir de ce moment, les varioleux étaient amenés sur des terres mortes (*tany maty*) pour y être isolés. S'ils mouraient, ils étaient enterrés sur place et ne pouvaient plus être exhumés. Sous Radama I, les varioleux étaient parqués, et on procéda à des vaccinations (procédé enseigné par les Européens). Ranavalona I prolongea les prescriptions d'isolement des malades avec des mesures semblables à celles d'Andrianampoinimerina, en cas de transgression des interdits – seuls les parents guéris pouvaient soigner leurs proches – les cadavres devaient rester sur la terre morte et ce, définitivement. Ces lois furent respectées par les souverains suivants. On peut penser que ces mesures, certes justifiées par la gravité de la maladie, ne devaient pas être acceptées paisiblement par le peuple (du moins en ce qui concerne les interdits pesant sur le défunt – le mort ne pouvant plus réintégrer le tombeau familial). Le pouvoir se trouvait pour la première fois confronté à un grave problème de santé publique. Il a su réagir en contrevenant aux traditions des rites funéraires, et donc en s'opposant de manière ferme à la population.

B. UN MILIEU DANS UN CADRE : LE CONTEXTE MALGACHE

Introduction : La notion de milieu

« *Beaucoup de maladies transmissibles, endémiques ou épidémiques, dépendent des caractères géographiques de la région considérée. Dans le milieu tropical, plus que partout ailleurs, les rapports entre le milieu et la pathologie sont étroits* » (GENTILLINI, DUFLO, 1982). Se créent ainsi des besoins de santé spécifiques et observables, notamment à Madagascar. Comment définir dans ce contexte la notion de milieu, qui étymologiquement signifie « la moitié du lieu » ? Le sens premier désignait ce qui est entre deux lieux, au centre du lieu, puis par glissement sémantique, milieu a fini par désigner aussi l'alentour du lieu (BRUNET et al., 1993). Un milieu se définit donc toujours par rapport à un lieu, parfois à une activité ou à un groupe social. La notion de milieu est fondamentale en géographie, « *ambiguë et controversée, au cœur du débat Nature/Culture, entre les approches naturalistes et sociales* » pour citer H. Picheral (2001). Le milieu fut longtemps assimilé au seul milieu naturel, au centre des travaux de M. Sorre (1933) sur les complexes pathogènes. On lui préfère aujourd'hui le terme d'espace géographique, où sont prises en compte à la fois les caractéristiques physiques et humaines de l'espace, « *occupé, transformé, aménagé, organisé et pratiqué par l'homme* » (PICHERAL, 2001). Le milieu naturel se conçoit comme l'ensemble des éléments de la nature (climat, sol, eaux, pentes, végétation, faune) présents et associés en un lieu et autour de lui. On parlera donc du milieu naturel d'un lieu. Dans ce sens, il ne sera que l'un des éléments dans la définition d'un milieu géographique. Une zone bioclimatique n'est pas un milieu, elle a ses lois, qui ne sont pas les lois d'un milieu, lesquelles ne sauraient exister par elles-mêmes. Elle ne devient un milieu que lorsqu'on l'envisage par rapport à un lieu donné, un être vivant ou une activité humaine déterminée, préalablement définis (BRUNET et al., 1993). On parle plus facilement aujourd'hui d'environnement pour désigner le milieu naturel. Nous traiterons dans un premier temps du cadre naturel malgache, original, avant de développer le milieu naturel et sa diversité tropicale. Sa relation avec les maladies tropicales sera étudiée page 142 (chapitre 3).

Le cadre naturel est représenté par les éléments bruts du relief, particulièrement ingrat et tourmenté à Madagascar. Ce cadre a joué un rôle considérable dans l'histoire de l'organisation spatiale du peuplement de l'île. Il reste de nos jours un déterminant fondamental de son développement : il persiste encore « trop » de territoires enclavés, isolés voire ignorés. L'île de Madagascar se situe presque exclusivement en zone intertropicale – le tropique du Capricorne traverse le Sud de l'île. Si le milieu naturel (climats ou micro-climats, réseau hydrographique et végétation, essentiellement) est un déterminant direct pour différentes maladies infectieuses tropicales, le cadre physique est déterminant pour l'organisation de l'espace, le développement des infrastructures routières notamment. Le cadre physique a également déterminé la construction du système de soins. Ce contexte va impacter directement l'accès de la population aux soins (les notions d'accès et d'accessibilité au système de soins seront abordées dans le

chapitre 8 de ce travail), mais aussi la circulation des personnels de santé et déterminer leur choix d'installation, dans une zone plus ou moins enclavée.

1. Le cadre naturel malgache : des creux et des bosses en guise de décor

a) Un vieux socle, des sédiments et des reliefs volcaniques

Un vieux socle cristallin et métamorphique précambrien, nappé d'une couverture de latérite (d'où le nom d'Île « Rouge » souvent attribué à Madagascar), constitue l'épine dorsale de Madagascar (BATTISTINI, HOERNER, 1986). C'est une chaîne de montagnes qui sépare le pays en deux dans le sens nord-sud, et occupe les deux tiers de la surface du pays. Cet ensemble est classiquement dénommé, bien qu'à tort, « Hautes Terres centrales » ou « Hauts Plateaux ». La région est très chaotique et présente en fait une grande diversité de reliefs, les altitudes moyennes varient entre 600 mètres et plus de 2000 mètres : paysage de montagnes russes, collines arrondies, un fouillis de pics et de rochers escarpés, mamelons volcaniques et massifs granitiques arides, vallons à végétation pauvre, entailles rouge vif de crevasses (*lavaka*³⁸).

Par rapport à cet axe central, on est frappé par la grande dissymétrie entre les versants ouest et est. Si le versant occidental, composé de vastes plaines et de plateaux, s'étend en pente douce vers le canal du Mozambique, la pente orientale, due à un relief de failles, est très forte, et détermine seulement une étroite plaine côtière. Le Sud sédimentaire est une pénéplaine bordée de plateaux aux confins sud-ouest et à l'extrémité sud de l'île. Une couverture sédimentaire à intercalations volcaniques ceinture le massif central. La structure y est fort différente à l'Est, à l'Ouest et au Sud. A l'Est, l'épine dorsale tombe de façon brutale dans l'océan Indien. Le socle est fissuré, une succession de failles marque le relief, ne laissant qu'une étroite bordure de petites plaines alluviales. Sur la façade ouest, la déclivité se fait en pente douce vers des bassins sédimentaires uniformes. L'extrémité sud du socle est un vaste plateau et un relief de failles. La partie sédimentaire est faite de pénéplaines et de plateaux de faible altitude, sur la façade maritime du Sud.

Une forte activité volcanique, datant du Crétacé, a donné naissance à d'importants édifices montagneux, tant sur le socle que sur la couche sédimentaire. Plus aucun volcan n'est en activité aujourd'hui. La présence de nombreuses sources chaudes, *ranomafana*, témoigne d'un passé géologique agité.

³⁸ Il s'agit d'une forme d'érosion très particulière dont le mécanisme sera plus longuement développé dans le chapitre 2.

b) Des massifs montagneux imposants

Le socle de la Grande Île comporte des massifs montagneux, traces d'un volcanisme ancien, ou de structure granitique, calcaire ou gréseuse. Ils représentent autant d'obstacles, très souvent infranchissables, souvent non encore franchis à l'époque actuelle, isolant de vastes espaces. Les cuvettes dépressionnaires sont occupées aujourd'hui par d'immenses lacs. Tous ces massifs sont situés sur le socle. Du Nord au Sud, on va rencontrer plusieurs ensembles montagneux (voir carte 10, page 60).

D'origine volcanique, **la montagne d'Ambre** culmine à 1475 mètres au Pic d'Ambre, dans la partie septentrionale de l'île. Cette région comporte en fait quatre grands ensembles volcaniques – Nosy Be et la presqu'île d'Ambato, l'Anorontany, le Bobaomby, une presqu'île formée essentiellement de sols ferrugineux sur des basaltes pliocènes, portant une épaisse savane favorable à l'élevage bovin, et le massif d'Ambre.

L'**Ankarana** est un massif d'aiguilles calcaires d'une centaine de mètres de haut, une « île » de *Tsingy* et de forêts, accidentée de canyons et abritant de nombreuses grottes.

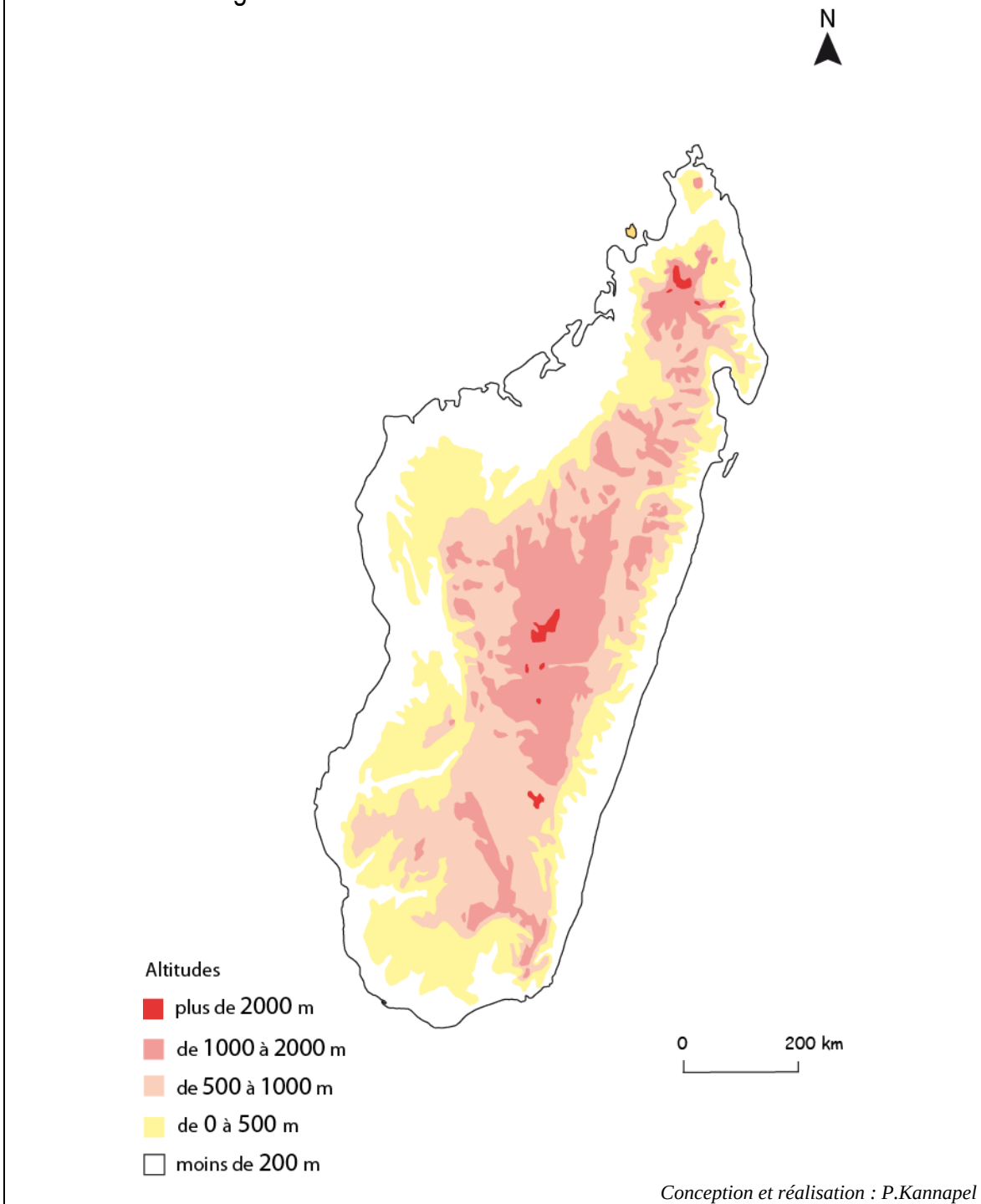
Le massif volcanique du Tsaratanana est un énorme ensemble montagneux dominé par le mont Maromokotra (2876 m), point culminant de Madagascar. Formé principalement par une arête nord-sud, d'altitude moyenne supérieure à 2200 m, il s'élève vers le Sud, jalonné par une dizaine de sommets de plus de 2000 m.

Le massif de l'**Ankaisina**, né du volcanisme néogène, constitue une enceinte montagneuse à peu près complètement déserte. Elle isole les hautes plaines ramifiées et jumelles de Bealanana et de Mangidrano, où la riziculture a pris un grand essor ces dernières années. Témoin de la nature volcanique de ces ensembles, des sources thermales en voie d'exploration se situent à proximité du village de Mangindrano. Ce massif marque la limite nord de l'un de nos terrains de recherche (Mandritsara).

Les deux massifs volcaniques de l'**Itasy** et de l'**Ankaratra** sont les plus importants et les mieux décrits de Madagascar (PETIT, 1998). Ils sont au cœur des Hautes Terres centrales. Le massif de l'Itasy consiste en un ensemble de cônes et de dômes, à forme bien conservée, ainsi que de coulées ayant partiellement comblé des vallées. Il occupe un espace de 750 km². Cinq dômes seulement dépassent les 1600 m d'altitude. Le lac Itasy (sa surface fait 10 km sur 10) est apparu après le barrage d'une grande vallée par des éruptions trachytiques. Elles furent les plus anciennes de la région. Le massif de l'Ankaratra est bien plus vaste sur 2000 km². Au Nord-Est, on observe une puissante ligne de volcans de la fin du Pliocène, ou du Quaternaire ancien, ayant émis des laves compactes. Plusieurs sommets dépassent 2400 m, en particulier le mont Tsialajavona (2642 mètres), le point le plus élevé de ce massif et troisième sommet de l'île. Au centre-ouest, ce sont de vieux dômes trachytiques, auxquels se sont superposées de vastes coulées de basaltes plus récentes, ayant constitué des lacs de barrages et des chutes sur les cours d'eau. La troisième partie, au Sud-Ouest, représente le volcanisme le plus récent, avec de nombreux cratères, lacs, cônes égueulés et chaînes de basanites. La constitution de l'Ankaratra a provoqué dans la partie occidentale une série d'effondrements, favorisant la formation de dépressions à fond alluvial, et présentant de nombreux cratères et lacs, au

Sud de la ville d'Antsirabe : ce sont des lacs asséchés. Les éruptions les plus récentes sont postérieures aux alluvions lacustres, qu'elles recouvrent partiellement (BATTISTINI, 1979). La zone méridionale, dominée par la chaîne de l'Ibity, est constituée d'une succession de petites cuvettes au sol sableux jonché de blocs de quartzite de toutes tailles.

Carte 9 :
Les reliefs de Madagascar



Source : FTM, Janvier 2002

Le massif granitique de l'**Andringitra**, au Sud-Est de la Grande Ile, est dominé par le pic Bobby (2658 m), second point le plus élevé de Madagascar.

Le massif ruiniforme et déchiqueté de l'**Isalo** est un massif gréseux, creusé de grottes et de grands canyons aux formes escarpées. « Ruiné » par l'érosion, il offre des paysages lunaires, arides et désertiques.

Les massifs montagneux qui divisent longitudinalement la Grande Île en deux versants, est et ouest, se terminent par les **chaînes anosyennes** à l'extrême sud-est, et par le massif de l'Ivakoana (1632 m) dans la partie centrale. Celui-ci se prolonge à l'Est par le massif du Beampingaratra (1956 m), en forme de fer à cheval, dénommé le **rebord manambien**. Il délimite la cuvette du bassin du fleuve Mandrare (voir carte 11, page 67) et marque la limite sud des Hautes Terres. Notre second terrain de recherche (Békily) se localise au Sud -Ouest de ce rebord. Au-delà des massifs, on rencontre la cuvette de Ranomafana et une étroite plaine côtière orientale. Les chaînes anosyennes s'expliquent dans l'ensemble par une adaptation à la lithologie : ce sont des écharpes granitiques restées en saillie, avec des cassures récentes auxquelles sont associées des sources thermales. On peut se demander quelle est l'origine du relief manambien. La forme générale arquée de ce grand accident dans le socle (1000 m de commandement), épouse à distance le contour du **massif volcanique de l'Androy** (BATTISTINI, 1959). Il serait lié à l'effondrement en chaudron du berceau de terrains volcaniques et apparaît initialement comme tectonique. Il a été nivelé à la fin du Crétacé, puis remis en valeur par dégagement du recouvrement volcanique durant le Tertiaire (BATTISTINI, HOERNER, 1986). Le massif volcanique de l'Androy est constitué par un empilement de coulées superposées, alternativement basaltiques et rhyolithiques (datant de la fin du Crétacé). Les deux sommets de ce volcan culminent à 820 m (Tsitsira) et 504 m (Manandavenoka). L'ensemble a été conservé grâce à l'effondrement en berceau, sur 90 km du Nord au Sud et 50 km d'Est en Ouest, dans l'axe duquel coule le fleuve Mandrare. Le relief résulte de l'érosion différentielle, les basaltes se comportant en roche tendre et affleurante dans les dépressions, tandis que les rhyolithes donnent une grande cuesta, qui ceinture tout le massif à front tourné vers l'extérieur. Elle possède du côté oriental jusqu'à 600 m de commandement. Au centre du massif enfin, demeure une grande table.

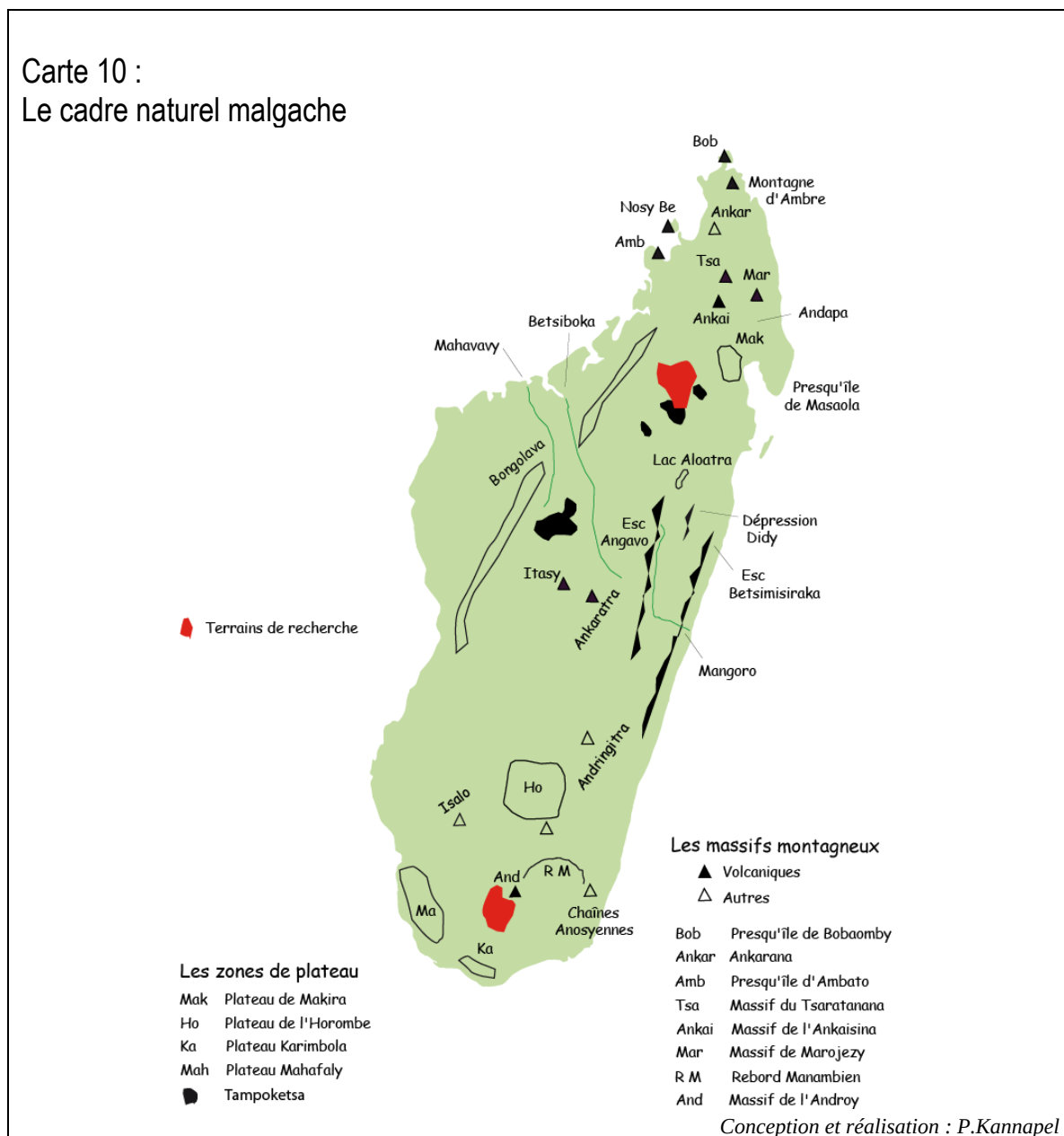
c) Les reliefs de plateau

De nombreux plateaux érodés, recouverts de latérite, parsèment la surface de Madagascar, aux périphéries immédiates du massif central. Ils assurent la transition avec la couverture sédimentaire. Leurs aspects chaotiques ont toujours représenté un frein au développement des infrastructures routières.

Le **plateau de Makira et la presqu'île de Masoala** sont des horsts, encadrant le graben de la baie d'Antongil. Dans la partie nord, les massifs internes résultent de la dissection des plateaux de la zone faîtière. Les reliefs aigus qui encadrent la moitié nord de la baie d'Antongil correspondent à une reprise violente par l'érosion de la zone des massifs

internes. Les points culminants dépassent les 1000 m d'altitude : le Beanjada (1311 m), l'Antongovitsika (1272 m) et l'Ambohitsitondroina (1105 m). La région montagneuse se caractérise par un relief accidenté pouvant aller jusqu'à plus de 2000 m au niveau du massif cristallin du Marojezy (2213 m), sanctuaire de la vie sauvage. Cette région se caractérise par le contact socle/sédimentaire. Le volcanisme y a fait apparaître de nombreux lacs et dépressions. La cuvette intramontagnarde de l'Ankaibe s'étend largement, et offre une excellente zone de cultures de rente. La cuvette d'Andapa est le grenier à riz du Nord-Est malgache. Cette région forme les limites nord et est du district de Mandritsara, participant à son isolement. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Carte 10 :
Le cadre naturel malgache



Les **tampoketsa** sont une bande des Hautes Terres, qui forme un ensemble très complexe dont les formes du relief ont pour origine, d'une part le jeu de l'érosion différentielle, d'autre part les constructions volcaniques récentes qui se sont surimposées au socle. Ils

ont une altitude de 1000 à 1850 m sur une surface restreinte. Surface d'érosion monotone, uniforme, interrompue par de larges et longues vallées, suivies par des rivières au fond plat et bordées de forêts-galeries, elle est faiblement peuplée. Ces hauts plateaux éventés sont en partie couverts de cuirasse latéritique. Ils présentent un accès difficile par la raideur de leurs bords. Il n'y a pas d'organisation régionale, mais de petits centres anthropisés apparaissent dans les vallées. Ceux du centre-nord sont des coulées volcaniques anciennes. Elles sont nappées de basaltes, rapportés au Crétacé, qui forment des tables dans la région des cours moyens des fleuves Betsiboka et Mahajamba (voir carte 11, page 67).

Le plateau de **Bongolava** pose un problème qui intéresse la tectonique. Si le contact du massif ancien avec sa couverture se fait à peu près normalement dans le Nord-Ouest, à partir du fleuve Mahavavy, vers le Sud, on voit le massif ancien dominer la couverture sédimentaire par un escarpement nommé Bongolava. Cette disposition est en effet anormale. Ou bien il s'agit d'un relief tectonique (le massif ancien ayant été soulevé par rapport à la couverture le long de la ligne de contact), ou bien on a là un relief antérieur. De moyenne importance entre le fleuve Betsiboka et la zone anticlinale du Cap Saint-André, le Bongolava devient très élevé au Sud. Dans la région d'Ankavandra, c'est une véritable montagne de 500-900 m. « *Tantôt rectiligne, élevée et abrupte (au Sud de Kiposa), tantôt plus basse et à pente plus douce, parfois bordée d'îlots cristallins à flancs rapides surgissant des terrains sédimentaires, elle est souvent sinueuse et évoque une côte élevée, bordée de récifs et dominant des eaux profondes* » (BATTISTINI, 1979). En outre, le relief du socle sous la couverture en arrière du Bongolava est très accusé. Plus au Sud, entre les 20^e et 21^e parallèles, le Bongolava se décompose en gradins horizontaux, qui portent des éléments de couverture sédimentaire : c'est un escalier de failles. Plus loin encore vers le Sud, il y a des failles bordières en échelon. Dans la partie centrale du Bongolava, vers le fleuve Tsiribihina, les granites, gneiss, quartzites disposés en six ou huit ellipses concentriques, donnent une multitude de crêtes incurvées.

Dans le Sud, on trouve d'autres reliefs de plateau. Les altitudes varient entre 1100 et 1300 m sur le plateau de l'**Horombe** : il s'agit de vastes terres d'élevage bovin. Le plateau calcaire du **Mahafaly** occupe l'extrême sud-ouest de l'île, et le plateau **Karimbola** la zone méridionale ; il se situe au Sud du district de Békily.

d) Le relief de failles : des escarpements vertigineux

Les cassures du socle offrent des paysages spectaculaires de failles (BATTISTINI, GUILCHER, 1967), le long de la façade est. C'est une originalité du relief de Madagascar. La descente du massif central sur l'océan Indien est généralement interprétée comme un escalier de failles, parallèles à la côte. Celle-ci est d'autre part remarquable par sa rectitude. Cette fracture du socle ne facilite guère les déplacements humains.

Le premier escarpement est représenté par la falaise de l'Angavo (1300-1600 m), le second est l'escarpement Betsimisaraka, d'altitude variable, et le troisième est un groupe

de failles qui donnerait le très long alignement rigide de la côte orientale de Madagascar. Mais de nombreuses variations de disposition interviennent du Nord au Sud. Ces failles comprennent trois parties principales, les gradins supérieur, intermédiaire et inférieur.

La **partie supérieure** est faite de zones montagneuses, se situant entre 800 et 1200 m d'altitude, à cheval entre les Hauts Plateaux et la côte. Ce sont des zones peu accidentées et discontinues, comprenant des vallées aménageables et des rizières de faible superficie. Ces zones sont constituées par le prolongement de l'escarpement de faille de l'Angavo. Cet étage domine de près de 1000 m le cours supérieur du fleuve Mangoro, encaissé dans un graben effilé, suivi au Sud par de multiples rivières. Pour la zone du **plateau intermédiaire**, le relief est surtout constitué par la cuvette du lac Aloatra. Elle correspond à un fossé de direction nord-est et forme graben, un vaste plateau d'une altitude moyenne de 700 m. C'est la plus grande nappe d'eau intérieure de Madagascar, mais profonde de 1 à 2 mètres seulement. Le lac est localisé dans la partie nord-est du fossé, le reste de ce dernier constituant une vaste plaine marécageuse très plate, vers 760-790 m d'altitude, dont les limites avec le lac sont mal définies. La cuvette de l'Aloatra est remblayée par des sédiments lacustres pleistènes, qui forment des buttes résiduelles culminant entre 800 et 970 m. Dans la cuvette, une vaste dépression à fond plat s'étend sur une superficie approximative de 1800 km², longue de 70 km et large de 30 km. En avançant vers l'intérieur, dans la zone la plus basse de la cuvette, se trouvent les eaux libres ayant une superficie de 200 km². Le phénomène d'érosion des *lavaka* est très alarmant dans la région et se trouve à l'origine d'un fort ensablement des cuvettes. Au Sud du fossé du lac Aloatra, le gradin intermédiaire est constitué, en arrière de la ville de Tamatave, par un autre fossé assez analogue, mais orienté Nord-Sud et ne contenant pas de lac : le fossé du Mangoro supérieur (900 m). Il n'est séparé du précédent que par un seuil peu accusé, mais leurs drainages sont entièrement distincts, quoique tous deux orientés vers l'océan Indien. La dépression du Mangoro est moins plate que celle de l'Aloatra : on y trouve un système de petites collines, souvent à sommet plus ou moins plat. Seuls les abords des cours d'eau sont ici marécageux. C'est une dépression tectonique dissymétrique, dominée à l'Ouest par l'escarpement de l'Angavo, un très ancien escarpement de faille ayant reculé par endroits d'une quinzaine de kilomètres, tandis que du côté oriental, l'escarpement de Moramanga, de regard occidental, est très récent. A l'Est du fossé du Mangoro se trouve la petite dépression de Didy (alt. 1000 m), entre des hauteurs de 1200 et 1300 m. Son drainage est indépendant du Mangoro. Dans toute cette région, l'escarpement Betsimisaraka en contrebas des hautes cuvettes est très festonné et très disséqué. Les zones côtières représentent l'**étage inférieur** de l'escalier de failles. Le relief est accidenté, avec une succession de vallons et de vallées, et un littoral de largeur variant de 5 à 15 km. Le long du littoral, il n'y a pas de plaine continue, mais une série de petites plaines étroites, isolées les unes des autres et séparées par un relief de basses collines. Elles sont d'origine fluviale ou marine et ne sont pas uniformes. Le long des grandes vallées, on trouve des plaines alluviales de type argileux ou sableux. Les plages sont bordées de dunes peu stables, sans ouvertures autres que celles des embouchures. Le long de la côte, les fleuves ont déversé des alluvions qui, repris par les courants marins et les vents, ont édifié un cordon littoral en arrière duquel des lagunes sont emprisonnées. La

mer, souvent forte, occasionne parfois la formation d'une barre aux embouchures de certaines rivières, dont le courant est lent au voisinage de la mer. Elles ne parviennent plus à déverser leurs eaux et les marécages tourbeux sont alors inondés. Ce phénomène, très particulier à la région de Tamatave, limite l'aménagement des rizières de bas-fonds et leur entretien. La côte rectiligne, sablonneuse et inhospitalière, est battue par l'alizé du Sud-Est à longueur d'année. La houle a créé un cordon derrière lequel s'étendent étangs et marécages. Cette région basse est ainsi composée, en alternance, d'étendues marécageuses et de lagunes ayant contribué à l'aménagement du canal des Pangalanes. Ce canal long de 400 km, a été en partie créé artificiellement et réunit les lagunes le long de la partie centrale de la côte. Il présente l'avantage d'être en toute saison suffisamment alimenté par les eaux fluviales, avant qu'elles ne se déversent dans l'océan Indien.

La lecture de cette partie du texte peut paraître fastidieuse : elle est faite d'une longue énumération de noms propres « à rallonge », indiquant des lieux pourtant bien réels. Nous tenions cependant à offrir un panorama complet de la Grande Île, sachant que tous les espaces sont interdépendants, nous y reviendrons plus loin dans les études sur le terrain. Synthétisés sur une carte, nous avons globalement donné peu de détails : on trouvera ceux-ci dans les excellents ouvrages géographiques cités en référence, ainsi que sur les cartes de Madagascar citées dans la bibliographie. Après la description du cadre naturel, abordons désormais celle du milieu naturel, plus proche de nos préoccupations.

2. Le milieu naturel malgache : diversité tropicale

Les climats font souvent les diverses humeurs
BOILEAU

a) Une mosaïque de climats

Du fait de son étalement sur près de 15° de latitude, de ses caractères insulaires, ce qui n'empêche pas cependant certains effets de continentalité, et de son orographie particulière, Madagascar connaît plusieurs types de climats tropicaux, où des influences tempérées peuvent survenir. À l'exception de la côte orientale, de la région du Sambirano et l'île de Nosy Be au Nord-Ouest, on observe un net contraste entre une saison chaude et humide d'une part, et une saison sèche et plus fraîche d'autre part, s'accompagnant parfois d'une sécheresse de plusieurs mois dans l'Ouest et le Sud. Les températures varient d'ailleurs autant en fonction des altitudes que d'une saison à l'autre, les amplitudes sont alors de quelques degrés pour le premier cas, et souvent de plus de 10° dans le second. Mais c'est au niveau des précipitations que les variations sont les plus grandes, allant de plus de 3500 mm / an localement dans le Nord-Est, à moins de 500 mm / an dans le Sud.

- Les mécanismes généraux du climat

Il y a deux saisons bien tranchées dans la Grande Île, déterminées par le régime des vents marins.

Durant l'hiver austral (mai-octobre), Madagascar se retrouve presque entièrement dans le lit de l'alizé austral, particulièrement caractéristique sur la côte est, où il a sa direction classique de vent de Sud-Est. La région de Diego Suarez à l'extrême nord, est la plus venteuse en septembre, car d'une part l'alizé contourne les hauts massifs du Nord, et parce que dans le Nord se fait sentir au maximum l'effet d'aspiration de la mousson indienne. Dans le centre-est souffle un vent d'Est, tandis qu'autour de la ville de Fort Dauphin c'est un vent d'Est-Nord-Est. Seules les côtes ouest et sud-ouest restent en dehors de l'influence de l'alizé maritime de l'océan Indien, les vents dominants soufflent du Sud-Ouest.

Les conditions changent radicalement durant l'été austral (novembre-avril) : les vents sont beaucoup plus faibles, et l'île se trouve alors partagée en deux domaines principaux. Le domaine occidental reçoit des vents du Nord-Ouest, sauf pendant la nuit, où il y a une brise de terre. C'est la « mousson malgache », un vent tournant qui a passé l'équateur en changeant de direction. Ce vent souffle du Nord-Est sur la côte africaine orientale, au Nord de l'équateur. Arrivé à proximité de Madagascar, le vent s'est chargé d'humidité, ce qui va favoriser les précipitations dans toute l'île. En effet, sur le versant oriental, l'alizé est très affaibli et la mousson domine.

Qu'en est-il pendant les saisons intermédiaires ? En avril, la mousson est déjà brisée au sol et l'alizé austral l'emporte nettement au-dessus de 500 m. En octobre, la mousson est très marquée au sol sur la côte ouest mais l'alizé est encore aussi exclusif qu'en juillet à Diego Suarez. Aux plus hautes altitudes (au-dessus de 2000 m), on a partout un alizé net.

Les temps de **type anticyclonique** sont les plus répandus. Ils sont dus à la présence permanente de l'anticyclone subtropical des Mascareignes, positionné au Sud-Est de Madagascar. C'est en hiver (austral) que cet anticyclone est le plus puissant, et que le régime d'alizé qu'il engendre s'étend sur toute l'île. La partie de l'alizé non déviée par les reliefs orientaux, et en les escaladant en direction du massif central, donne des précipitations orageuses et explique l'absence de saison sèche sur toute la côte est. Il en est de même sur le mont d'Ambre (1475m), au Nord. Dans la partie centrale de l'île, seuls les *tampoketsas* et les parties les plus hautes du massif reçoivent quelques pluies de cet alizé, sous la forme de crachin, tandis qu'ailleurs, bien que les altitudes soient élevées, le temps est couvert mais sec. Sur le reste du territoire, cet alizé devient subsident, avec effet de foehn, et conduit donc à un temps sec et ensoleillé. Ce type de temps est rare en été ; l'anticyclone des Mascareignes est alors moins puissant et plus éloigné de Madagascar. Toutefois un alizé faible se maintient sur les côtes orientales. Lorsque cet alizé est exceptionnellement fort pour la saison, une dorsale anticyclonique s'installe sur une grande partie de l'île, bloquant alors les mécanismes habituels des précipitations au milieu de la saison humide : ceci explique l'apparition d'une sécheresse estivale souvent catastrophique dans le Sud du pays. Un autre type de temps anticyclonique peut exister dans le Sud, lorsqu'il est envahi par de l'air subpolaire dégénéré, qui succède à une série de perturbations frontales. Dans ce cas, quelle que soit la nature de cet air méridional, on observe un temps stable et plus frais. Ces temps anticycloniques sont marqués à l'Ouest et au Sud par l'absence de précipitation.

Ce sont les types de **temps dépressionnaire** qui amènent les pluies. Ils sont de deux ordres. Il y a d'abord les perturbations subfrontales au Sud, liées à de l'air subpolaire remontant vers le Nord. Elles apportent des pluies dans le Sud. Il s'agit souvent d'averses brutales et intermittentes ; elles ressemblent à des giboulées et sont parfois accompagnées de grêle. En été, il n'est pas rare que ces perturbations se combinent avec une dépression thermique assez creusée sur le canal du Mozambique : les pluies sont alors très abondantes, suivies d'un temps clair et sec plus frais. On a par ailleurs la descente estivale des basses pressions intertropicales (BPI). Elle détermine vraiment la saison des pluies sur pratiquement tout le territoire insulaire, se traduisant par la disparition de l'alizé au sol ; les vents viennent alors du Nord et du Nord-Ouest. C'est la mousson, dont l'origine est boréale. L'air instable qui la caractérise est la source de pluies fréquentes et abondantes avec plus ou moins des manifestations orageuses. C'est au sein des BPI que se constituent les cyclones tropicaux, s'accompagnant soit de précipitations très abondantes, responsables d'inondations, soit ils génèrent des vents dévastateurs.

- Les régions climatiques

Il y a quatre grandes zones climatiques à Madagascar (BATTISTINI, HOERNER, 1986).

Le littoral est, plus deux exceptions (la région du Sambirano et l'île de Nosy Be au Nord-Ouest), jouissent d'un **climat tropical humide**, avec des précipitations annuelles supérieures à 1500 mm, réparties tout le long de l'année. C'est le domaine des alizés. Les températures moyennes des mois les plus froids sont supérieures à 15°C et l'amplitude annuelle des températures minimum et maximum reste inférieure à 5°.

Un **climat tropical d'altitude** concerne l'ensemble des Hautes Terres centrales (alt. 900-2000 m). Les précipitations sont partout supérieures à 1500 mm / an. Il existe une courte période sèche de 3-4 mois sur le massif central et de 5-6 mois sur les *tampoketsa*, ce qui oppose ces régions au Nord, humide toute l'année. Les températures moyennes des mois les plus frais sont de 10 à 15°C. Les minimas absolus peuvent descendre sous 8°C, durant l'hiver austral.

La grande zone sédimentaire de l'Ouest et l'Androy continental ont un **climat tropical sec**. Du Nord au Sud, le climat devient progressivement moins chaud, même si les températures des mois les plus frais sont partout supérieures à 20°C. Vers le Sud, le climat est aussi moins humide, avec des précipitations inférieures à 800 mm / an, et surtout une saison sèche d'au moins 8 mois par an. Vers le Nord, les pluies sont plus abondantes, de 1000 à 1500 mm annuels, mais il y a au moins six mois secs au Nord-Ouest.

Le **climat semi-aride** du Sud-Ouest et du Sud se traduit par des précipitations inférieures à 400 mm / an, sauf dans l'Androy maritime qui reçoit des pluies frontales d'hiver. La saison sèche peut aller jusqu'à 9 mois autour de Tuléar. La température moyenne des mois les plus frais n'est jamais inférieure à 20°C. Les mois édaphiquement secs sont au minimum de dix sur douze.

Les deux espaces choisis pour nos recherches ont globalement un climat tropical sec. Le district de Mandritsara est situé sur la marge nord des Hautes Terres et s'ouvre à l'Ouest sur la zone sédimentaire. Les altitudes moyennes sont de moins de 500 mètres. La saison des pluies dure de 4 à 5 mois. Quant au district de Békily, il se trouve au Sud du socle cristallin, à des altitudes de 300 à 400 mètres sur des pénéplaines, les trois autres districts de l'Androy, région dont Békily fait partie, étant en zone sédimentaire. La saison des pluies y dure 3 à 4 mois. On observe régulièrement des années de sécheresse.

b) Le réseau hydrographique

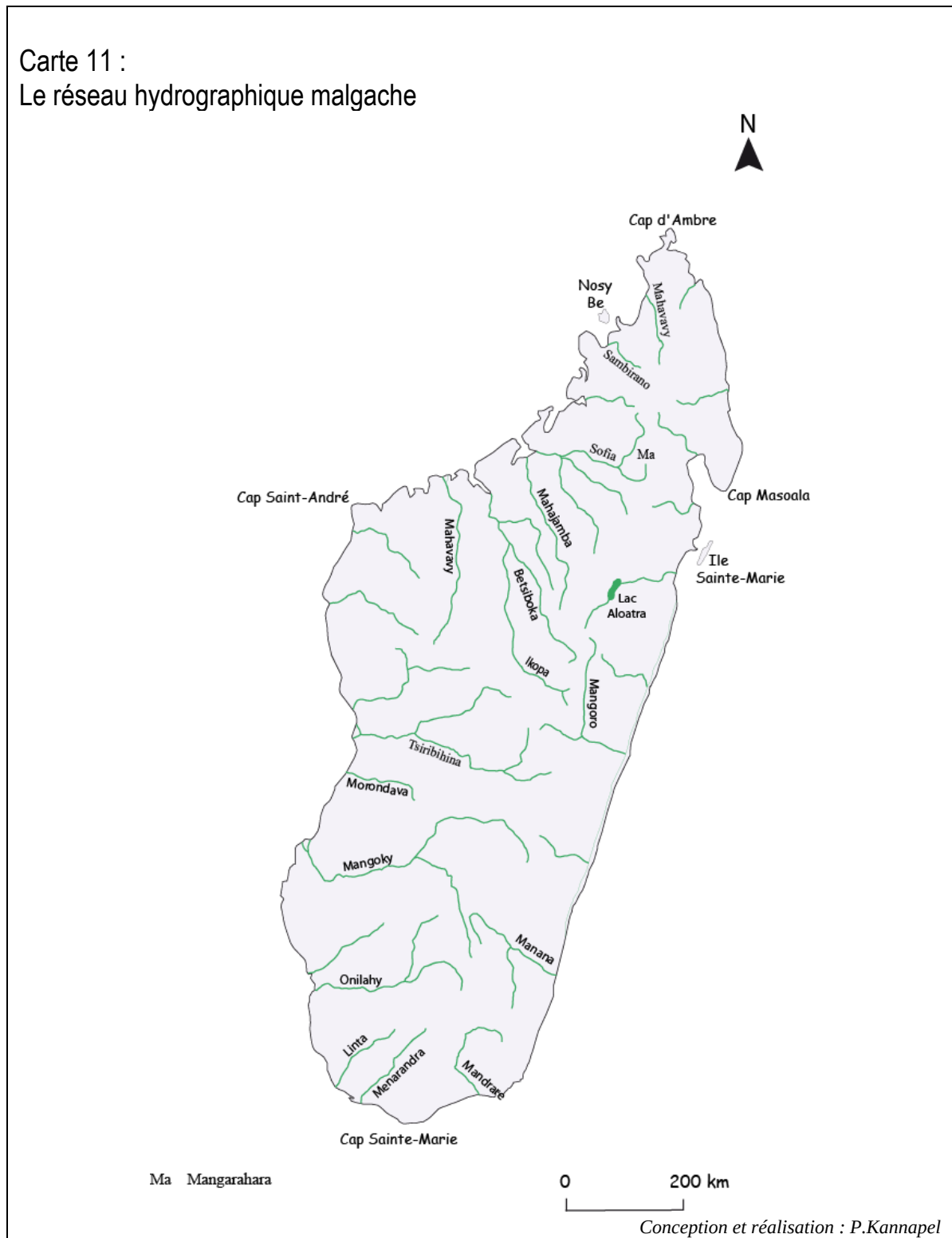
Ce qui frappe immédiatement lorsqu'on examine une carte physique de Madagascar, c'est la dissymétrie de l'île par rapport à son grand axe. Le versant occidental s'étend doucement vers le canal du Mozambique, tandis que la pente du versant oriental est toujours très forte. Ce caractère du relief aura une conséquence directe sur le tracé du réseau hydrographique : les fleuves les plus longs seront ceux du versant occidental, tandis que sur le versant oriental, les fleuves plus courts auront un régime accentué avec de nombreuses chutes d'eau, parfois très spectaculaires. Il y a 3 ensembles orographiques principaux à Madagascar (CHAPERON et al., 1993).

En raison d'un vaste bassin sédimentaire occidental, et par conséquent d'une dissymétrie nette entre les versants est et ouest de l'épine dorsale, les grands fleuves malgaches se jettent pratiquement tous dans le canal du Mozambique. Les 5 plus grands bassins fluviaux s'étendent ainsi sur plus de 35% du territoire. Ce sont par ordre décroissant le bassin du Mangoky (55 750 km²), de la Tsiribihina (49 000 km²), de la Betsiboka (40 000 km²), de l'Onilahy (32 000 km²) et de la Sofia (27 300 km²). Le bassin versant du Mangoro, le plus grand des fleuves orientaux, ne couvre que 17 175 km². Les différents types de reliefs et surtout les variations climatiques d'une région à l'autre permettent de déterminer 5 régions hydrologiques. Les réserves souterraines de l'Est sont des nappes alluviales. Elles sont limitées dans le massif central, en raison de la nature imperméable des terrains. Les nappes aquifères sont les plus abondantes dans les terrains sédimentaires de l'Ouest, et alimentent régulièrement quelques grands fleuves comme le Mangoky et l'Onilahy. De façon générale, fleuves et rivières malgaches appartiennent tous au même type de régime tropical.

Les **régimes du Nord** sont marqués par un écoulement pérenne, même si les étiages sont très bas. Le Bemarivo a un bassin versant de 5400 km² tandis que celui du Sambirano³⁹ est de 2950 km².

³⁹ « *Rano* » signifie « eau » en malgache, c'est le préfixe ou le suffixe de nombreux toponymes malgaches.

Carte 11 :
Le réseau hydrographique malgache



Source : FTM, Janvier 2002

Les **régimes du versant est**, bien que la pluviométrie y soit la plus forte, n'intéressent que des fleuves moyens ou petits. Du Nord au Sud, nous citerons : le Maningory (12 645 km²), le Rianala (7820 km²), le Mangoro, le Mananjary (6780 km²) et la Mananara (16 760 km²). Les crues sont violentes, avec des débits spécifiques annuels de 200 à 800 litres / km², pour les bassins versants supérieurs à 1000 km² (BATTISTINI, HOERNER,

1986). Elles ont lieu tôt, en mars, alors que les plus basses eaux se produisent en octobre-novembre.

Sur les **Hautes Terres**, il s'agit surtout de rivières affluentes des grands fleuves occidentaux. Les crues sont moins violentes en raison des pentes plus douces que celles des failles de l'Est, ce qui n'exclut pas des crues catastrophiques à l'occasion d'une dépression tropicale. Citons l'Ikopa et ses affluents, pouvant causer des inondations dans la plaine de Tananarive. Les étiages sont faibles et ont lieu en octobre-novembre.

Les plus grands fleuves de Madagascar, après une traversée des régions centrales dans leur amont, coulent vers l'**Ouest et le Nord-Ouest** de l'île. A cause de la saison sèche très accusée, le régime est plus net, les hautes eaux s'écoulent de décembre à mars, la période d'étiage va de juillet à octobre. La végétation, généralement peu dense, surtout quand il s'agit de savanes, et l'étendue des bassins versants, donnent en outre des crues particulièrement violentes : de 10 à 30 000 l / s / km². Vers le Sud, les étiages sont de plus en plus marqués. Du Nord au Sud, citons : la Sofia, la Mahajamba (14 500 km²), la Betsiboka, la Mahavavy (6475 km²), le Manambolo (13 970 km²), la Tsiribihina, la Morondava, le Mangoky et l'Onilahy.

Le **régime sahélien du Sud** est particulier car il n'est plus tout à fait tropical. La saison des pluies est très courte, avec une pluviométrie très faible, et l'évapotranspiration particulièrement élevée. La végétation est constituée d'un fourré d'épineux peu dense au niveau du sol. Il s'agit par conséquent d'un régime d'oued à crues violentes, avec des étiages nuls en aval, l'écoulement se perdant dans les sables (HOERNER, 1977). Les principaux fleuves sont du Nord au Sud le Fiherenana, le Linta, le Menarandra (8350 km²), le Manambovo (2710 km²) et le Mandrare (12 570 km²).

L'ensemble des fleuves et rivières représente à Madagascar un potentiel économique considérable, mais encore peu car partiellement valorisé. Il y a bien sûr des ponts, plus ou moins vétustes, des radiers, des barges, qui permettent de franchir ces cours d'eau, mais leur existence fragile est remise en cause chaque année à l'arrivée des nouvelles pluies. En cas de dégradation, aucune mesure de réhabilitation n'est jamais mise en œuvre. Les fleuves et leurs régimes de type tropical sont des obstacles précis et incontournables dans le développement des infrastructures routières à Madagascar. C'est aussi, de façon indirecte, une contrainte au déplacement des personnes, ce sera le cas pour un malade, qui doit se rendre à une formation sanitaire, ou pour un professionnel de santé pour rejoindre un poste isolé.

C. LE MILIEU HUMAIN A MADAGASCAR

1. Caractéristiques socio-démographiques de la population malgache : évolution et impacts sanitaires

L'étude de la démographie est intéressante à Madagascar, spécialement par ses conséquences sanitaires et sur ce qu'elle nous dit sur les besoins de santé de la population à différentes époques de son histoire.

Aucune information n'est disponible sur les chiffres de la population malgache avant le XIX^e siècle, on ne peut faire que des supputations. Un premier recensement eut lieu en 1818 ; il s'agissait d'une manœuvre politique visant essentiellement à soumettre la population à l'impôt. On dénombra 2 millions d'individus. En 1900, ce chiffre passait à 2,5 millions. On note donc une faible évolution, voire une stagnation de la population. Malgré tout, le nombre d'habitants aurait été plus élevé, estimé à 3 millions en 1873⁴⁰, avant de redescendre. La population malgache a payé un lourd tribut aux maladies infectieuses et a connu des crises de mortalité à l'occasion de grandes épidémies. Ainsi la **variole**, le **choléra**, la **fièvre typhoïde** et le **paludisme** firent de nombreuses victimes. Les Hautes Terres étaient alors indemnes de paludisme, en opposition aux espaces côtiers, décrits comme de véritables « *cimetières des Européens* » (LE GARREC, 1945). Les nouveaux venus, civils, militaires ou marins, étaient alors particulièrement vulnérables aux fièvres paludéennes. En 1878, le paludisme franchit les barrières montagneuses et s'implantera de façon définitive. Il fait ses premières victimes au centre de l'Ile, frappant Tananarive en une épidémie meurtrière, suivie en 1895 par une seconde hécatombe : les Hauts Plateaux étaient alors la région la plus peuplée de l'île. Le paludisme recouvrait définitivement l'ensemble du territoire. On retrouve plusieurs facteurs causaux à cette diffusion, l'intensification de la riziculture et l'aménagement de nouvelles terres agricoles. Le système des corvées royales imposées à la population détermina des déplacements de populations qui, pour mettre en valeur de nouveaux espaces agraires, abandonnèrent des terrains peu productifs : les eaux stagnantes sur ces friches facilitèrent la multiplication des moustiques.

Par ailleurs, les traditions funéraires malgaches eurent un effet catalyseur pour la diffusion de la **variole**. On observe deux rituels funéraires principaux à Madagascar : le *famadihana* et le *miandravana*. La première de ces traditions est ancienne et s'accompagne de l'exhumation des corps. La seconde propose une exposition publique du mort durant plusieurs jours. Les personnes qui veillaient ces corps étaient particulièrement exposées et n'en avaient pas conscience. Le souverain Radama I avait bien tenté de mettre fin à ces cérémonies rituelles, mais sans succès. Le culte des morts joue un rôle social très important, il est encore d'actualité de nos jours. Pour expliquer la forte mortalité au XIX^e siècle, on trouve aussi des causes politiques : conflits répétés, migrations forcées et enfin l'usage massif du taughin (voir encadré ci-dessous) durant le

⁴⁰ Gastineau B., Rakotoson L., 2006, « L'évolution de la population à Madagascar », *Tsingy*, n°4, p. 23-36.

long règne de Ranavalona I (1828-1861). Il s'agit d'un poison mortel extrait de graines, utilisé comme ordalie par la Reine, envers ses opposants politiques et les prisonniers de droit commun. Il tuait quand même chaque année environ 3000 personnes, dont les trois quarts étaient des esclaves.



La terrible épreuve du tanguin (« taughin »)

Autrefois, quand une personne était accusée d'être *mpamoasavy*⁴¹, pour savoir si elle était ou non coupable, on lui faisait subir l'épreuve du tanguin. L'accusé était introduit nu dans une case. Le juge partageait en deux une noix de tanguin, qu'il écrasait sur une pierre et mêlait à du jus de banane. On tuait ensuite une poule, sur le dos de laquelle on découpait trois tranches de peau ; on adressait des prières au dieu « qui habite » dans la noix de tanguin pour qu'il punisse l'homme s'il est coupable, ou le sauve s'il est innocent. Puis on faisait absorber le poison à l'accusé. Au bout de peu de temps, l'effet se faisait sentir, l'homme tremblait de tous ses membres et vomissait avec de grands efforts. Si parmi les matières évacuées, on retrouvait intacts les trois morceaux de peau, l'accusé était reconnu innocent ; si au contraire, seulement un ou deux étaient vomis ou si l'un d'entre eux était déchiré, c'était la preuve que l'homme était *mpamoasavy*. On le tuait alors à coups de pierres et on transperçait son corps avec des sagaies ; enfin, le cadavre, traîné par une corde, était enfoui dans quelque coin, la tête tournée vers le Sud, contrairement à la coutume ordinaire.

Un entretien à Mandritsara (E 29) nous a permis d'en savoir un peu plus sur cette coutume atroce. « *Les Malgaches croient que certaines personnes peuvent jeter aux autres des sortilèges : ils appellent ces personnes mpamoasavy. Ainsi lorsque quelqu'un est malade, l'eau qui sert à préparer ses aliments n'est pas puisée à la source publique, souvent le malade est transporté et soigné dans un autre village parce que les mpamoasavy pourraient aggraver la maladie ou hâter la mort. Lorsqu'un Malgache meurt, le mpamoasavy se réjouit et vient faire du bruit à côté de la maison et frapper à la porte ; il va aussi la nuit sur le tombeau pour danser et insulter les morts. Pendant le jour, s'il rencontre un enfant, il lui met les doigts dans la bouche pour l'ensorceler. Mais c'est surtout la nuit qu'il commet ses mauvaises actions, il se met tout nu, porte ses vêtements sur sa tête et s'oint de graisse. Quand on voyage la nuit, on a peur de rencontrer le mpamoasavy qui tourmente les passants et ne les laisse partir qu'au petit matin* ».

On voit ainsi que la croissance démographique était limitée par une très forte mortalité. Il s'y associait une faible natalité, en dépit de normes et valeurs sociales autour de la procréation, qui encourageaient les familles nombreuses, une sexualité précoce et la reconnaissance de la polygamie. Ainsi R. Decary (1933) constate que l'homme Antandroy « *prend sa première femme vers 15 ans. Lors de son premier mariage, l'homme a généralement une femme du même âge que lui ou un peu plus jeune mais*

⁴¹ Sorcier, enchanteur.

lorsqu'il devient polygame, il lui arrive de s'unir à des femmes très jeunes, qu'il a retenues longtemps à l'avance, avant qu'elles ne soient pubères ». Une faible natalité est à relier à un faible taux de fécondité. Celui-ci se comprend par des causes sanitaires mais également plus politiques. Signalons déjà que globalement la population était en très mauvais état général. Par ailleurs, les maladies vénériennes étaient très répandues. Certains auteurs estiment qu'à la fin du XIX^e siècle, deux tiers des adultes étaient touchés par une maladie sexuellement transmissible, avec en premier lieu la syphilis suivie de la blennorragie, contre lesquelles on ne disposait pas de remède. Ces maladies pouvaient être mortelles. On dispose de chiffres pour la capitale : 11 % des décès étaient attribués à la syphilis (GASTINEAU, RAKOTOSON, 2006). Les conséquences sur la fécondité s'expriment par une sous-fécondité, une stérilité ou des avortements spontanés précoces. On peut se demander pourquoi il circulait tant de maladies vénériennes. Une des explications tient au fait que de nombreux couples furent contraints de se séparer sur de longues périodes, dans le cadre des migrations forcées de travail agricole, ce qui a entraîné, par la force des choses, un multi-partenariat. Les déplacements de personnes sont un facteur favorable à la transmission des maladies sexuelles (AMAT-ROZE, 2003). Notons enfin qu'en raison de superstitions ou de coutumes, des couples pratiquaient un infanticide (par nature privé et secret, il était difficilement recensable mais il fut interdit en 1823) ou provoquaient un avortement. Ce dernier acte fut condamné d'une peine d'emprisonnement à partir de 1881.

Au début du XX^e siècle, Madagascar était sous-peuplé. La faible croissance démographique est ressentie comme un problème auquel il fallait remédier, comme un obstacle à l'enrichissement et au développement. « *Quand en effet il y a une population si disséminée dans un pays d'une telle étendue, on ne saurait y rencontrer une main d'œuvre considérable* ». (PIOLET, 1898). La période de la colonisation s'accompagne de modifications du contexte socio-économique de Madagascar. En 1900, le Général Galliéni⁴² organise le premier recensement officiel de la population ; il sera poursuivi chaque année jusqu'en 1966. Quelle fut alors l'évolution de la croissance démographique ? On a tout d'abord constaté une croissance lente jusque dans les années 1950, avec un taux d'accroissement annuel de l'ordre de 1 %, puis une évolution vers la hausse (1,9 % de 1950 à 1955, et plus rapide à 2,6 % entre 1955 et 1960). Dans un premier temps sont arrivés des apports techniques nouveaux et des traitements médicamenteux. Cela a permis de réduire la gravité des épidémies, voire l'éradication de certains germes (variole). Dès 1896, la capitale disposait d'un hôpital et d'un dispensaire pour les indigents ; ils délivraient des soins et des médicaments gratuitement. Priorité fut donnée à la lutte contre la variole, pour laquelle il n'y avait pas de traitement : seule la vaccination permettait de la prévenir. Les premiers vaccins ont été produits en 1898 à l'Institut Pasteur de Tananarive, pour une éradication totale de la maladie en 1918. La lutte contre le paludisme fut un autre objectif prioritaire : elle a consisté en une distribution de prophylaxie à grande échelle. Il n'existait pas à l'époque de résistance aux traitements, et toutes les souches étaient sensibles aux dérivés de la quinine. En 1948,

⁴² Général Galliéni, 1908, « *Neuf ans à Madagascar* », Hachette, Paris, 372 p.

l'ensemble des enfants scolarisés a accès à la nivaquine⁴³ et plus d'une centaine de milliers d'habitations avaient pu bénéficier d'une désinsectisation. Le nombre de décès dus au paludisme diminua alors de façon considérable. On peut se satisfaire de ces deux bons résultats contre la variole et le paludisme. Mais inversement, la colonisation a connu des revers sanitaires cuisants. F. Koerner (1994) affirme que « *la colonisation avait permis l'éradication de la variole mais qu'elle avait probablement introduit une autre maladie, la peste, et favorisé l'extension du paludisme* ».

L'ouverture de voies de communication nouvelles a favorisé la diffusion des germes. Elle a par ailleurs contribué à l'arrivée de nouvelles épidémies meurtrières, en particulier la peste (KANNAPEL, 2005). Cette maladie est arrivée à Madagascar en 1898 par voie maritime, à bord d'un navire venant d'Inde. Après de courtes épidémies portuaires⁴⁴, elle arriva sur les Hauts Plateaux en 1921. G. Girard (1964) défend l'argument que « *les coutumes ancestrales étaient un obstacle fondamental à l'application d'une prophylaxie rationnelle en milieu malgache* ». Les morts étaient dissimulés aux autorités : pour contourner la loi, on déclarait la mort due à un accident, afin de pouvoir pratiquer les rites funéraires. Les notables atteints par la maladie redoutaient de subir dans un lazaret la promiscuité avec les esclaves, et auraient préféré être soignés dans un hôpital réservé aux Européens. Les lazarets avaient la réputation que l'on n'en sortait que mort et l'enterrement arbitraire se pratiquait dans un cimetière de pestiférés (MESTRE, 2007). Une seconde épidémie de peste particulièrement meurtrière toucha la capitale en 1933 avec 3881 malades dépistés dont 3710 décès. On avait bien installé des cordons sanitaires autour des foyers pesteux, mais les progrès face à cette maladie sont essentiellement liés à la fabrication d'un vaccin anti-pesteux qui sera largement diffusé de 1933 à 1941 : 3,5 millions de doses seront injectées. Après 1950, on ne déplora plus que quelques cas chaque année.

La fécondité restera basse jusqu'en 1950, avec un taux de natalité faible à 20 p. 1000. Les premiers traitements contre la syphilis et la blennorragie sont disponibles à partir de 1937. La proportion de femmes stériles va baisser et la population croître après 1945, pour se poursuivre par une forte croissance depuis 1950 à nos jours. Depuis 1956⁴⁵, le pays est divisé en six provinces (voir carte 12, page 73) autour des plus grandes villes – ce découpage n'a plus d'existence administrative officielle, mais reste ancré dans la mémoire collective comme une référence, pour les recours administratifs de la population. Nous citerons les provinces périphériques de Diego Suarez, au Nord, Majunga à l'Ouest, Tuléar au Sud-Ouest, Fianarantsoa au Sud-Est et Tamatave à l'Est. La province de Tananarive est centrale, sans façade maritime. Ces six provinces étaient

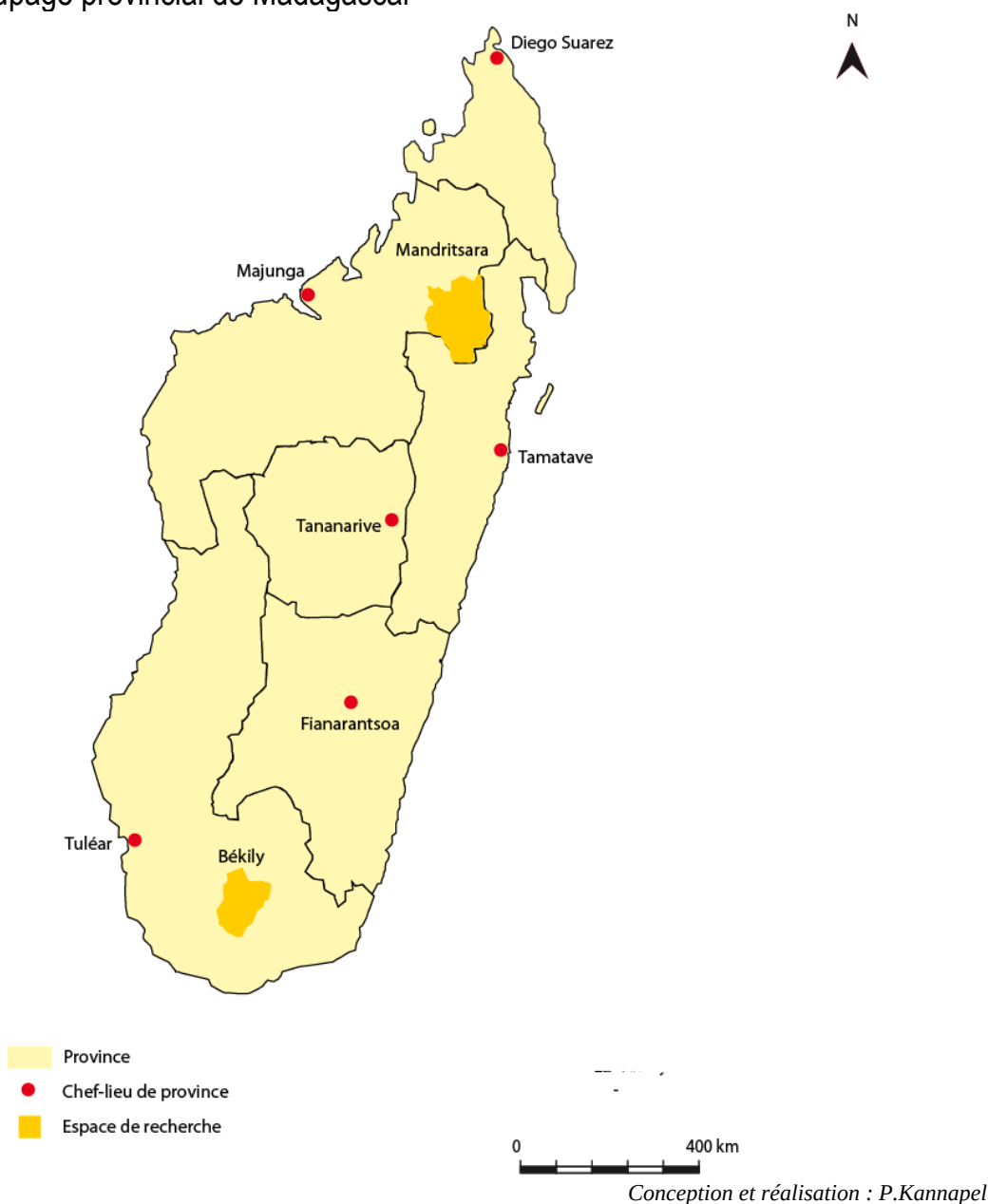
⁴³ Nom commercial de la *chloroquine* (DCI), dérivé de synthèse de la quinine.

⁴⁴ Le premier port touché fut Tamatave (1898, 1899, 1900). Il y eut une épidémie à Diego Suarez en 1899 puis à Majunga (1902, 1907).

⁴⁵ Instaurée en 1956, la loi-cadre Defferre, ministre des colonies, avait été votée par le parlement français pour préparer l'accession du pays à l'indépendance. Elle fut durement contestée par les nationalistes malgaches qui accusaient la France de vouloir balkaniser le pays et ainsi diminuer la cohésion du territoire.

« centrées » par des villes, quatre en situation littorale insulaire et deux sur les Hautes Terres. L'Indépendance du pays (1960) marque le début de la transition démographique⁴⁶. Dans les années 1960, le taux annuel de croissance démographique dépasse les 2 %. En 1964, 8 % de la population vit dans une ville de plus de 20 000 habitants.

Carte 12 :
Le découpage provincial de Madagascar



⁴⁶ La transition démographique est « le processus d'évolution d'une population d'un équilibre démographique ancien caractérisé par une natalité et une mortalité élevées, vers un nouvel équilibre caractérisé par une natalité et une mortalité faibles » (ZANINNETTI, 2011).

Tableau 1 : Evolution de la population malgache au début du XX^e siècle

Année	Population
1921	3 382 000
1931	3 760 000
1941	4 080 000
1950	4 207 000
1955	4 676 000
1958	5 071 000
1964	6 104 014

Source : Battistini, Guilcher (1967)

On trouvera dans le tableau suivant l'évolution de la population du pays entre 1966 et 2004. La mortalité reste élevée et l'espérance de vie faible (en 1993, elle est de 51 ans pour les hommes et 53 ans pour les femmes). Le taux de fécondité est de 6 enfants / femme jusqu'en 1997, avant de redescendre. Tous ces éléments expliquent que la population malgache soit jeune - en 2003, 45 % de la population a moins de 15 ans - avec une certaine stabilité depuis 1966.

Tableau 2 : Evolution de la population malgache de 1966 à 2004

Année	Nombre d'habitants (en millions)	Taux de croissance	Taux de mortalité
1966	6,2	2 %	25 ‰
1975	7,6	2,5 %	
1993	12	3 %	13 ‰
2004 ⁴⁷	17	2,8 %	

Source : Gastineau, Rakotoson (2006)

La 2^e République malgache (1975-1991), socialisante et tiers-mondiste, a continué une politique nataliste sans le dire. Elle justifiait l'effectif démographique comme une arme contre l'Occident. Les contraintes de l'ajustement structurel, dès 1975, et la crise économique des années 1980 permirent d'objectiver un écart entre croissance économique et croissance démographique, ce qui conduit à des changements dans la politique pronataliste en cours. On se fixa en 1990 pour objectif de corriger le déséquilibre entre population et développement dans le noble but d'augmenter le niveau de vie et le bien-être de la population. On présumait que la croissance démographique était un frein au développement économique du pays. La pauvreté et la misère ont alors explosé, au sein de la population rurale surtout. Le pays a connu d'autres crises, la croissance tardant à apparaître et le processus de la transition démographique amorcé dans les années 1960 est à nouveau stagnant. En décembre 1990, le parlement malgache a voté une loi qui a officialisé une politique nationale de planification familiale qu'elle ne met pas en œuvre, mais elle l'a confiée aux ONG, d'où une grande ambiguïté. Elle sert encore de référence aujourd'hui. Le pays subit de plus l'influence des églises chrétiennes

⁴⁷ Il s'agit d'une estimation, car le dernier recensement officiel date de 1993.

hostiles à toute politique de restriction des naissances (l'usage de la contraception est prohibé par catholiques et protestants et l'IVG⁴⁸ est considérée comme un délit).

Carte 13 :
Les 22 régions administratives de Madagascar



Conception et réalisation : P.Kannapel

Sources : FTM, Janvier 2002

A partir de 1994, le gouvernement socialiste a engagé une politique de décentralisation. Le pays est alors découpé en 22 régions administratives (voir carte ct-dessus) et 111 districts (carte 14, page 76). Les régions disposent d'une ville chef-lieu (anciennes préfectures) et n'ont pas toutes le même potentiel de développement économique ni les mêmes atouts en terme de démographie. Ainsi, sept régions (Itasy, Bongolava, Sofia,

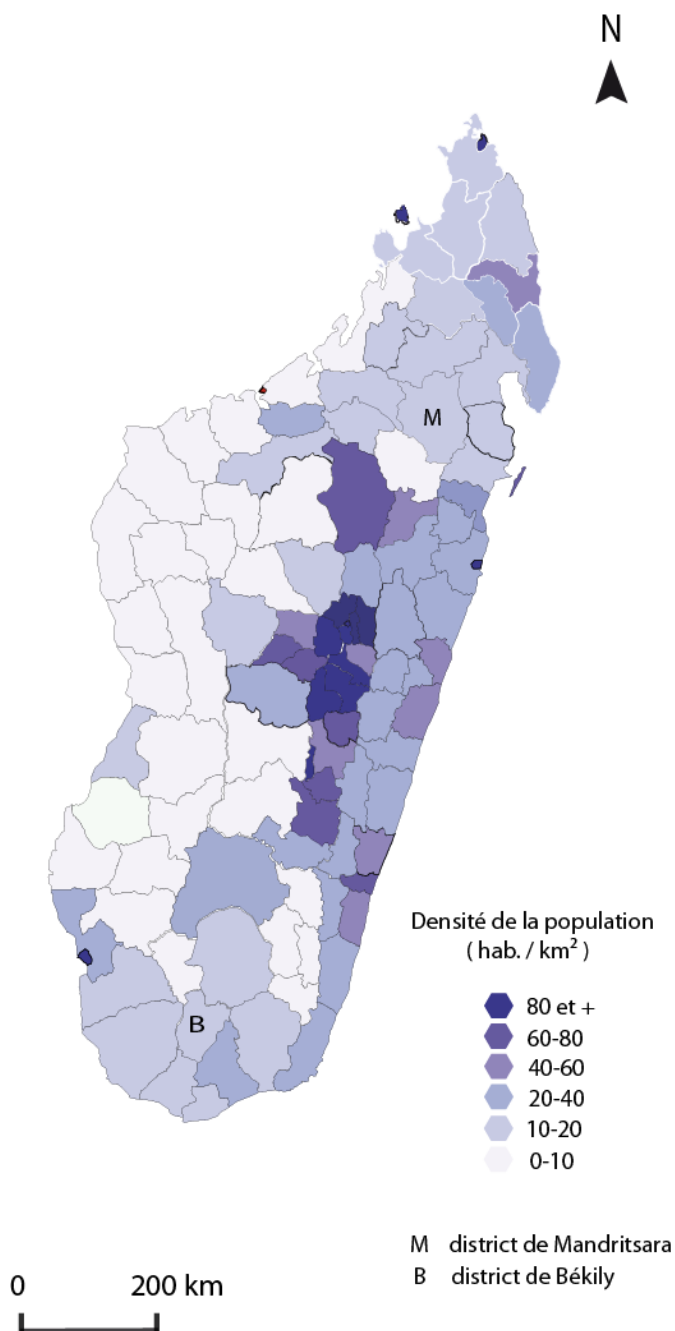
⁴⁸ Interruption volontaire de grossesse.

Betsiboka, Melaky, Atsimo-Atsinana et Ihorombe) n'ont pas de ville de plus de 30 000 habitants et cinq d'entre elles (Sava, Amoron'i Mania, Vatovavy-Fitovinany, Menabe et Anosy) ont un chef-lieu de moins de 40 000 habitants. On comprend ainsi mieux l'importance de la ruralité à Madagascar.

■ Le découpage administratif en districts

Carte 14 : Les densités de population par district à Madagascar en 2002

Sur la carte ci-contre figurent les densités de population par district. La densité moyenne à Madagascar est de 30 habitants / km². Cela nous conduit à faire quelques remarques. On observe tout d'abord d'importantes disparités spatiales montrant de grands déséquilibres territoriaux. Le centre de l'île (région des Hautes Terres, où se situent la capitale et les villes d'Antsirabe et de Fianarantsoa) est plus dense que les espaces périphériques, à l'exception d'une étroite bande est. On note ensuite de fortes densités ponctuelles correspondant aux quatre grandes villes côtières. Enfin, un gros tiers du centre Ouest est partiellement vide d'hommes. Ce déséquilibre de répartition de la population est un fait majeur pour le géographe, le politique et les aménageurs (réseau routier). Les deux districts qui ont retenu notre attention ont une densité équivalente (20-40 h/km²).



Conception et réalisation : P.Kannapel

Sources : FTM, Janvier 2002

Les districts correspondent aux départements français. Centrés par une ville de taille variable (nous parlerons plus volontiers d'espace urbanisé), ils sont eux-mêmes subdivisés en communes (l'équivalent des cantons français). Madagascar comporte 1597 communes. Enfin à l'échelle locale, il y a 17 500 *fokontany* (ce sont des villages à la campagne ou des quartiers en ville). Les districts nous intéressent car ils sont aussi l'échelle du découpage sanitaire, on parle de « districts sanitaires », en remplacement des anciennes « circonscriptions médicales (CM) ».

2. Organisation de l'espace malgache

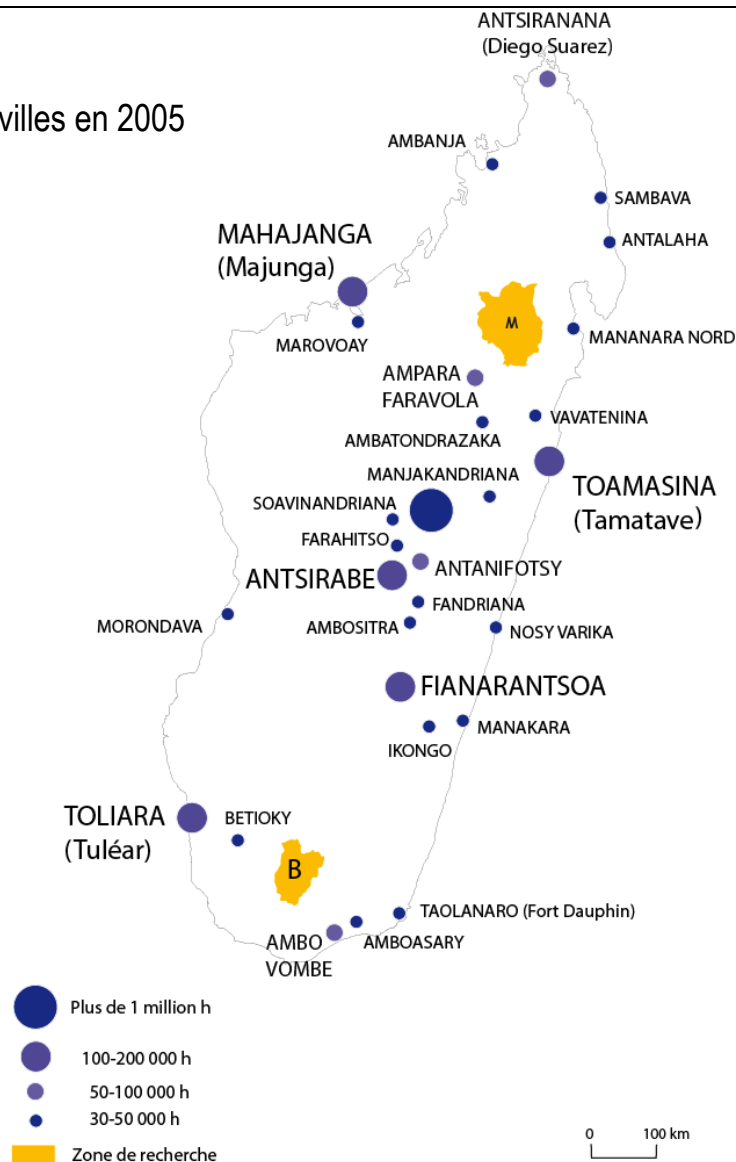
L'espace malgache connaît des enclavements considérables : il est compartimenté, insuffisamment intégré. Y a-t-il un territoire ? Le développement est-il possible ? Le premier déséquilibre est lié à la macrocéphalie de la capitale nationale (population estimée à près de 2 millions d'individus en 2012). La seconde ville du pays (Tamatave, fenêtre maritime de l'Etat malgache) compte à peine 200 000 habitants.

a) Tananarive : attractivité et macrocéphalie amplifiée

Au centre du territoire malgache, on constate aujourd'hui encore la « macrocéphalie » de Tananarive, seule véritable grande ville de Madagascar ; elle apparaît sur la carte 15 (page 78) comme la seule ville de plus d'1 million d'habitants. C'est la capitale de l'Etat-nation depuis le XVI^e siècle, bien avant la période coloniale. Les premiers souverains malgaches l'avaient élue comme capitale en raison de sa situation centrale, sur une plaine d'altitude fertile, au coeur de massifs montagneux qui la protégeaient d'éventuelles attaques, mais également par rapport à son climat qui semblait plus sain que sur les espaces littoraux. La capitale concentre les pouvoirs administratifs, le commandement militaire et la plupart des infrastructures sanitaires, notamment. La logique de centralisation date de l'époque coloniale. Elle est certes le centre du pouvoir politique et économique du pays, bien que fortement dépendante du port de Tamatave, sur la côte est, pour les échanges commerciaux avec l'extérieur. Ces deux villes sont reliées par une route bitumée au trafic très dense. Il s'agit d'un axe vital pour le pays. La province de Tananarive concentre 30% de la population du pays sur 10% de la superficie totale. Durant la période post-coloniale, la logique de déséquilibre s'est poursuivie et a même augmenté. Madagascar a cherché à s'industrialiser dans un contexte libéral. Les villes qui disposaient d'infrastructures (le port de Tamatave et la capitale) en ont profité. Les années 1970 verront un fossé se creuser entre la capitale et le reste du pays : cette centralisation étatique a été perçue et dénoncée comme une injustice sociale et spatiale par les opposants politiques. Durant le régime transitoire (1972-75), des mutineries apparaissent dans l'armée, au nom de la remise en cause du déséquilibre. On affichait une volonté de décentralisation voire la création d'un Etat fédéral. Toutes les constitutions suivantes – seconde République (1975-91) et troisième République (1997-2003) – portent mention de la volonté de décentraliser pour corriger le déséquilibre, qui est en fait mal interprété. Dans les campagnes, on se représente la province et la ville de Tananarive comme

modernes et développées, ce ne sont que des idées reçues : la ville de Tananarive porte en fait toutes les caractéristiques du sous-développement.

Carte 15 :
Madagascar et ses villes en 2005



Conception et réalisation : P.Kannapel

b) La faiblesse des villes

Les villes malgaches sont pour la plupart des créations coloniales. La façade ouest de l'île est très faiblement urbanisée. Durant la colonisation, on a observé une large partition entre les Hautes Terres et l'Est, considérés comme espaces utiles, et le grand Ouest, jugé inutile. En 1960, la densité moyenne de population à Madagascar était de 9 h / km². La capitale comptait presque 250 000 habitants, alors que les capitales provinciales étaient de petites villes de 20 à 40 000 habitants. La population était alors à presque 90% rurale. Nous utilisons les chiffres « officiels » de la population de 2005 pour proposer un classement des villes malgaches en quatre groupes.

Après la capitale, on note un grand écart avec cinq « grandes » villes, ayant entre 100 000 et 200 000 habitants. Ce sont les villes côtières de Tamatave, Majunga, et Tuléar, et deux villes des Hauts Plateaux, Antsirabe et Fianarantsoa. Elles jouent un rôle de capitale provinciale, mineur, sauf peut-être pour les villes portuaires de Tamatave, véritable poumon économique du pays et de Majunga, par rapport à l'activité halieutique en plein essor sur la côte ouest. Dans les autres provinces, les grandes villes sont isolées. Elles ne constituent même pas des pôles économiques. Peu développées, les industries se retrouvent essentiellement dans les villes portuaires. Ces villes sont enfin peu attractives pour la population rurale : on n'a jamais observé d'exode rural massif à Madagascar.

Dans le groupe de seulement quatre villes « moyennes », de 50 000 à 100 000 habitants, il y a notamment la ville d'Amparafaravota, dans la région rurale d'Aloatra Mangoro. Il s'agit d'une unité « urbaine » plus qu'une ville véritable, enclavée dans la plus grande région rizicole du pays.

Enfin, 21 « petites » villes ont de 30 000 à 50 000 habitants, dont la ville de Fort-Dauphin, capitale de la région enclavée de l'Anosy, dans le Sud-Est de l'île. Un groupe industriel canadien y exploite depuis 2005 l'extraction d'ilménite. Cette entreprise a construit un port moderne d'exportation pour son propre usage, ainsi qu'une route bitumée sur 10 km, entre le port et la ville, engendrant une sorte de ghetto : les personnels expatriés vivent en parfaite autonomie. Ils ont à leur disposition une école et leur propre formation sanitaire, dont la population locale ne profite pas. L'activité économique se pratique de façon indépendante et privée. Il n'y a pas eu de développement régional intégré en parallèle à cette installation.

Un tiers des 22 régions⁴⁹ et trois quarts des districts n'ont pas de villes de plus de 30 000 habitants. Il existe par contre de nombreuses villes d'au moins 20 000 habitants, ce sont des « villes » à la campagne, possédant des fonctions urbaines très réduites (administratives et commerciales, essentiellement). La plupart ne sont pas reliées au réseau routier national. Peut-on parler de villes ? Les deux districts retenus pour nos recherches ne possèdent qu'une ville aux dimensions réduites.

Tableau 3 : Les villes malgaches de plus de 30 000 habitants (2005)

Les villes de Madagascar	Région d'appartenance	Population 1960	Population 2005
Tananarive	Analamanga	247 917	1 391 506
Tamatave	Atsinanana	39 627	206 390
Antsirabe	Vakinankaratra	18 683	182 804
Fianarantsoa	Matsiatra Ambony	36 189	167 240
Majunga	Boeny	34 119	154 670
Tuléar	Atsimo Andrefana	33 850	115 328
Diego Suarez	Diana	28 772	82 947

⁴⁹ Nous avons placé dans l'ANNEXE 2 la répartition des principales villes par région administrative.

Antanifotsy	Vakinankaratra	70 625
Ambovombe	Androy	66 818
Amparafaravola	Aloatra Mangoro	51 520
Fort Dauphin	Anosy	45 141
Ambatondrazaka	Aloatra Mangoro	43 134
Mananara Nord	Analanjorofo	39 879
Soavinandriana	Itasy	39 271
Farahitso	Vakinankaratra	37 563
Nosy Varika	Vatovavy Fitovinany	37 152
Vavatenina	Analanjorofo	36 919
Morondava	Menabe	36 803
Amboasary	Anosy	36 082
Manakara	Vatovavy Fitovinany	35 499
Antalaha	Sava	34 112
Ikongo	Vatovavy Fitovivany	32 374
Manjakandriana	Analamanga	31 840
Sambava	Sava	31 522
Fandriana	Amoron'i Mania	31 437
Marovoay	Boeny	31 253
Betioky	Atsimo Andrefana	31 102
Ambanja	Diana	30 621
Ambositra	Amoron'i Mania	30 353

Source : geopopulation.com

c) Un milieu rural largement prééminent

En dehors de ces quelques zones agglomérées, le reste du pays est un espace rural (l'agriculture est la source de revenus pour 70% de la population) ou un espace naturel. Si certaines régions sont des bassins de riziculture intensive et regroupent une forte population (Maroavay, lac Aloatra, cuvette d'Andapa, Tsaratanana), de grands espaces sont consacrés à l'élevage bovin extensif. La plaine côtière de l'Est se prête aux cultures de rente et d'exportation alors qu'un certain nombre d'espaces de l'Ouest et du Sud sont vides.

d) Un réseau de communications terrestres minimaliste

Depuis la fin de la colonisation, Madagascar n'a jamais pu avoir une politique ou une stratégie d'entretien des routes. Est-ce une démotivation ? Un désir de maintenir certaines zones isolées ? Un manque de moyens financiers et/ou humains ? Une attente trop forte d'assistance extérieure ? Il n'y a pas de définition des responsabilités : qui est censé entretenir quoi, les communes, les régions, l'Etat ?

Depuis les années 1980, il n'y a plus d'entretien des routes bitumées existantes : elles ne font que se dégrader au gré des saisons des pluies... On constate au total une baisse de la longueur du réseau routier entre 1960 (50 000 km) et 1997 (25 000 km) ; la moitié a disparu faute d'entretien. En 1975, l'Etat va entreprendre un vaste programme routier, trois plans quinquennaux ambitieux (75-80, 80-85, 85-90) sont prévus pour la

construction de 75 000 km de routes. Ce fut un échec patent : les chocs pétroliers et l'absence de contribution étrangère en ont décidé ainsi. Les bailleurs de fonds avaient exigé que Madagascar constitue un fonds d'entretien routier, irréalisable sur fond de corruption spectaculaire. Le fonds sera néanmoins mis en place en 2000, mais une nouvelle crise se produisit fin 2001, 40 000 km de routes étaient alors carrossables. Un nouveau gouvernement (2002) va programmer un plan de 15 000 km supplémentaires sur 4 ans.

Madagascar compte sur des donateurs étrangers pour l'aménagement de son territoire : le pays devient dépendant, donc dominé. La coopération chinoise a quand même financé des tronçons de raccord de bitume sur des tracés existants :

- sur la RN 7 (Tananarive-Tuléar), il manquait 40 km de bitume au Sud de la ville d'Ihosy. Ils seront comblés à la fin des années 1990.
- sur la RN 4 (Tananarive-Diego Suarez), on a bitumé 50 km au Nord de la petite ville de Mampikony, entre 2004 et 2005.
- la RN 45 entre Fianarantsoa et Mananjary a été bitumée au début des années 2000.

Une route de contournement de la capitale a été construite au début des années 2000, grâce à la coopération japonaise. L'Union européenne a financé plusieurs ponts entre 2002 et 2008, dans le Nord-Ouest de l'île. L'aménagement routier est pourtant le point de départ d'une dynamique de développement, particulièrement dans le domaine sanitaire. On aura beau construire un superbe établissement hospitalier quelque part, il ne servira à rien si l'on ne peut y accéder. Les différents espaces sont mal reliés entre eux. On constate une dynamique de régression quant à la cohésion du territoire. Certaines zones sont vides de route. Dans la partie ouest, par exemple, les villes de Majunga et de Morondava ne sont pas reliées, pas plus que Morondava et Tuléar. Enfin, l'extrême Sud entre Tuléar et Fort Dauphin n'a jamais connu de goudron. Signalons toutefois que dans certaines régions, le goudron est « tabou » ; la population s'oppose absolument à la construction d'une route bitumée : c'est le cas dans le district occidental d'Analalava ! La raison demeure obscure : s'agissait-il d'un moyen de résister aux colonisateurs ?

En conclusion, l'espace malgache est marqué d'un grand déséquilibre régional avec une double insuffisance d'articulation et d'intégration. Les politiques d'aménagement du territoire sont déficientes, par manque de moyens financiers, essentiellement. Le réseau routier est largement insuffisant pour relier les pôles urbains régionaux, notamment, et permettre aux espaces ruraux de se désenclaver. Ce territoire mal maîtrisé peut-il être considéré comme un territoire national ?

Sur le plan de l'environnement naturel, Madagascar compte 47 aires protégées (parcs nationaux, réserves spéciales, réserves intégrales). L'ambiguïté est qu'elles sont entièrement financées et en partie gérées par des bailleurs étrangers ou des ONG (ARNOULD, SIMON, 2007). Elles échappent ainsi au contrôle de l'Etat. Ce sont des espaces extraterritoriaux disséminés sur le territoire. L'objectif majeur est la conservation de la biodiversité à des fins de recherche scientifique. Ces réserves ont en outre un rôle

économique, créateur d'emplois stables et elles sont amenées à développer l'écotourisme. Mais le secteur du tourisme en est lui aussi à un stade primitif.

D. DIX-SEPT « PAYS » DANS UN ENVIRONNEMENT MENACE

L'espace comme concept fondamental en géographie, occupe une place centrale dans notre travail. Vouloir parler de santé et étudier un système de soins conduit à parler d'un espace anthropisé, un milieu humain. Dans quels lieux ont abordé les premiers habitants ? Quelles furent les premières organisations sociales ? Sur le territoire fermé d'un milieu insulaire se sont produits des affrontements : internes, avec une volonté d'agrandir la zone d'influence d'un pouvoir local, ou externes - des puissances extérieures ont livré des combats pour prendre possession de l'île. Quels furent les espaces conquis par les différents pouvoirs en place ? Et pour atteindre quel objectif ? Au fil de l'histoire, le milieu naturel a séparé et isolé différents groupes de populations, qui ont vécu longtemps en « vase clos », créant des milieux humains particuliers. A l'issue d'un millénaire de luttes diverses, Madagascar avait atteint une certaine unité politique et administrative. A la fin du XVIII^e siècle, l'Etat-nation malgache a pu être créé, dans une unité linguistique, agrémentée de plusieurs variantes régionales. Le territoire a toujours été au cœur de l'histoire malgache. Si nos « terrains de recherche » ont une existence administrative précise, ils possèdent aussi une forte empreinte culturelle, ils sont rattachés à un « pays ».

1. Barrières naturelles et frontières culturelles : la notion de « pays »

Le territoire malgache présente de nombreux obstacles physiques, autant de barrières naturelles qui ont isolé les peuples puis déterminé une organisation spatiale de groupes humains. Un nouveau concept apparut progressivement au cours du XIX^e siècle, celui de « pays ». Toute la population malgache se l'est par la suite approprié. Il recouvre une unité de lieu, de pratiques sociales et de références culturelles. Les Malgaches parlent volontiers de « tribus » ou d' « ethnies », sans aucune connotation péjorative, à priori. Le « pays » est l'espace géographique et culturel en référence aux espaces aménagés par les hommes. Les premiers habitants vivaient en clans et chefferies, lignages qui se sont peu à peu organisés en tribus, dynasties, royaume ou confédération, jusqu'à l'Etat-nation actuel. L'identité malgache est constituée de la diversité de son peuplement. On peut parler de cultures différentes sur un fond de civilisation commun.

a) Eléments de terminologie

Les « pays » ont pour valeur essentielle leur rapport à l'espace, une référence pour tout individu au lieu de naissance de son père, au lieu où ont vécu ses ancêtres. Les habitants revendiquent leur appartenance à un groupe ethnique, l'ethnicité se retrouve dans les mentalités, le sentiment d'appartenir à un groupe. Les historiens F. Raison-Jourde et S. Randrianja (2002) notent que « *si les ethnies n'existent pas, la conscience, voire la*

passion ethnique, existent bel et bien ». La référence au groupe ethnique⁵⁰, et donc à son « pays », reste d'actualité, en dépit des nombreux métissages qu'a connus la population au fil de l'histoire. La notion de « pays » fait référence à l'histoire de l'Etat malgache, dont certains détails demeurent mystérieux, tout particulièrement les origines de son peuplement. L'ensemble des « pays » forme la nation malgache. Ce concept nous a immédiatement paru pertinent dans le cadre du travail de recherche entrepris, et il se prête à une étude comparative. Il conviendra de situer géographiquement les terrains d'étude.

Dans ce cadre, nous proposons une typologie des « pays » selon des critères géographiques : centre-périphérie, Hautes Terres-zone littorale, isolement-enclavement, par rapport à leur localisation, sur le socle cristallin ou les espaces sédimentaires. Par ailleurs, les notions d'isolement et d'enclavement se mesurent par rapport à la capitale administrative, politique et économique de l'Etat malgache, Tananarive. Nous tenons enfin à préciser que lorsque nous évoquons les « pays » avec une ouverture extérieure, nous entendons qu'ils disposent d'au moins un espace portuaire, de plus ou moins grande capacité. Les « pays » qui concernent nos recherches, Tsimihety (pour le district de Mandritsara) et Androy (pour le district de Békily), ont un point commun : ils ont bien une façade maritime mais sans port naturel ou artificiel. Nous développerons, outre le cadre géographique, quelques éléments culturels et traditionnels caractéristiques de ces « pays ».

Les « pays » ont pour certains des limites géographiques bien nettes (une montagne, une rivière), formant une véritable barrière naturelle. Il peut s'agir d'éléments du relief : le massif montagneux du Tsaratanana isole le « pays » Antankarana à la pointe nord de la Grande Île. Les failles à l'Est du socle isolent tous les « pays » le long du versant oriental de l'île. D'autres frontières naturelles sont constituées par des fleuves, comme c'est le cas du « pays » Androy, le « pays » entre deux fleuves, le Mandrare à l'Est qui marque la limite avec le « pays » Anosy et le Menarandra à l'Ouest, à la limite du « pays » Mahafaly. Enfin, une des limites physiques de tous les « pays » côtiers est bien sûr l'océan Indien. Parfois ils occupent un territoire précis : une forêt pour le « pays » Tanala, une vallée pour le « pays » Bezanozano - ils sont ainsi totalement enclavés (BATTISTINI, HOERNER, 1986), ou un plateau : le « pays » Bara occupe le plateau de l'Horombe. Certains « pays » s'étendent sur de vastes espaces sous-peuplés (par exemple le « pays » Sakalava), dont les limites physiques sont plus floues ; on parlera alors de frontière culturelle entre deux « pays ». Si les terrains retenus pour nos recherches sont des entités administratives distinctes, avec comme point commun principal d'être ruraux à 99%, ils sont également au cœur d'un « pays » spécifique dont nous verrons plus loin les attributs et les différences dans les traditions, mais aussi dans les pratiques de santé et dans les représentations que la population se fait de la maladie et du système de soins moderne.

⁵⁰ Les Malgaches reconnaissent 18 ethnies principales, qui ont chacune leur espace géographique, un territoire approprié, en dehors de la population de pêcheurs *Vezo*, répartie sur plusieurs « pays » dans le Sud et l'Ouest de la Grande Île. La population malgache utilise indifféremment les termes d'« ethnie » ou de « tribu » de façon non péjorative. Le concept de « tribu » se réfère plus à un territoire, un espace géographique et culturel, qu'à des aspects anthropologiques précis. Nous retenons 17 « pays » principaux et n'aborderons pas le concept ethnique dans ce travail.

Carte 16 :
Les dix-sept « pays » de Madagascar



Sources : Vérin P. (2000). Carte modifiée par nos soins

b) Une typologie des « pays »

- Les « pays » situés sur le vieux socle cristallin
 - « Pays » en situation centrale

Un seul « pays » occupe une place centrale, le « pays » **Mérina** (1)⁵¹, où se situe la capitale malgache, Tananarive, centre des pouvoirs politique, administratif et économique. Celle-ci est construite sur un ensemble de collines qui cernent une vaste

⁵¹ Nous avons numéroté les « pays » selon la typologie proposée (les numéros apparaissent entre parenthèses).

plaine marécageuse, partiellement drainée. Sa position centrale, au cœur de Madagascar, rend ce « pays » paradoxalement isolé lui-même. Il se situe au centre des Hautes Terres, sur un relief tourmenté, fait de hauts plateaux et de hautes plaines d'alluvions, de collines monotones empâtées de latérite, plus ou moins escarpées, et de massifs volcaniques compacts, grands dômes isolés, crêtes aiguës et dentelées, reliefs en pain de sucre ou en cornes, buttes aux sommets tabulaires. En fait de plateau, il n'y a que quelques formes d'aplanissement, les *tampoketsas*. La limite nord appartient à ce vaste ensemble. La limite est du « pays » Merina est constituée par l'escarpement de l'Angavo, l'isolant des « pays » Sihanaka au Nord, et Bezanozano au Sud. La constitution du massif de l'Ankaratra (au Sud du territoire), a provoqué dans la partie occidentale une série d'effondrements favorisant la formation de dépressions à fond alluvial, présentant de nombreux cratères et lacs. La zone méridionale, dominée par la chaîne de l'Ibity, est constituée d'une succession de petites cuvettes au sol sableux. La ville d'Antsirabe, située à 1500 m d'altitude, fut fondée en 1872 par des missionnaires norvégiens attirés par un climat frais, mais aussi par les vertus curatives de ses sources thermales. Ils y installèrent un centre thermal, qui draine aujourd'hui encore des centaines de malades chaque année, venant de tout le pays. Le culte des ancêtres fait partie des croyances traditionnelles : les Merina pratiquent le retournement des morts (*famadihana*⁵²).

○ « Pays » en situation périphérique

A la périphérie du massif central se trouvent plusieurs « pays ». Deux « pays » sont enclavés : les « pays » Bezanozano et Tanala. Quatre « pays », bien que reliés à la capitale par une route bitumée, restent malgré tout largement isolés sur la plus grande partie de leur superficie. Deux d'entre eux sont dans la partie nord de l'île, les « pays » Sihanaka et Tsimihety, et deux vers le Sud, les « pays » Betsileo et Bara.

▪ Deux « pays » enclavés

Le « pays » **Bezanozano** (2) occupe une dépression de 900 m, la haute vallée du fleuve Mangoro, orientée Nord-Sud et ne contenant pas de lac. C'est une dépression tectonique dissymétrique, dominée à l'Ouest par l'escarpement de l'Angavo, un très ancien escarpement de faille ayant reculé par endroits d'une quinzaine de kilomètres, tandis que du côté oriental, l'escarpement de Moramanga, de regard occidental, est très récent. On y trouve un système de petites collines, souvent à sommet plus ou moins plat. Seuls les abords des cours d'eau sont ici marécageux. La population était jadis organisée en petits clans familiaux qui, pour se protéger des diverses menaces et luttes intestines, plaçait ses villages fortifiés sur la crête des massifs. Elle détenait en outre le monopole du transport entre la capitale et la côte : le portage s'effectuait à dos d'homme sur des distances considérables, et dans des conditions périlleuses.

Le « pays » **Tanala** (3) est une région enclavée, au relief accidenté, qui marque la limite entre les Hautes Terres et la côte orientale. Au pied de la falaise tombant des Hauts

⁵² Le *famadihana* ou retournement des morts correspond à une exhumation. On procède à un second enterrement du défunt, sur la terre de ses ancêtres. Cette pratique remonterait au XV^e siècle.

Plateaux, des montagnes aux pentes abruptes, jadis couvertes de forêts, trouées de ruisseaux torrentueux, s'abaissent à l'Est vers les collines du « pays » Antaimoro, sur la basse côte. L'altitude moyenne passe de 600 m à 200 m environ, mais les dénivellations restent fortes entre fonds de vallée et sommets. Le « pays » Tanala fut peuplé à l'origine de façon très lâche par des petits groupes issus de la côte ou des Hauts Plateaux. Selon la tradition, les premières couches de peuplement auraient été représentées par des chasseurs-collecteurs. Le terme Tanala recouvre seulement une communauté de mode de vie, fondé sur l'exploitation de la forêt : cueillette, essartage au sein d'un milieu physique identique. Au centre de la falaise Tanala, le massif du mont Ikongo (1200 m) donne son nom à la région. Son sommet aplati abrite un petit lac. Le site de l'Ikongo fut le bastion des populations Tanala dans leur résistance aux envahisseurs, Mérima et Français. Ce groupe tire de la forêt la majeure partie de ses ressources : chasse, collecte de plantes et recueil de miel sauvage. La riziculture sur brûlis (*tavy*) et l'abattage de bois sont les principales activités. On notera que ces populations ont une bonne maîtrise de la pharmacopée traditionnelle, largement utilisée par les guérisseurs locaux.

- Quatre « pays » isolés

Le « pays » **Sihanaka** (4) est au pied de l'escarpement de l'Angavo, autour de la cuvette du lac Aloatra. Celle-ci correspond à un fossé de direction nord-est. Le gradin intermédiaire, très bien marqué ici, forme graben. C'est dans ce graben qu'est logé le lac Aloatra, la plus grande nappe d'eau intérieure de Madagascar, mais profonde de 1 à 2 mètres seulement. Le lac est localisé dans la partie nord-est du fossé, le reste de ce dernier constituant une vaste plaine marécageuse très plate, vers 760-790 m d'altitude, dont les limites avec le lac sont mal définies. Ce « pays » couvre la plus grande région rizicole de Madagascar. Le « pays » **Tsimihety** (5) nous intéresse particulièrement. Le premier de nos terrains est le berceau de ce « pays ».

Plus au Sud on va trouver les « pays » Betsileo, puis Bara. Le « pays » **Betsileo** (6) occupe la partie sud des Hautes Terres. Le massif de l'Andringitra est une barrière naturelle qui marque la limite sud de la région, à l'Est c'est la forêt et à l'Ouest, ce sont les monts Itremo. Les populations Betsileo pratiquent la riziculture en terrasse, à flanc de colline, grâce à d'ingénieux systèmes d'irrigation. Les paysages ainsi créés évoquent fortement l'Indonésie des origines. La ville de Fianarantsoa, au centre de ce « pays » fut construite en 1830, sur le modèle de la capitale pour son architecture. Sur le plan culturel, les populations édifient des tombeaux caractérisés par des poteaux sculptés (*teza*) pouvant atteindre 20 m de hauteur. Le « pays » **Bara** (7) occupe le plateau de l'Horombe, dénommé par ailleurs la grande prairie. Il s'agit d'un immense plateau dénudé d'une altitude de 1000 m. A l'Ouest, on trouve un *no man's land*, au-delà du massif ruiniforme de l'Isalo. Les forêts de l'Est séparent les « pays » Bara et Tanala, une zone montagneuse partiellement recouverte de forêts. Dans le Sud domine la savane boisée, limite avec les régions semi désertiques au Sud du tropique du Capricorne. Selon la tradition orale, le fondateur du peuple Bara serait venu d'Afrique à la tête d'un millier d'hommes. L'origine des Bara pourrait être bantoue : c'est un groupe de pasteurs semi-nomades, dont la

vocation est l'élevage des zébus, une « *civilisation du bœuf* » selon L. Elli (1993). Ils vouent un véritable culte à leurs troupeaux et le vol de zébus relève d'une tradition séculaire : il s'agit d'un acte de bravoure pour tout jeune homme, avant son mariage. Dès leur enfance, les garçons s'initient à des rodéos et des luttes à mains nues (*ringa*). Si le vol de bœufs fut une pratique culturelle respectable, c'est devenu une pratique criminelle ingérable, qui touche désormais tout le Sud de Madagascar. Cela concerne directement nos missions de terrain et nous y reviendrons longuement.

- Les « pays » de la zone sédimentaire

Ces « pays » sont tous isolés par rapport à la capitale nationale. Certains ont une ouverture extérieure, ils possèdent donc au moins un port sur leur espace littoral.

- Au Nord

A la pointe nord de Madagascar se situe le « pays » **Antankarana** (8). Le massif du Tsaratanana isole ce « pays ». Il s'agit d'un vaste ensemble montagneux culminant à Maromokotra à 2876 m ; il se situe à 80 km du canal du Mozambique. Il est formé principalement par une arête nord-sud, d'altitude moyenne supérieure à 2200 m, s'élevant vers le Sud, jalonnée par les sommets suivants : au Nord, le Mahivorahona (2236 m), au centre le Tsaravosy (2515 m) et au Sud le Maromokotra. Ce massif est une haute barrière naturelle, qui a longtemps isolé les populations du Nord de Madagascar. Comme partout dans l'île, les tabous y sont nombreux. Dans ce « pays », ils régissent le comportement entre les membres de sexe différent dans une famille ; ainsi une fille ne doit pas laver les vêtements de son frère. La population a des croyances en des divinités naturelles : un arbre, une montagne, une plante, une cascade etc. La ville de Diego Suarez est nichée au fond d'une large baie et son port de commerce et de pêche, stratégique durant la période coloniale, offre une ouverture vers l'extérieur. Comme dans les pays riverains de la mer Rouge, le khat est abondamment produit et consommé dans tout le pays Antankarana. Les feuilles très âcres de cet arbuste, tout comme les noix de cola, sont mâchées à longueur de journée. Elles ont des vertus tonocardiaques et euphorisantes. Ces puissants excitants entraînent des addictions et ont des conséquences sanitaires sur lesquelles nous reviendrons.

- A l'Ouest

Sur la façade ouest de la Grande Île, on trouve le vaste « pays » **Sakalava** (9). C'est une immense région sédimentaire de l'Ouest et un grand espace de savane, propice à l'élevage bovin extensif, dont une grande partie est déserte. Il comporte les plaines alluviales de grands cours d'eau. Les populations Sakalava pratiquent l'élevage de zébus, qui trouvent dans l'immensité des terres occidentales un terrain propice au pâturage. Ils possèdent une coutume traditionnelle, le *tromba* ou état de transe, mêlant magie et culte des ancêtres. La population est tenue à de nombreux interdits (tabous, *fady*). L'un d'entre eux est « *le refus catégorique d'installer des toilettes, considérées comme impures, à l'intérieur de leur maison* » (E 17). Il en résultera des conséquences désastreuses sur le plan sanitaire ; on

rencontre quelques populations Sakalava sur un de nos terrains de recherche (Mandritsara).

○ A l'Est

La façade est comprend du Nord au Sud six « pays » : Betsimisaraka (10), Antambahoaka (11), Antaimoro (12), Antaifasy (13), Antaisaka (14) et Anosy (15). Ils s'étendent sur une « bande » côtière d'une largeur moyenne de 80 à 100 km. La permanence des alizés en toute saison procure à la partie nord-est de Madagascar un climat subéquatorial, chaud et humide. Il est tropical, sans une vraie saison sèche lorsqu'on descend vers le Sud. La façade est enfin, est touchée chaque année par des dépressions tropicales (cyclones). Cette bande de terre orientale, relativement rectiligne, est isolée du socle par un impressionnant relief de failles sur 1400 km de long, parallèle à la côte et coupé en deux par la presque île de Masoala (voir carte 2, page 42). L'escarpement réalise une véritable fracture nord-sud (BATTISTINI, HOERNER, 1986). La descente du massif central sur l'océan Indien est généralement interprétée comme un escalier de failles, parallèles à la côte. On y observe un défaut criant de voies de communications, dû essentiellement à la présence d'une multitude de petits fleuves côtiers, courts mais au débit puissant, et donc difficilement franchissables : citons du Nord au Sud le Bemarivo, la Mananara, le Maningory, l'Onibe et l'Ivondro (voir carte 11, page 67). Le cabotage le long de la côte est rendu difficile par la houle. Après la seconde guerre mondiale, une voie d'eau avait été creusée le long du littoral⁵³, sur plus de 600 km. En dehors du premier port malgache, Tamatave⁵⁴, la côte ne porte que quelques ports d'importance mineure : Vohemar, Sambava, Antalaha, Foulpointe, Manakara ou Farafangana. Par ailleurs, les pluies abondantes ou les cyclones tropicaux détruisent régulièrement routes et ponts, bloquant toute circulation et rendant difficile l'aménagement d'infrastructures pérennes. La partie est de Madagascar est limitrophe de l'un des nos espaces de recherche, Mandritsara, et l'on observe quelques échanges commerciaux entre ces territoires.

Le « pays » **Betsimisaraka** fut longtemps la « fenêtre » de Madagascar sur l'extérieur, terre de commerce international et passage obligé sur la route des Indes. L'histoire de la côte nord-est est dominée par les frasques de pirates européens et de marchands d'esclaves, qui se réfugiaient dans les petits ports. Alors que de puissants royaumes se forgeaient dans d'autres parties de l'île, la côte restait divisée en de nombreux petits clans. La confédération Betsimisaraka fut créée au XVIII^e siècle. Ce « pays » a vu les grandes puissances maritimes s'affronter pour en prendre le contrôle. Les nombreux

⁵³ Le canal des Pangalanes, un ensemble de lagunes successives reliées par des canaux, devait pallier les dangers du cabotage côtier et les insuffisances du réseau routier en facilitant le transport des marchandises destinées à l'exportation. Le projet fut inachevé, car se révélant trop onéreux. Il reste toutefois encore navigable de Tamatave à Mananjary.

⁵⁴ Au XVII^e siècle, ce petit village de pêcheurs accueillait des pirates, puis les navires de la Compagnie française des Indes orientales. Il prit son essor au début du XIX^e siècle grâce aux Français, en devenant le premier port de ravitaillement des îles Mascareignes (Ile de la Réunion, ex-île Bourbon et Ile Maurice, ex-Ile de France). Les Français souhaitaient par ailleurs enrayer l'esclavage à sa source. Le souverain Radama I en a fait la principale façade maritime de son royaume. La ville s'étendit et se modernisa dès le début de la période coloniale.

comptoirs établis le long de cette côte ont encouragé les populations à développer des cultures d'exportation (poivre, vanille, girofle, café, fruits tropicaux), d'autant plus que les conditions climatiques y sont particulièrement propices.

Le « pays » **Antambahoaka** est localisé autour de la ville de Mananjary. Il regroupe une population d'ascendance arabe. Certains préceptes de l'Islam se retrouvent dans ses traditions : ainsi les chefs de clans doivent s'abstenir de consommer de la viande de porc, et la viande ingérée doit provenir d'animaux saignés. Il persiste dans le vocabulaire local différents mots arabisés et quelques lettrés savent encore retranscrire leur langue en caractères arabes.

Le « pays » **Antaimoro** occupe la plaine côtière de Mananjary à Vohipeno. La population est issue de la migration de populations islamisées. Elle disposait de connaissances en astrologie arabe et s'était spécialisée dans l'art divinatoire.

Le « pays » **Antaifasy** se situe autour de la ville côtière de Farafangana. La riziculture et la pêche dans les lacs et rivières dominent l'économie de cette région. La population a conservé des traditions funéraires : on enterre les morts dans des maisons funéraires collectives (*kibory*, tombeau lignager), généralement dissimulées dans la forêt en dehors des villages.

Le « pays » **Antaisaka** s'étend sur la plaine côtière autour de la ville de Vangaindrano. La région se prête aux cultures de rente (café). Seules les femmes assurent la culture du riz. D'importants tabous matrimoniaux régissent la vie sociale dans ce « pays ».

Le « pays » **Anosy** occupe l'extrême sud-est de la Grande Île, autour de la ville de Fort-Dauphin. Cette région est très isolée, les principales barrières naturelles sont représentées par les chaînes anosyennes au Nord-Est et le rebord manambien au Nord (voir carte 10, page 60). Le fleuve Mandrare marque la limite avec le « pays » Androy à l'Ouest. La vie quotidienne est ici régie par de nombreux tabous.

○ Au Sud

Au Sud de Madagascar, se situent deux « pays » qui, bien que possédant un littoral étendu, n'ont pas de réelle ouverture extérieure : les « pays » Mahafaly (16) et Androy (17). Le « pays » **Mahafaly** occupe un vaste plateau calcaire (SALOMON, 1987), au Sud-Ouest de la Grande Île, dans une région très sèche : les précipitations annuelles sont inférieures à 500 mm. Dans ce « pays » vit un peuple de pasteurs, répartis en petits groupes. Ils ont résisté avec obstination aux tentatives d'unification des souverains Mérimina. La population subsiste aujourd'hui grâce à de maigres récoltes de maïs, manioc, tubercules sauvages et figues de Barbarie. Le « pays » **Androy** se situe dans la région la plus aride du Sud malgache. Il s'y trouve un de nos terrains de recherche (Békily), et nous développerons ses caractéristiques plus largement dans le chapitre 2.

Tous les « pays » de Madagascar ont encore aujourd'hui une forte empreinte de ruralité. Nous avons constaté plus haut la faiblesse des villes malgaches. Il faut également

comprendre que même le « pays » de la capitale est largement rural, par rapport au mode de vie de la population et à ses activités. Il nous a donc semblé pertinent de vouloir étudier prioritairement le milieu rural, dans une recherche sur Madagascar. Nous verrons dans la partie suivante les raisons qui nous ont fait retenir deux espaces ruraux particuliers, dans deux « pays » différents.

2. « Madagascar : un hot spot des problèmes d'environnement »⁵⁵

Madagascar représente l'un des espaces les plus emblématiques des questions actuelles relatives aux menaces qui pèsent sur les grands écosystèmes terrestres : exceptionnelle par sa diversité biologique et paysagère, résultat d'une évolution géologique unique, l'île est aujourd'hui un laboratoire... des problèmes et des menaces. Déforestation, érosion de la biodiversité, désertification, érosion des sols et réchauffement climatique font craindre à relativement court terme la disparition de ressources uniques au monde. S'il convient de nuancer ce propos, le bilan d'ensemble ne saurait être contesté (ARNOULD, SIMON, 2007). Les enjeux sont tels que Madagascar fait aussi figure de point d'ancrage des grandes ONG, au premier rang desquelles le WWF, de terrain d'application privilégié des grands programmes internationaux et nationaux de protection. Pourtant, ni l'ancienneté des politiques de protection amorcées dans les années 1920, ni cette sollicitude des organisations internationales n'ont, à ce jour, réussi à inverser la tendance. Les orientations actuelles vers l'écotourisme, comme activité capable de protéger la nature tout en assurant le développement, ne garantissent nullement un développement équilibré et durable.

a) Un haut lieu de la biodiversité mondiale

Par sa taille (1600 km du Nord au Sud sur 600 km d'Ouest en Est dans sa plus grande largeur), par sa situation insulaire entre Asie et Afrique, par sa dissymétrie bioclimatique, opposant un versant oriental humide, au vent et le versant occidental sec, sous le vent, Madagascar est à la fois un cas unique et remarquable d'île tropicale et un exemple emblématique des questions d'environnement qui se posent dans ces espaces insulaires. La Grande Île est un concentré des problèmes d'environnement dans un contexte économique et social marqué par un sous-développement considérable (IDH voisin de 0,48, l'un des plus faibles du monde) ; les problèmes d'environnement et de développement sont ici inséparables. Madagascar est un exemple caractéristique de l'intérêt mais aussi des ambiguïtés et des difficultés du développement durable dans les « pays du Sud ».

⁵⁵ ARNOULD P., SIMON L., 2007, « *Géographie de l'environnement* », Belin atouts, Paris, 303 p.

b) Une faune et une flore exceptionnelles

Madagascar fait partie des 25 *hot spot* de la biodiversité définis au niveau mondial. Le pays se classe même au 8^e rang des zones prioritaires en terme « d'habitats demeurés intacts » et au premier rang pour ce qui est de la préservation des primates (ARNOULD, SIMON, 2007). On peut mesurer cet intérêt floristique et faunistique de Madagascar à travers quelques données quantitatives : 12 000 espèces végétales, 180 espèces de reptiles, 170 espèces d'amphibiens (les 2/3 des espèces recensées dans le monde), 5 familles de primates différentes (près du tiers des familles de primates connues). Certaines plantes sont aussi particulièrement bien représentées sur l'île : 900 espèces d'orchidées, soit davantage que sur tout le continent africain, 170 espèces de palmiers (trois fois plus que dans toute l'Afrique, 8 espèces de baobabs, pour une seule sur le continent africain). Cette faune et cette flore présentent un caractère unique. Selon les estimations actuelles (ARNOULD, SIMON, 2007), 80% des espèces végétales sont endémiques. Seul le continent australien, plus vaste que Madagascar, compte plus de familles de plantes endémiques. Il en est de même pour la faune : si 46% seulement des espèces d'oiseaux sont endémiques, la proportion est de 100% pour les 36 espèces de primates. Certaines familles et certaines espèces sont ainsi devenues des symboles de la protection de la faune au niveau mondial, c'est le cas des lémuriens⁵⁶.

L'isolement biogéographique de la flore et de la faune de Madagascar est lié à l'histoire géologique de l'île⁵⁷. Il explique un autre trait particulier : leur relative fragilité vis à vis des perturbations. Certains auteurs (GADE, 1996) ont ainsi montré que l'isolement s'était traduit par « *des processus de sélection naturelle moins poussés, limitant les capacités adaptatives des espèces* ». Le faible nombre d'espèces arborescentes pionnières, leur relative exigence écologique, témoigneraient de cette adaptabilité limitée des espèces comme des écosystèmes à la concurrence et à la perturbation. La coupure avec le continent africain ne signifie pas pour autant absence complète d'échanges floristiques et faunistiques. Quelques apports en provenance du continent africain, par l'intermédiaire de radeaux de troncs et de branches notamment, sont manifestes. Mais l'essentiel des échanges, par air et par mer, provient en réalité de l'océan Indien, tant avec l'Asie qu'avec l'Australie. Des travaux récents (WILME et alii., 2006), insistent sur « *les phénomènes de micro-endémisme* » qui expliqueraient la présence de très nombreuses espèces à aires de répartition extrêmement réduites, notamment dans les vallées de basse

⁵⁶ Les lémuriens appartiennent à l'ordre des primates. Présents uniquement à Madagascar et dans l'archipel comorien, ils sont le seul groupe de mammifères arboricoles. L'espèce emblématique de cet ensemble, l'aye-aye, considéré comme disparu jusqu'en 1956, occupe, grâce à des facultés d'adaptation remarquables, une niche écologique généralement dévolue aux oiseaux.

⁵⁷ L'isolement de Madagascar est le résultat d'une histoire particulière. La séparation du continent africain date d'il y a environ 165 millions d'années, au jurassique moyen, lors de l'éclatement du super continent Gondwana. Elle a provoqué la dérive vers le Sud d'un ensemble, composé de Madagascar, des Seychelles et du Deccan. Cette migration se serait arrêtée il y a environ 125 millions d'années, alors que « *le canal de Mozambique avait une largeur voisine de sa largeur actuelle* » (BATTISTINI, 1964). La partition de Madagascar et de l'Inde a été plus tardive (moins 88 millions d'années). Dans un premier temps, jusqu'à la fin du Crétacé, Madagascar est restée en contact avec l'Inde qui, avec le plateau des Seychelles, formait un véritable pont vers l'Asie, la Lémurie.

altitude. Durant les épisodes secs et froids du Quaternaire, un nombre important d'espèces aurait ainsi trouvé refuge dans ces régions, très cloisonnées, donnant naissance à des phénomènes de « spéciation » tout à fait originaux. Les zones refuges d'altitude, moins cloisonnées, composées alors pour l'essentiel de landes à éricacées, n'ont pas connu les mêmes phénomènes et sont aujourd'hui moins riches en espèces micro-endémiques.

L'évolution géomorphologique de l'île explique également la diversité des milieux présents à Madagascar. Le vieux socle précambrien, qui affleure sur les 2/3 de l'île, disparaît à l'Ouest et au Sud sous les terrains sédimentaires. Les mouvements tectoniques de la fin du Secondaire et du Tertiaire, sont à l'origine d'un basculement et d'une fracturation du socle, accompagnée de volcanisme, qui est à l'origine de la dissymétrie orographique. Au versant oriental aux fortes pentes s'oppose le long versant occidental, parcouru par les fleuves les plus longs, qui se jettent dans le canal du Mozambique (carte 11, page 67). Cette dissymétrie oro-hydrographique et la forte extension en latitude sont à l'origine des grandes régions écologiques de l'île qui contribuent à sa biodiversité.

■ Une diversité de biotopes

Du fait de sa situation et de sa configuration orographique, Madagascar rassemble des milieux d'une grande diversité. On distingue quatre grandes régions écologiques.

- La côte orientale est sous l'influence de l'alizé du Sud-Est. Elle offre un climat hyper humide avec des précipitations annuelles pouvant dépasser 3500 mm. C'est le domaine des forêts denses humides sempervirentes du versant oriental, caractérisées par une stratification complexe et une grande diversité d'espèces. Orchidées, mousses et lichens y sont abondants. Ces forêts primaires ont souvent été remplacées par des formations secondaires de type *savoka*, constituées par des associations de petits arbres ou arbustes.
- Le domaine des Hautes Terres centrales est composé de forêts denses d'altitude. Sur les plus hauts massifs, cette forêt ne dépasse guère les 10 m et laisse place au sommet à des landes à éricacées. La densité du couvert arborescent diminue vers l'Ouest, où se fait sentir l'influence d'une saison sèche plus marquée. Ces forêts d'altitude ont été largement détruites pour laisser place à des prairies secondaires pauvres en espèces. On les qualifie parfois de pseudo-steppe (ARNOULD, SIMON, 2007), où dominent les graminées les plus rustiques adaptées au régime des feux.
- L'Ouest, protégé des alizés de Sud-Est par les Hautes Terres, est marqué par une saison sèche importante de presque sept mois. C'est le domaine de la forêt tropicale sèche et des savanes, associant un tapis graminéen et un semis d'arbres plus ou moins espacés (baobabs géants, palmiers).
- Le Sud-Ouest se caractérise par un climat semi-aride (la saison sèche dure de sept à dix mois). Lorsque les précipitations de la saison humide sont suffisantes (au moins 800 mm/an), subsistent des forêts sèches denses. Le peuplement est pluristratifié, fait d'un niveau inférieur continu et dense (au maximum de 10 m), dominé par une strate arborescente supérieure discontinue d'arbres pouvant

atteindre 20 m. Le sous-bois arbustif est assez clair et la strate herbacée inexistante. Ces forêts sèches voisinent avec des fourrés d'épineux, des savanes et des steppes à euphorbiacées largement dominants dans l'extrême sud, où les précipitations ne dépassent guère 350 mm/an.

Cette diversité régionale se double d'une variété de formations à déterminisme édaphique : forêt littorale sur sable à l'Ouest, forêt rupicole des régions centrales, forêts marécageuses du versant Est et mangroves des côtes ouest et nord-ouest.

E. ELEMENTS EXPLICATIFS DU CHOIX DES ESPACES DE RECHERCHE

Le district de Mandritsara occupe le Sud-Est de la région administrative de la Sofia. Il est par ailleurs le cœur du « pays » Tsimihety, situé à l'interface des trois premières écorégions définies précédemment.

Le district de Békily occupe le Nord de la région administrative de l'Androy, au Sud de Madagascar. C'est une partie du « pays » Androy, dans l'écorégion sud-occidentale.

Nos terrains de recherche sont deux espaces ruraux malgaches, des lieux qui sous plusieurs aspects et en apparence, se ressemblent beaucoup, mais ils se distinguent aussi par des éléments très caractéristiques, cela constitue tout l'intérêt d'une étude comparative. La démarche comparative nous incite à faire ici quelques remarques sur la notion même de comparaison, que nous définirons comme le « *mode de connaissance qui procède par confrontation des caractères de deux objets, ou d'un objet à un modèle* » (BRUNET et al., 1993). Elle s'intègre ainsi parfaitement dans un travail de recherche scientifique. Cette démarche « *peut mettre en évidence la différenciation spatiale et faire comprendre les effets de la variation d'un facteur* » selon R. Brunet, ce qui est l'objectif de notre travail.

1. Pourquoi vouloir comparer deux objets ?

Si l'on se réfère au Petit Larousse illustré (2007), un des buts de la comparaison est d'« *établir entre des personnes ou des choses un lien, un rapport d'égalité, les rapprocher par la pensée, le jugement, l'appréciation, les placer au même rang, sur le même plan* ». Mais l'étude comparative vise aussi à « *mettre des personnes ou des choses en parallèle, établir un rapprochement* », elle cherchera à examiner des rapports de différence et de ressemblance entre deux ou plusieurs objets. Pour P. Gervais-Lambony (1994), le fait de comparer signifie d'« *envisager ensemble deux ou plusieurs objets de pensée pour en chercher les différences ou les ressemblances. L'esprit humain est par nature comparateur (aime à comparer) et donc use souvent de la comparaison* ». Avant d'entamer une étude comparative entre deux objets, il faudra déjà déterminer si ceux-ci sont comparables, s'ils ne sont pas trop dissemblables. Doit-on comprendre le terme de comparable par le sens d'analogie, assimilant, approchant ou similaire ? Cette conception amène généralement en géographie à en limiter l'usage à des régions ou des ensembles « cohérents » : comparer deux espaces géographiques, deux villes ou deux aires

culturelles. La comparaison aura alors pour finalité la définition d'un « modèle ». La perspective adoptée ici va dans ce sens, dans le respect de notre hypothèse : le système de soins est malade à Madagascar, mais nous cherchons à vérifier si la maladie est la même sur tout le territoire, ou tout du moins dans deux espaces différents. C'est bien là l'objectif premier de notre recherche. Nous avons fait le choix de comparer un objet précis (les besoins de santé et le système de soins) dans ses multiples dimensions, en deux lieux différents mais au sein d'un seul pays. Il conviendra d'abord de situer ces lieux puis de les caractériser, afin d'établir une première comparaison, avant d'aborder le coeur de notre recherche en géographie de la santé. Le système de soins est-il uniforme à Madagascar ? S'il existe des différences, de quelle nature sont-elles ? S'agit-il de simples nuances ou les disparités sont-elles fortes ? Et de quels types de disparités parle-t-on : spatiales, en terme d'équipements ou de ressources humaines ? Dans la première partie de ce travail nous avons vu comment la nation malgache s'était formée, pour constituer un ensemble homogène. La majeure partie de la population vit dans un secteur rural, sous un climat tropical et dans un pays pauvre. Mais il existe ici, comme partout ailleurs, des particularismes régionaux et des spécificités locales, chaque région possède ses forces et ses faiblesses, atouts ou contraintes multiples, des traditions liées à l'histoire et des pratiques agricoles liées à la géographie.

2. Les raisons d'un choix

Le choix de ces espaces de recherche n'est pas le fruit du hasard. Nous sillonnons le territoire malgache dans tous les sens depuis plus de vingt-cinq ans, celui-ci se prête idéalement aux voyages, dans l'esprit des illustres voyageurs du passé (GERNELLE, 2014), des escapades pour la découverte de larges territoires faiblement peuplés et peu fréquentés. L'île de Madagascar permet encore de telles approches : on décide de partir quelque part, on improvise un déplacement, on ne se fixe pas de limite de temps. Dans chaque recoin du pays, on est surpris de « découvrir » un hameau, quelques habitants qui se sont appropriés un lieu. En effet, avant le départ, on ne sait jamais exactement où l'on va arriver, pour y faire quoi et ce que l'on va y trouver. L'étonnement est garanti. Paroles de Malgaches, mélange de vérités ou fruits de rumeurs :

- « Ici on ne passe plus, car le pont a été emporté par les eaux »,
- « Cette région est déconseillée, il y a beaucoup de voleurs »,
- « Le seul moyen d'aller là-bas, eh bien c'est à pied ! »,
- « La capitale est dangereuse, c'est bien connu »,
- « Au mois de mai dernier, tout un village de pêcheurs a été intoxiqué après avoir consommé une tortue de mer. Dix personnes sont mortes »,
- « Il faut se prémunir contre le paludisme »,
- « Le pneu est crevé. Mais il n'y a pas de roue de secours, donc on est bloqués »,
- « Les voitures ne peuvent circuler que pendant la saison sèche »,
- « Les charrettes à bœuf sont nos véhicules tout-terrain »,
- « Ici il y a deux saisons, la saison pluvieuse et la saison des pluies »,
- « Il y a eu là-bas une épidémie de peste le mois dernier »,

- « *C'est la sécheresse dans le Sud* ».

Chacun de nos séjours (une centaine maintenant) a été différent et totalement imprévu pour ne pas dire improvisé. Aller à Madagascar requiert une capacité d'adaptation à toutes sortes de situations, rocambolesque, grave, insolite, dangereuse, étonnante. En 2011, une petite université ouvrait ses portes dans la commune de Mandritsara, à l'initiative du Pr Rabedimy, anthropologue, professeur à l'université de Tuléar⁵⁸. Des cours étaient organisés dans trois filières : histoire, géographie et anthropologie. Il s'agissait d'une « antenne » de l'université de Tuléar, d'où les enseignants venaient plusieurs semaines par an. Ceux-ci assuraient des cours sous forme de missions. Par un concours de circonstances, nous avons été sollicités pour participer à l'enseignement, à titre bénévole. Une cinquantaine d'étudiants étaient inscrits, en Deug et en licence. Au cours d'un premier séjour, différents interlocuteurs (édiles, professionnels de la santé) nous ont signalé la fréquence de la bilharziose dans le district, en nous demandant d'étudier le problème, au vu de nos « compétences » en géographie de la santé. Le but était de proposer aux pouvoirs publics des solutions de lutte contre cette calamité. Nous avons commencé à étudier cette maladie, avec en parallèle l'idée d'en faire une thèse de doctorat. Les aléas du terrain, les données difficiles à recueillir, l'absence d'une structure de recherche pouvant nous encadrer nous ont fait renoncer à ce projet. Mais nous avons mis les pieds à Mandritsara, et souhaitions en savoir plus sur le « pays » Tsimihety. En juillet 2012, nous avons rencontré l'équipe de Médecins sans frontières⁵⁹ à Tananarive. L'ONG était lancée dans un vaste programme en vue d'éradiquer la bilharziose dans un district du Sud malgache. Les recherches de terrain, afin de déterminer au plus juste la prévalence de cette affection, venaient de commencer, mais le médecin engagé pour ce projet avait dû démissionner. On nous a alors proposé de le remplacer, pour une mission de terrain en géographie de la santé : il s'agissait de localiser précisément les lieux de contamination de la bilharziose, étudier les mécanismes de transmission et de proposer des moyens de lutte. Cette mission a pu se faire en septembre 2012 : nous avons mis les pieds à Békily et dès la fin de la mission MSF, désirions en savoir plus sur le « pays » Androy.

3. Etablir des critères de comparaison

Nous cherchons à connaître les besoins de santé de la population rurale dans deux territoires particuliers. Ils ont en commun de se trouver tous deux à la marge des Hautes Terres centrales de l'île, mais ils appartiennent à un ensemble culturel - un « pays » - spécifique. Les éléments sur lesquels reposent nos comparaisons portent sur trois domaines particuliers :

⁵⁸ Responsable du département d'anthropologie à l'Université de Tuléar, le Pr J.-F. Rabedimy a publié, entre autres, un ouvrage sur les pratiques de l'art divinatoire à Madagascar (RABEDIMY, 1976).

⁵⁹ L'ONG franco-suisse Médecins sans frontières (MSF) est présente à Madagascar depuis plusieurs années. Elle intervient généralement pour des missions d'urgence, une grave épidémie ou pour secourir des victimes de catastrophes naturelles. Depuis 2011, après une intervention dans le Sud malgache et au vu de l'état de délabrement des formations sanitaires, elle avait décidé de réhabiliter (en moyens matériels et humains) l'hôpital public de Békily, ainsi que quelques centres de santé de base dans ce district.

- l'**environnement**, c'est-à-dire le cadre physique et le milieu naturel au sens large, et ses paysages originaux.
- des **hommes** vivent sur ces territoires dans un contexte socio-économique spécifique. Quelles sont leurs activités principales ? On se propose d'étudier ce contexte.
- la **culture** ou plus globalement les facteurs culturels qui régissent la société. Une tradition culturelle forte anime ces espaces, avec un lien important avec la santé.

Ce sont autant de déterminants, des éléments qui comptent sans être les seuls, de l'état de santé ou des pratiques sanitaires de la population. Y a-t-il des incidences plus ou moins directes de ces caractères sur le système de soins ou sur l'état de santé de la population ?

Le milieu naturel détermine largement la présence et la diffusion de plusieurs maladies infectieuses et influe directement sur leur pérennité. Dans ces milieux ruraux isolés, la population souffre d'une pauvreté monétaire importante : quel est son impact sur la maladie et la consommation de soins ? Par nécessité puis par choix, la tradition est profondément ancrée dans le Sud chez les populations du « pays » Androy : elle détermine leur quotidien. Le regard des populations Tsimihety de Mandritsara est tourné vers l'avenir – le premier président de la jeune république est né dans le « pays » Tsimihety. Il a impulsé un élan de volontarisme et de dynamisme à ses concitoyens, qui en sont fiers. Les aspects culturels envisagés nous permettront d'aborder le thème de la médecine traditionnelle. Quel est le rôle ou l'influence des tradi-praticiens ? Certains éléments se retrouvent en partie sur les deux territoires, notamment sur le plan économique ou social, alors que d'autres, dans les domaines de la nature et de la culture sont très spécifiques. Nous avons retenu deux districts sur les 111 que compte Madagascar, nous les estimons représentatifs du milieu rural malgache.

Quelques précisions de vocabulaire s'imposent à ce stade de notre travail. L'Androna est le nom générique du « pays Tsimihety ». Il fait référence à un lieu géographique précis, le seuil de l'Androna (carte 17, page 103), par lequel les premiers habitants seraient arrivés pour conquérir de nouvelles terres. A Madagascar, pour parler de la population d'un « pays », on rajoute le préfixe « *Ant* », mais en fait on ne dit pas les Ant-« tsimihety » mais les Antandrona. Il en est de même pour les Ant-androy, les habitants du pays « Androy ». Par ailleurs, si dans le texte, nous parlons du Nord, sans autre précision, c'est que l'on se réfère au district de Mandritsara ou au « pays » Tsimihety, si l'on cite le Sud, c'est une référence au district de Békily, en « pays » Androy.

4. Des nuances...

Si un élément essentiel distingue ces deux territoires, il s'agit bien de l'**environnement**. Pour traiter de cette différence, nous avons choisi de mettre en avant un élément paysager très caractéristique, d'ordre minéral pour le Nord, et végétal pour le Sud (voir chapitre 2). En ce qui concerne le milieu physique, on notera également une différence entre le district de Mandritsara, qui dispose d'un climat tropical, chaud et plutôt sec, et le district

de Békily, au Sud du tropique du Capricorne, qui possède un climat aride semi-désertique (BATTISTINI, GUILCHER, 1967). Ils ne sont donc pas dans la même zone d'influence climatique. Les précipitations annuelles moyennes sont de 1150 mm pour l'un, 300 à 400 mm pour l'autre. Quel rôle va jouer le milieu naturel sur les besoins de santé de la population ?

5. ...et des points communs

a) Les **hommes** : une civilisation du bœuf

Une agence bancaire a ouvert ses portes dans la ville de Mandritsara en décembre 2013. C'est la seule dans tout le district, bien que ce ne soit pas la première fois : la ville disposait d'une banque pendant quelques années, agence qui avait fermé ses portes depuis l'an 2000. J.M. Hoerner (1982) parle de l'importance du troupeau pour les populations rurales : « *Le rôle social du zébu est indéniable même s'il y a une évolution (...). Il nous semble important d'insister sur la richesse économique que représente un troupeau, c'est la « banque » du paysan, une institution financière pratique à plus d'un titre puisqu'elle pourvoit aussi aux exigences familiales et religieuses, aux travaux des champs comme le piétinage des rizières, etc. Pourtant c'est avant tout une véritable épargne dont la vertu essentielle, au reste très classique, est de sécuriser* ». Que ce soit dans l'Androna ou dans l'Androy, l'élevage des zébus est la base de la société paysanne, avec des nuances. D'un côté, au Sud, l'élevage de bovidés est l'activité quasi-exclusive de la population. C'est une source de richesse mais aussi la marque de la richesse. Au Nord, la riziculture est l'activité principale, mais l'élevage n'est pas absent pour autant, en témoigne l'importance des marchés hebdomadaires. L'élevage de bœufs est une activité essentielle dans les campagnes malgaches, non seulement dans les plaines du Sud, où elle est quasi exclusive, mais aussi sur les immenses savanes de l'Ouest et du Nord-Ouest : ces régions se prêtent à un élevage extensif. Il se dit qu'à Madagascar il y a plus d'*omby* (zébus) que d'habitants, mais il a toujours été difficile d'évaluer numériquement le cheptel bovin. Si l'élevage bovin est une caractéristique commune de nos deux terrains, le vol de bétail est par contre une spécialité du Sud.

b) L'organisation sociale

Dans les espaces ruraux, l'organisation sociale et familiale est régie par des codes empiriques qui évoluent peu. A Madagascar la famille est la structure fondamentale de cette organisation (RAJOELINA, RAVELET, 1989). La cellule familiale est constituée par les individus issus d'un ancêtre commun. Dans la société traditionnelle, le groupe de base est la famille, dirigée par le père, dans le domaine du clan. Il s'agit d'une société patrilinéaire et patrilocale, où l'aïnesse donne droit au commandement et au respect. Par son grand âge, l'aïeul occupe une place privilégiée, considéré comme un sage, porteur d'expériences de la vie. Traditionnellement dans la société malgache, la femme tient une place secondaire. C'est généralement par le mariage que les femmes « intéressent » la communauté. La femme étant la source de la descendance, sa fécondité est souvent

« testée » dès l'âge de la puberté. Dans le cas d'une jeune fille stérile, *nomba*, on invoque une punition divine et selon la croyance populaire, seules les femmes peuvent être stériles. A l'inverse, la fécondité est le signe d'une bénédiction divine et des ancêtres, et non considérée comme la conséquence logique de l'acte sexuel. Pour le Malgache, la stérilité est très redoutée, car sans postérité, la vie n'aura aucun sens. Par contre, l'arrivée de jumeaux est considérée comme funeste : ils porteraient malheur. Les devins, guérisseurs, astrologues (*ombiasy* dans le Sud, *moasy* dans le Nord) ont également une place de choix dans la communauté. Grâce à leurs « dons » d'ordre divin, et par la détention des secrets du destin (*vintana*) et de la divination, ils dominent toute la vie quotidienne du Malgache. Les pratiques sociales, ou toute entreprise venant d'un individu ou d'un groupe, ne peuvent se faire qu'après avoir consulté le devin.

c) Des éléments culturels

Certains faits culturels sont communs à nos deux espaces, c'est le cas des tabous. Ils font d'ailleurs partie de la culture malgache dans son ensemble, avec des variantes locales. D'autres éléments de culture sont spécifiques à un « pays ». Nous essaierons de comprendre le lien qu'ils peuvent avoir avec les faits de santé. Ce peut être le cas en terme de besoin, de pratique ou de consommation de soins. Nous développerons ensuite trois autres faits culturels largement répandus à Madagascar, sans lien entre eux, le *fihavanana*, la circoncision comme tradition et le retournement des morts.

- Les tabous sont présents partout à Madagascar

Le *fady*⁶⁰ est un trait culturel majeur, répandu sur tout le territoire malgache, mais il peut être d'une nature spécifique dans un lieu donné. Il s'agit d'une coutume religieuse traditionnelle à Madagascar, jouant un rôle prépondérant dans les sociétés rurales : interdit, tabou et *fady* sont synonymes. La notion de sacré est un des fondements de l'univers religieux conceptuel des Malgaches. La distinction entre ce qui est permis et ce qui n'est pas permis est établie en fonction de critères religieux. C'est une opposition entre le profane (ce qui est accessible à tout le monde) et le sacré (ce qui est interdit ou tabou). Les croyances religieuses traditionnelles font état d'un univers constitué d'une infinité d'éléments liés entre eux : la recherche d'harmonie dans les relations qu'on établit avec les différents éléments de cet univers peut expliquer le comportement des hommes. La conscience malgache est remplie d'imaginaire, une manière de dédramatiser les accidents de la vie.

Les interdits sont classifiés selon divers critères (RAZAFIMPAHANANA, 1971) :

- selon leur extension spatiale : la famille, le clan ou le village. On retrouve ainsi des espaces *fady* pour lesquels on peut trouver une justification sociologique ou culturelle. Ils s'intègrent dans l'espace et la vie quotidienne des populations.

⁶⁰ Le mot malgache *fady* est souvent traduit par « tabou ». Il s'agit en réalité d'un interdit imposé par un ancêtre reconnu à sa descendance. Les *fady* peuvent s'étendre à un village, à une ville, voire à une ethnie entière.

- à propos de l'objet sur lequel porte le *fady*. On relève trois types d'objets, les aliments, les lieux (spécialement dans la proximité d'un tombeau – espace sacré par excellence, réservé uniquement aux ancêtres) et les jours.
- suivant les raisons pour lesquelles on respecte le *fady*. Il peut s'agir d'un motif positif ou négatif. Par exemple dans le Sud, le poulet est *fady* dans plusieurs clans, mais pour des raisons différentes.

Ce sont des valeurs communautaires indéniables mais qui peuvent aussi représenter des nœuds de blocage, gênant l'activité économique ou l'ouverture sur des technologies modernes, et qui en plus retardent ou empêchent l'action. Nous citerons à titre d'exemple dans le Sud l'impossibilité de creuser des puits (*sakasaka*) à des endroits frappés d'interdits ou tabous, en particulier la proximité des tombeaux (*lonake*). Dans ce cas, il s'agit de ne pas rompre un équilibre éventuel dans l'espace sacré réservé aux ancêtres, la colère de ces derniers peut en effet « *apporter la malédiction sur toute la communauté et le reste de la descendance* » (LUPO, 1997). Le non-respect du *fady* est sanctionné par des punitions infligées, soit par « Dieu », soit par les Ancêtres. Ainsi lors des grandes sécheresses dans le Sud de l'Androy, autour des communes de Beloha et d'Ambovombe (carte 19, page 116), des trajets de cinq à dix kilomètres sont parfois rendus nécessaires pour s'approvisionner en eau : ce sont les corvées journalières des femmes. Il existe aussi des conflits de groupes difficilement décelables sans une longue observation des comportements des relations intergroupes. Les véritables enjeux ne sont jamais exprimés et les luttes d'intérêt constituent un des principaux indices qui peuvent révéler ces conflits. Ce peut être le refus de participer à un projet ou simplement un désintérêt affiché envers celui-ci, ou le refus d'utiliser un point d'eau dans un certain village - on observe des litiges entre lignages. Sous ces luttes souterraines existent de véritables enjeux sociaux, politiques et économiques, et l'appropriation du pouvoir peut être renforcée par le contrôle des principaux points stratégiques (points d'eau) qui régissent la vie quotidienne des populations.

Les tabous se réfèrent à la notion de péché, de culpabilité et de châtement. On en distingue trois catégories (RAJOELINA, RAVELET, 1989) selon les conséquences de la transgression :

- Le tabou qui repose sur le « serment des ancêtres ». Lorsqu'un clan est réuni pour faire un tel serment, le doyen pose ses mains sur les épaules du deuxième en âge et ainsi de suite jusqu'au plus jeune de l'assemblée. On jure alors que ceci ou cela sera tabou pour le clan.
- Il est difficile de distinguer les notions d'usage (*fomba*) et de tabou (*fady*). Agir à l'encontre de ce qui est l'usage déshonore. Contrevenir à un tabou entraînera un châtement.
- Ne pas respecter un tabou peut conduire à une maladie, voire la mort.

Etroitement lié au tabou est l'art de l'horoscope (art divinatoire). Entreprendre une action importante un jour néfaste conduit au châtement pour son auteur et même pour tout son clan. Les exhumations ne doivent pas se pratiquer un jour néfaste : les ancêtres seraient déshonorés. La superstition joue également un rôle important : on ne va pas ouvrir un

tombeau le jeudi de peur que d'autres personnes ne « suivent le défunt dans la mort ». Nous reviendrons plus loin sur ces notions d'interdits, par le lien qui peut exister avec la santé. Des populations Sakalava se sont établies dans le « pays » Tsimihety. Elles ont un tabou vis-à-vis des toilettes. Il est ainsi inconcevable d'imaginer installer des WC dans une maison. Les actes d'uriner ou de déféquer « doivent » nécessairement se faire en pleine nature. Il s'agit pour elles de la chose la plus naturelle au monde, mais qui choque les professionnels de santé Tsimihety que nous avons rencontrés : « *On se heurte à un mur lorsqu'il s'agit de délivrer des conseils d'hygiène. Ils ne veulent rien entendre* » (E 17). Dans le « pays » Androy, le tabou peut concerner la prise d'un médicament venant de l'« étranger ». Là aussi, les conflits et les malentendus sont nombreux avec les acteurs de la santé.

- Le *fihavanana*, moteur de la vie en société

« *Fihavanana* » : voici un mot dont la signification n'est parfaitement comprise que des seuls Malgaches. Il n'a pas son équivalent dans d'autres pays, il est donc intraduisible. Ce mot vient de *havana*, qui signifie parent, ami ou allié. Le *fihavanana* répond donc à une considération de parenté, d'amitié, de bonnes relations. C'est une idée abstraite qui a pourtant des applications très concrètes dans la vie de tous les jours des Malgaches : c'est le nœud autour duquel s'articule la vie de la société, dans tout le pays. Le mot *havana* désigne d'abord ceux qui ont la volonté de rester solidaires en toutes circonstances et de se prêter aide et assistance, qu'ils soient unis par le sang ou non. Cependant, il convient de rappeler l'existence de plusieurs catégories de *havana*. « *Il y a d'abord les havana akaiky, proches parents, frères, sœurs, tantes, oncles, grands-pères, grands-mères, cousins, neveux et nièces. Ils sont tous descendants des mêmes ancêtres, ceux qui se partagent le même tombeau familial. Puis il y a les havan-davitra ou parents éloignés, appartenant à d'autres branches de l'arbre généalogique. Il y a enfin les havan-tetezina, parents très éloignés dont les liens avec une famille remontent très loin* » (E 29). Il existe aussi des *havana* en dehors du cercle de ceux qui sont liés par le sang, mais qui sont malgré tout dévoués à toute occasion, comme s'ils faisaient partie de la famille : les amis intimes, puis les frères de sang (*fatidra*). Ceux-là font preuve de fidélité et de dévouement total. Ils se sentent concernés par tout ce qui affecte des personnes avec qui ils n'ont pourtant aucun lien de parenté, d'où le proverbe « *ny havan-dratsy tsy mahaleo ny sakaisa tiana* », « mieux vaut un ami chéri qu'un mauvais parent ». Ce besoin profond de se sentir entouré et la crainte de se retrouver seul traduit le *fihavanana*. Un autre proverbe dit « *Aza tsy tia olona fa ny olona no harena* », c'est-à-dire « que les hommes ne vous soient pas indifférents, car ils sont la richesse ». En termes simples, c'est une notion formée autour de plusieurs concepts inséparables que sont l'amour, l'amitié, l'union, la camaraderie, la concession, la soumission, la réconciliation, l'entraide, la tolérance et le respect mutuel, avec ce que cela comporte de positif et de négatif. C'est en quelque sorte le moteur qui régit l'existence de la société malgache depuis toujours, semble-t-il. Valeur ancestrale, le *fihavanana* est transmis de génération en génération, enfoui dans chaque individu depuis l'enfance. « *Aussi, chaque geste, chaque parole prononcée est dicté par lui : en son nom, on s'entraide, on compatit au malheur des autres, on respecte les*

voisins et l'entourage, on sait céder devant certaines exigences, on évite les heurts etc » (E 29). En l'appliquant, chacun au fond de lui sait les limites à ne pas dépasser, chacun se contrôle car rien n'est aussi difficile à réparer que le *fihavanana* quand il est mis à mal et surtout quand il est rompu. « *Cette valeur serait apparue quand les hommes autrefois s'étaient rendus compte qu'ils ne pouvaient vivre dans l'isolement et qu'ils avaient besoin d'aide en toutes circonstances, mais ce service rendu devait être réciproque : c'est le principe du atero ka alao, c'est-à-dire que l'on donne ce qu'il faut à des voisins dans le besoin, et ils revaudront le même service quand on en aura besoin plus tard. Cet échange est surtout palpable au moment des travaux de riziculture ou lors des cérémonies funéraires. Dans ce cas, rien n'est plus pénible pour une famille éplorée que de se retrouver seule pour effectuer toutes les tâches liées à un enterrement »* (E 17). Le *fihavanana*, synonyme de consensus et de non-violence, est aussi le moyen utilisé pour débloquer des situations difficiles, par une médiation entre deux parties en conflit. On pense aux querelles de voisinage, à des conflits entre groupes rivaux. C'est le côté positif du *fihavanana*, vecteur de paix sociale. « *Mais il a aussi des aspects négatifs, on peut fausser la vérité dans un procès, appliquer des sanctions injustes à des innocents, pour défendre des intérêts particuliers. Il devient alors une arme à double tranchant »* (E 29). Le *fihavanana* est de nos jours menacé de disparition. Un coup de téléphone remplace le déplacement pour rendre visite aux proches, par exemple. Mais certains cherchent les moyens de l'adapter à la vie actuelle. Ainsi lors d'un mariage, moment de réjouissance par excellence, où familles et relations doivent être présentes, les organisateurs de la cérémonie, pour ne pas frustrer les *havana* et pour ne léser personne, fixent un quota d'invités, afin de représenter chaque groupe. Les conditions économiques ne permettent plus d'organiser des tablées de centaines de personnes. C'est une façon de sauver le *fihavanana*. C'est dans les moments difficiles que les Malgaches donnent une preuve de la vivacité de cette valeur. « *En effet, sans être des havana proches ou lointains d'une famille endeuillée, les simples voisins sensibles à son malheur, se rendent dans la maison du mort, pour lui témoigner sa sympathie et apportent une contribution aux dépenses de l'enterrement par la remise d'une petite somme d'argent »* (E 4).

- La circoncision

La circoncision est une coutume toujours pratiquée, bien que de moins en moins ritualisée. On attribue généralement l'origine de cette pratique aux Arabes⁶¹ et populations islamisées, venus jadis peupler la Grande Île. La circoncision revêt différentes appellations selon la région : *sambatra, savatra, savatse, fora-zaza, famorana*. « *Le motif originel de cette mutilation était de marquer le caractère mâle »* (E 29). C'est par la circoncision que les jeunes garçons accèdent à la communauté des hommes. Pour éviter les complications de la plaie, on choisit la saison la plus fraîche (de mai à septembre) pour pratiquer l'opération. Mais le jour est toujours celui déclaré favorable par l'astrologue.

⁶¹ D'autres pratiques arabes se retrouvent dans la culture malgache : la divination, l'écriture originelle, le calendrier lunaire.

- Le famadihana

La mort indique de façon traditionnelle la fin de la vie terrestre. Pour les Malgaches, la mort est le départ pour un monde meilleur, sacré car considéré comme plus proche de Dieu. On comprend ainsi pourquoi les gens de la campagne semblent vivre avec une certaine nonchalance, acceptent de souffrir en silence : on attend avec beaucoup d'espoir l'étape suivante. Cela explique aussi les grandes réjouissances accompagnant les funérailles et les grandes dépenses pour l'édification du tombeau, demeure éternelle du mort. Dans le cas d'une personne décédée loin de son « pays » natal (la terre ancestrale, *tanindrazana*) et si la famille se retrouve devant l'impossibilité de rapatrier la dépouille mortelle, on lui érige une tombe provisoire, car selon la croyance l'âme du défunt ne sera véritablement en paix que lorsque ses *toalambalo* (les huit os fondamentaux) se retrouveront parmi ceux de ses ancêtres. Dans le village natal, la famille informée du décès érige près du tombeau ou à proximité du village un *vatolahy* (pierre levée) en souvenir du défunt, symbolisant sa présence au milieu des siens, jusqu'au transfert des restes mortels. Cette coutume s'appelle *famadihana* : il s'agit soit du transfert de la dépouille, soit le remplacement des suaires par des éléments neufs, on parlera de « retournement des morts ». Ce rite s'effectue de manière systématique sur les Hautes Terres centrales et représente un moment de grande réjouissance, mais les autres « pays » sont également concernés, avec cependant moins de ferveur. Le *famadihana* est décidé par la famille réunie un an ou deux auparavant, en vue des préparatifs. Cela se passe en général durant la saison sèche et fraîche. A travers les funérailles et le culte des ancêtres on peut souligner la profonde vénération des Malgaches envers leurs morts. Par respect du sacré, toute personne décédée, *razana*, est crainte, même s'il s'agit d'un enfant. Inévitable, la mort ne doit pas « décourager l'être vivant » ; c'est aussi l'expression d'une grande sagesse dans la mentalité du pays. Pour assurer la postérité de la descendance du clan, la vie doit continuer. Cela explique aussi la solidarité des vivants devant la mort.

Si Madagascar dérive lentement dans l'océan Indien, nous allons maintenant dériver vers nos terrains de recherche. Après une approche géographique globale voire exhaustive de l'Île Rouge, nous proposons dans le chapitre suivant de découvrir la « personnalité » des territoires ruraux retenus pour ce travail en géographie de la santé. Ces terrains possèdent des spécificités tant naturelles et humaines que culturelles ; ces éléments nous apparaissent fondamentaux pour aborder aussi bien les besoins de santé de la population que l'étude du système de soins.

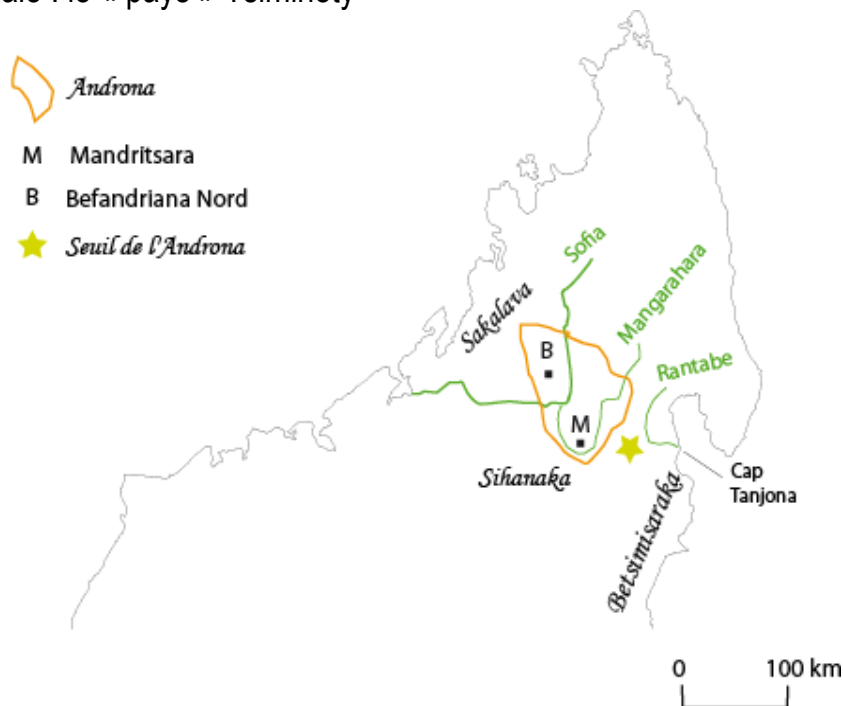
Chapitre 2 : Dérive vers deux terrains pour une recherche comparative

L'étude des terrains de recherche nous mènera d'abord dans le Nord de Madagascar, afin de définir la « personnalité » du district de Mandritsara, puis dans le Sud afin de découvrir la « personnalité » du district de Békily.

A. AU CŒUR DU « PAYS » TSIMIHETY, LE DISTRICT DE MANDRITSARA

La civilisation est comme l'air ou l'eau. Partout où un passage — ne fût-ce qu'une fissure — lui est ouvert, elle pénètre et modifie les conditions d'un pays.
Jules VERNE

Carte 17 :
Carte régionale : le « pays » Tsimihety



Conception et réalisation : P.Kannapel

1. Des entailles rouge vif de crevasses qui viennent « blesser » le flanc des versants érodés : le cadre physique du « pays » Tsimihety

Dans le « pays » Tsimihety, le paysage est blessé. Mais quelle est donc la nature de ces blessures étranges ? S'il n'y a pas de lien direct avec la santé humaine, pour cet aspect caractéristique de la région, on peut faire le lien avec des activités humaines particulières : les feux de brousse et leurs conséquences désastreuses sur l'environnement.

Fruits d'un long processus d'érosion, les *lavaka*⁶² sont un élément paysager caractéristique du pays Tsimihety. Il s'agit d'une forme d'évolution naturelle pour laquelle les activités humaines jouent un rôle facilitateur (RIQUIER, 1958). Comme dans la plus grande partie du massif ancien, les sols de cette région sont formés d'argile latéritique, ils sont certes pauvres mais pas entièrement infertiles. Ils sont néanmoins fortement épuisés par lessivage des éléments alcalins.



Photographie 2 : Sols de latérite argileuse, savane et lavaka

On aperçoit dans le fond du paysage des trous, *lavaka*, dans la montagne. La piste, carrossable en saison sèche, est recouverte de latérite. La densité humaine est très faible dans ces grands espaces.

L'érosion se traduit par l'ouverture de *lavaka* (photos 2, 3 et 4). Ceux-ci peuvent être définis (BATTISTINI, GUILCHER, 1967) comme des « *excavations à lèvres verticales qui progressent par éboulements répétés des marges, et surtout de la marge amont* ». Leur développement nécessite quelques conditions, notamment l'existence d'une pente assez forte, une grosse épaisseur d'argile latéritique et la présence d'une nappe phréatique au contact de la roche-mère. Il s'agit donc de formes de versants et non de plateaux. L'ouverture du *lavaka* commencera par une fissuration du versant perpendiculairement à la ligne de la plus grande pente ; l'absence de couverture forestière est une condition obligatoire. En même temps que le versant se fissure, la circulation d'eau est active à la base de l'argile latéritique et elle entraîne de façon mécanique les éléments argileux de l'horizon de départ, de sorte qu'il finit par se former un vide au contact de la roche-mère.

L'absence de couvert forestier est favorable car pendant la saison des pluies, une plus grande quantité d'eau s'infiltré sous la savane par rapport à la forêt. L'argile latéritique tient un certain temps par sa masse et par cohésion latérale ; dans certains cas, il peut n'y avoir qu'un tassement sur place, sans véritable ouverture de *lavaka*. Mais le plus souvent, le tassement qui s'arrête à l'amont le long d'une fissure, s'accompagne d'un glissement le long de la pente : il s'agit d'une réelle soli-fluxion (PETIT, BOURGEAT, 1965) au cours de laquelle la terre déplacée est bouleversée, sa surface prenant l'allure chaotique caractéristique des glissements de terrain. Le *lavaka* est alors ouvert. Le processus va se répéter : soutirage de la couche basale, nouveaux éboulements le long de fissurations et donc recul de la tête du *lavaka*. La poursuite de ce processus est conditionnée par

⁶² *Lavaka* signifie littéralement « trou » dans la langue malgache.

l'ablation de la partie effondrée et glissée, ablation qui se fait facilement tant que cette partie reste sans couvert végétal.

Photographies 3 et 4 : Exemples de *lavaka*

La tête du *lavaka* a la forme d'un amphithéâtre à paroi verticale. Plus bas, au milieu de l'argile bouleversée, s'établit un chenal d'écoulement des eaux de la nappe mise à jour, souvent deux à trois fois plus profond que large, par lequel sont entraînés et lessivés les matériaux les plus meubles ; leur fraction grossière se dépose à la sortie du *lavaka* en banc de sable qui forme un cône de déjection.



Les *lavaka* peuvent, au cours de leur extension par régression vers le haut de la pente, se digiter avec deux branches séparées d'une cloison. Il y a parfois aussi coalescence de *lavaka* voisins tributaires de la même vallée. Leur possibilité d'allongement est évidemment fonction de la longueur du versant ; ils ont en moyenne 200 mètres de long. La nappe d'eau de la base qui l'alimente verra son débit diminuer. Si des *lavaka* se recoupent, il n'y a plus de nappe du tout et l'érosion de la nappe glissée ne pourra se poursuivre que par des eaux de pluie à ruissellement direct : on constate alors un changement du processus. Mais avant d'en arriver là, il est très fréquent que le *lavaka* se stabilise naturellement. Son plancher est en fait particulièrement humide, ce qui favorise la pousse de végétaux, arbres ou arbustes et freine les périodes d'effondrement. Les *lavaka* anciens sont ainsi stoppés dans leur processus érosif sans aucune intervention humaine.



Photographie 5 : Des *lavaka* végétalisés

Dès le début de la saison des pluies (novembre-décembre), la savane change de couleur. Elle se transforme en des pâturages fleuris. La végétation exubérante va « faire son trou » dans les trous.

Alors que les versants de collines et les interfluves sont recouverts de savane, on peut apercevoir dans un même paysage tous les stades de développement et de stabilisation. Est-ce que les *lavaka* provoquent un appauvrissement à l'endroit où ils se sont ouverts ? Ils ont mauvaise réputation et sont considérés comme une calamité par les routiers en particulier, car ils sont un facteur de destruction partielle de la seule route. L'attente de réfection risque dans ce cas d'être éternelle. Ils provoquent par ailleurs un épandage de matériaux d'origine latéritique dans les plaines avoisinantes, ce qui entraîne un accroissement de charges dans les rivières, risquant de modifier leur régime. C'est une source potentielle d'inondations au début de la saison des pluies : la rivière va devoir refaire son lit, si l'on peut dire.

L'homme n'est pas absent dans la survenue de ce processus : l'élevage extensif a entamé la végétation de ces espaces collinaires et les feux de brousse (*doro-tanety*) l'ont achevé. Les feux de brousse sont un fléau pour les défenseurs de l'environnement dans cette partie de Madagascar. Ils sont bien évidemment illégaux, mais les forces de l'ordre n'ont que peu de moyens d'y faire face, en particulier le moyen de se rendre sur les lieux, vu l'absence d'infrastructures routières. On laisse donc faire. A l'origine on pratiquait le *tavy* (culture sur brûlis). La population était habituée à une vie semi-nomade : les premiers hommes avaient coutume de défricher les surfaces cultivables en y mettant le feu. Quand ils revenaient après plusieurs années, la végétation avait repoussé. Sous la pression démographique, l'espace disponible pour la culture se réduisit. Les retours sur les terres défrichées sont devenus plus fréquents, sans que la végétation ait eu le temps de se régénérer. Les sols vont s'appauvrir et la désertification s'installe. Ces sols dégarnis de leur couverture buissonnière ou forestière vont perdre rapidement leur humus, sous la violence des pluies tropicales et se transformer en une latérite aussi vulnérable à l'érosion qu'impropre à la culture. Parallèlement, les arbres se font de plus en plus rares car exploités pour approvisionner les ménagères : la cuisine se fait au feu de bois (*kitay*) dans les campagnes et au charbon de bois dans les villes. La vente de charbon de bois est un complément de revenu avantageux pour les paysans très pauvres de la région, pour qui cette pratique est aussi une question de survie. Celui-ci est vendu dans des gros sacs en toile de jute sur le bord des routes : la vente s'opère directement du producteur au consommateur motorisé de passage. Des postes de police fixes sont installés sur les routes, à l'entrée et à la sortie des agglomérations. Ils sont là pour effectuer un rapide contrôle de tous les véhicules : vérification du permis de conduire du chauffeur et des papiers du véhicule. Nous avons récemment vu un poste situé à la sortie d'un village où l'on vend du charbon de bois. Ainsi les policiers étaient installés parmi des centaines de sacs de charbon : ils ne pouvaient pas ne pas les voir. Mais ils ferment les yeux, la pratique étant soi-disant interdite ; ils doivent probablement récupérer un pourcentage sur les ventes ... Les éleveurs comptent parmi les principaux responsables des feux de brousse, et leur action se veut aussi politique, une façon de se manifester devant l'Etat. Chaque année ce sont près de 240 000 ha qui partent en fumée sur toute l'île. En 1950, le couvert forestier était de 30 % de la surface totale de Madagascar, il a fondu à 15 % en 2005. Le reboisement ne couvre que 10 % des pertes et se fait avec des espèces importées comme le pin d'Indochine ou des eucalyptus australiens.



Photographie 6 : Opération reboisement dans la commune rurale d'Antsoha (Janvier 2012)

Des ONG à vocation environnementale sont présentes à Madagascar. Elles organisent régulièrement des opérations visant à renforcer le couvert végétal. Le reboisement se fait avec des espèces importées. Le pin d'Indochine va servir de bois d'industrie, dans la menuiserie ou la papeterie). Les eucalyptus australiens seront transformés en charbon de bois.

2. Civilisation Tsimihety : une confrontation de points de vue

A la différence d'autres espaces de l'île, le « pays » Tsimihety ne s'était pas constitué en royaume ou autre structure sociale forte, avant d'être conquis et dominé par le pouvoir Mérina, à la fin du XIX^e siècle. Nous avons peu de connaissance sur les origines de cette population. Elles sembleraient liées à des métissages, suite à des migrations intérieures, en provenance du littoral est de la Grande Île. C'est l'hypothèse suggérée par Louis Molet⁶³ qui précise que « *les premiers noyaux Tsimihety ont dû aborder en quelques points de la côte de part et d'autre du cap Tanjona* ». La migration se serait faite en remontant la vallée de Rantabe, en profitant de la seule voie de passage naturelle : le seuil de l'Androna (800 mètres) – la fissure évoquée par Jules Verne. On remarque en effet des similitudes avec les populations Betsimisaraka dans la forme de riziculture, fondée sur le semis direct (DUQUENOIS, 1902 – LE BOURDIEC, 1974). Les sites de Mandritsara et Béfandriana Avaratra (le cœur historique du « pays » Tsimihety) correspondent aux premières occupations humaines. « *A Mandritsara, dans la famille de mon père, nous étions tsimihety. A Analalava, nous étions sakalava avec la famille de ma mère. A Ambodiampana, nous étions betsimisaraka chez la sœur adoptive de mon père, qui elle serait classifiée aujourd'hui comme étant mérina. (...) En parlant de la sœur adoptive de mon père, je me réfère à une adoption qui a été faite à travers le fatidra⁶⁴, qui est une alliance faite par le lien du sang.* » (TEHINDRAZANARIVELO, 2002). L'auteur fait référence au profond métissage qui s'est produit à Madagascar et qui le concerne au premier plan, tout en s'interrogeant sur le concept d'ethnicité.

Il n'en demeure pas moins que nous avons rencontré autour de Mandritsara, une population qui se considère avant tout comme Tsimihety, dont un intellectuel malgache

⁶³ Molet L., 1959, « L'expansion Tsimihety », in *Mémoires de l'Institut de recherche scientifique de Madagascar*, série C, Tome V, p. 1 à 196.

⁶⁴ Le *fatidra* est un trait culturel malgache. Il désigne le lien du sang : le mélange des sangs crée une nouvelle liaison familiale. Cette pratique perdure pour quelques personnes dans les campagnes isolées. Il s'agit d'un pacte garantissant une protection mutuelle définitive.

des années 1960 en revendique l'originalité et la fierté dans une grande éloge de son peuple (RABEARISON, 1969). Il parle de métissages entre des populations Betsimisaraka et d'autres, originaires de l'Ouest (populations Sakalava) qui combattaient pour la quête de nouveaux pâturages.

■ **Fatidra**

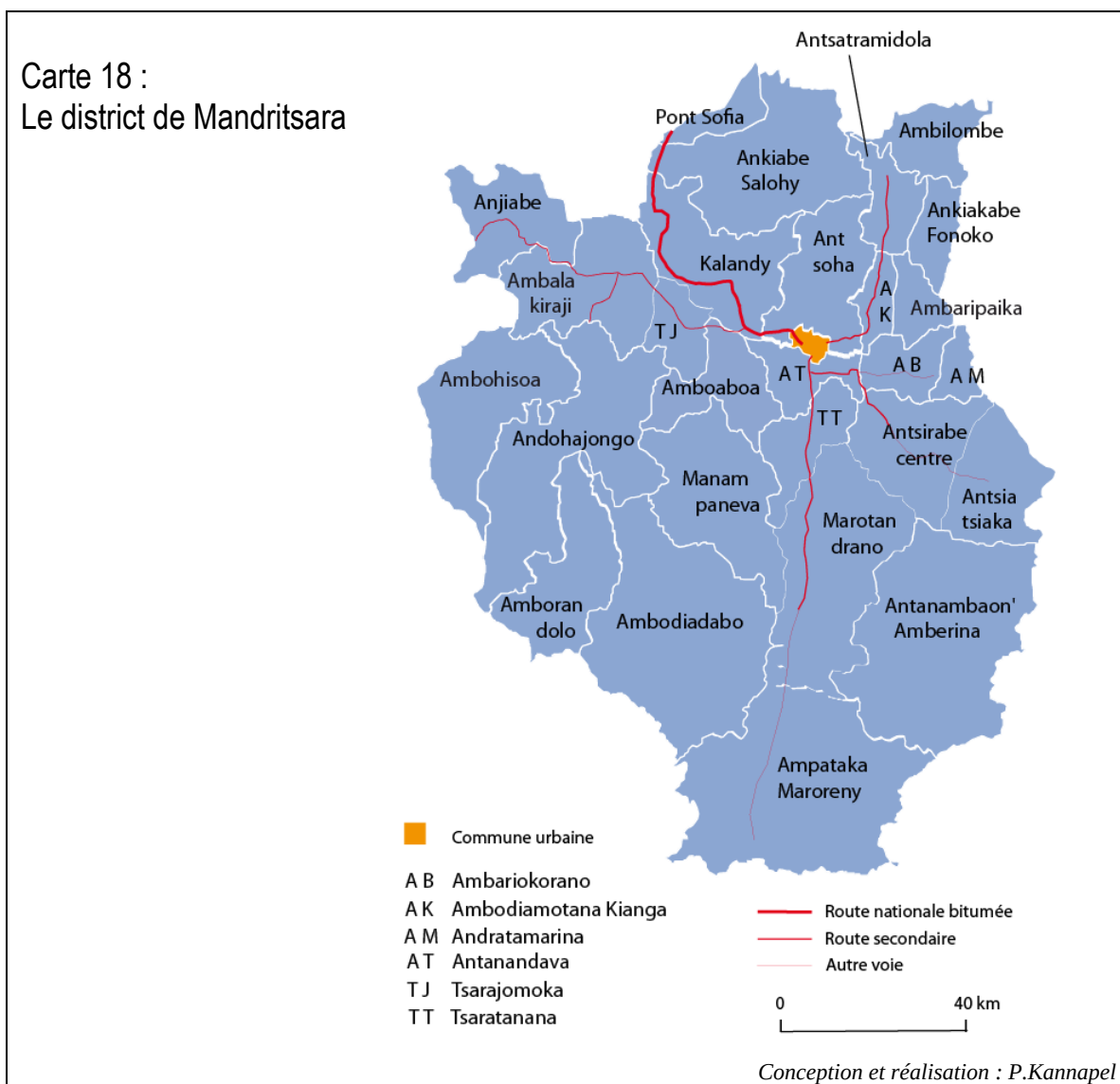
« Chez les Sakalava, la cérémonie du fatidra est célébrée sur la place du village. Le chef de la tribu place dans un vase des morceaux de l'écorce de l'arbre mangahary, puis il plonge dans l'eau une sagaie qu'il tient verticalement, et dont il frappe le fer avec son couteau, il prononce en même temps les paroles d'usage, pour dire que les futurs frères se devront partout aide et protection, toute violation de serment sera punie de mort. On trace aussi sur le sable deux lignes qui se coupent et qui sont dirigées vers les quatre points cardinaux, on indique ainsi que de quelque côté qu'ils aillent, les frères de sang doivent s'aider. Les deux frères saisissent alors le vase, en versent le contenu et mettent leurs deux mains droites l'une sur l'autre, puis on leur fait une entaille au creux de l'estomac : le sang qui en coule est mêlé avec de l'eau et chacun boit, avec cette eau, le sang de son nouveau frère. On sacrifie aussi des bœufs, avec la chair desquels on fait un grand repas qui termine la fête ». Ce texte a été relevé à Mandritsara, dans un vieux manuel scolaire, datant probablement du début du XX^e siècle. Les références avaient disparu, absence du titre, absence de l'auteur. Cet ouvrage appartient à la famille de l'une des personnes qui nous a consacré un entretien : « *Je crois que c'était le livre de classe de mon grand-père, d'après ce que raconte la famille. Ce fatidra est toujours pratiqué aujourd'hui, surtout à la campagne* » (E 28).

a) Une occupation humaine progressive par déplacements itératifs

Comment comprendre la société rurale actuelle sans effectuer un bref retour historique ? Vers la fin du XVII^e siècle, les premiers arrivants dans le « pays » Tsimihety ne s'intéressaient qu'à l'élevage, ce fut même la raison principale de leur migration : la quête de nouvelles pâtures. L'espace ne manquait pas. Le riz était cultivé mais son importance était minime et suffisait à l'alimentation des habitants, dans une économie de subsistance. Il ne circulait pas de monnaie et les échanges étaient basés sur le troc, même pour les forgerons, tisserands ou autres potiers (RABEARISON, 1969). Un siècle plus tard, sous l'effet du croisement de plusieurs populations, on va assister à une poussée démographique. L'Androna n'était plus isolé et des échanges se développèrent avec les puissances voisines ; rappelons que les Sakalava avaient su constituer un vaste royaume et que les Betsimisaraka avaient formé une confédération à l'Est, alors que les Mérimina avaient soif de conquêtes territoriales afin d'affirmer leur pouvoir. Une monnaie apparut, la piastre ; les bœufs et le sel firent l'objet de trafics intenses. Des colporteurs mérimina apportaient sur les marchés locaux des tissus, bijoux et autres objets de parure, créant des besoins nouveaux parmi la population rurale. Au XIX^e siècle, un petit commerce d'esclaves et d'armes fit son apparition. Mais les Tsimihety étaient peu tournés vers le

commerce, trop absorbés par l'élevage des zébus. Peu belliqueux et d'une nature indépendante, ils utilisaient les armes essentiellement comme parures. Humanistes, ils n'avaient accepté le trafic d'esclaves que pour augmenter la taille de leurs familles : « *Ces esclaves étaient entourés de tels égards qu'ils considéraient leurs maîtres comme leurs propres pères* » (RABEARISON, 1969).

Carte 18 :
Le district de Mandritsara



Source : CISCO⁶⁵ Mandritsara, 2010. Carte modifiée par nos soins.

b) Elevage et riziculture en compétition

Si l'élevage des bœufs était l'activité quasi exclusive des premiers habitants, peu à peu l'agriculture se diversifia : on transforma en rizières les sols favorables de toutes les terres humides, y compris dans les zones habituelles de pâturage, en association avec des plantations de manioc et de maïs. Les bœufs avaient ainsi pratiquement disparu à la fin du XIX^e siècle. Cependant le riz n'était pas source d'enrichissement et des marchés de bœufs

⁶⁵ La CISCO (Circonscription scolaire) est le service administratif de la scolarité, au niveau du district.

se développèrent à nouveau : on restaura l'élevage, qui se poursuit aujourd'hui encore, associé à la riziculture. En 1895, le « pays » compte 19 000 habitants. La poussée démographique observée au début de la colonisation française les fait passer à 140 000 individus en 1916 : il fallait pouvoir nourrir tout ce monde.

Dans la ville de Mandritsara se tient le *Sabotsy Be*⁶⁶ un samedi sur deux, en alternance avec la commune de Béfandriana Nord. C'est le grand rendez-vous des éleveurs de toute la région Sofia. Les déplacements de troupeaux se font à pied dans de vastes transhumances. Sur le plan sanitaire, ces rassemblements sont l'occasion de libations effrénées et fortement alcoolisées, avec les prostituées de la ville. Les « clients » du marché (vendeurs, acheteurs, intermédiaires) – généralement des hommes solitaires originaires des villages les plus éloignés – deviennent les « clients » de jeunes filles qui se livrent à la prostitution non par choix, mais pour « arrondir les fins de mois » et apporter un soutien financier à leur famille. Cela génère diverses altercations plus ou moins violentes et de multiples blessures et traumatismes, oubliés dès le lendemain. Le quartier où se situe le *Sabotsy Be* devient une zone dangereuse et redoutée par les habitants des quartiers voisins, le temps d'une soirée.



Photographie 7 : Sabotsy Be

Le grand marché du samedi est centré sur le commerce des bœufs ; il se tient sur un vaste terrain vague à l'Ouest de la ville. On vient de loin pour vendre ou acheter les zébus, à pied, parfois sur une distance de plus de cent kilomètres. Est-ce une activité rurale ou une activité urbaine ?

c) Un peuple de riziculteurs

Les Tsimihety pratiquaient à l'origine un système de *tavy*, c'est-à-dire un semis direct adapté aux versants déboisés des pentes occidentales des Hautes Terres. Puis la pression démographique a stimulé l'intensification de la riziculture tandis que l'élevage régressait. Une partie de la population Tsimihety fut contrainte de rechercher de nouveaux terrains de pâture pour les troupeaux, ou des champs vierges pour la culture du riz. Aujourd'hui, la riziculture de bas-fonds et de plaine pratiquée à Mandritsara est essentiellement de type traditionnel. En dehors des périmètres irrigués (5 % des surfaces agricoles, pour les derniers chiffres connus⁶⁷), on pratique à Mandritsara une culture jardinatoire du riz

⁶⁶ « *Sabotsy* » signifie « samedi » en langue malgache, le *Sabotsy Be* est le grand marché du samedi.

⁶⁷ Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la pêche (UPDR), 2003, « *Monographie de la Région Sofia* », 105 p.

inondé. Les opérations culturales se résument au traitement du sol selon une méthode ancestrale : la préparation manuelle avec deux piétinements successifs par les bœufs reste encore la formule prépondérante. Cependant, certains qui ne disposent pas de cheptel bovin, labourent la parcelle à la charrue. Le riz est d'abord semé en pépinières, puis repiqué, généralement par les femmes. Il sera désherbé au cours de la croissance, moissonné avec un couteau à dents de scie puis battu avec une sorte de fléau. Le manque de véritable aménagement hydro- agricole est le facteur essentiel du bas rendement. Le mode d'irrigation le plus répandu est le système pluvial des eaux de ruissellement. Un réseau d'irrigation est néanmoins installé dans certains secteurs, par exemple dans la commune de Marotandrano ; il permet deux récoltes annuelles. Le riz est l'alimentation de base de toute la population ; il est consommé au moins trois fois par jour. L'élaboration de paysages originaux résulte à la fois de facteurs humains et des conditions physiques. La campagne a peu changé depuis un siècle : un élevage traditionnel, des cultures peu ou pas mécanisées et consommatrices d'une main d'œuvre abondante. Ces activités s'articulent autour d'un noyau familial engagé et enthousiaste.

Selon les services de santé du district, en 2012, la population du district de Mandritsara est estimée à 298 513 habitants, soit une densité de 20,1 h/km². C'est le district le plus peuplé de la région Sofia dont il fait partie, ce qui traduit son dynamisme démographique : c'est un point de force pour l'économie locale, il y a plus de « bras » pour travailler la terre. D'après les mêmes sources, les moins de 15 ans représentent 45% de la population et la charge familiale est de 7,2 personnes par ménage.

d) Une unité urbaine en gestation ?



Photographie 8 : La ville de Mandritsara

A 450 mètres d'altitude, la ville de Mandritsara est cernée de collines. On devine dans le fond du cliché un petit centre-ville. Un seul bâtiment dispose de cinq niveaux, toutes les autres maisons sont basses, avec au maximum un étage.

Les proportions de populations rurales et urbaines sont respectivement de 94% et 6% dans ce district. Il n'y a pas de véritable ville, seuls les quartiers centraux de Mandritsara ont des activités urbaines, partagées entre administration et commerce, essentiellement. On trouve malgré tout quelques attributs urbains au centre-ville. On citera en premier lieu l'existence d'un petit musée qui retrace l'histoire du « pays » Tsimihety ; il s'agit probablement d'un des rares musées de Madagascar. Le centre-ville dispose par ailleurs d'un réseau d'égouts, peu entretenu et souvent à ciel ouvert ; il sert en partie de « latrine

publique ». La société Jirama, qui délivre eau courante et électricité, est présente dans la ville de Mandritsara. La station fonctionne grâce à un groupe électrogène, régulièrement en panne car très usagé et jamais restauré, sans compter des livraisons de carburant très fantaisistes. On répond à ces dysfonctionnements par des coupures (on parlera de délestages) dans le réseau, quartier par quartier, par périodes de 2 ou 3 heures, de façon quasi quotidienne. La coupure en électricité est généralement totale la nuit. Les coupures d'eau peuvent durer une semaine. Tout est très aléatoire et changeant. Différentes administrations sont représentées : bureaux de la mairie, services du district (santé, enseignement), corps de police et de gendarmerie, des bureaux des eaux et forêts et de l'agriculture. Il y avait une université jusqu'en 2013... elle a dû fermer ses portes pour des irrégularités de gestion. L'hôpital public et différentes écoles publiques (du primaire au lycée) complètent la marque de l'Etat. Les écoles privées à vocation confessionnelle sont nombreuses ; on observe ainsi la présence de dix cultes différents. Au Nord Est de la ville se trouve une piste d'atterrissage, peu utilisée. Elle sert encore pour quelques évacuations sanitaires effectuées par l'hôpital privé de la ville. Il n'y a pas de réseau de transports publics ni d'électrification publique en dehors de la rue principale. La ville possède néanmoins une gare routière, lieu de départ et d'arrivée des minibus qui assurent les liaisons avec le district voisin de Béfandriana Nord et la ville d'Antsohihy (capitale régionale). Un étrange bus-camion effectue par ailleurs des liaisons hebdomadaires avec la capitale nationale. Une agence bancaire a été ouverte en décembre 2013. La rue principale de la ville, bitumée, est bordée de nombreux petits commerces de détail. La ville dispose de deux structures hôtelières et de nombreuses « gargotes » pour une restauration rapide. Un marché quotidien se déploie dans les rues adjacentes.

Le district est traversé par la rivière Mangarahara et ses affluents ; c'est elle-même l'affluent principal du fleuve Sofia. La ville de Mandritsara, située à 350 mètres d'altitude, est logée dans un de ses méandres. Si l'étiage est faible de juin à novembre, les crues sont bien alimentées et donc très abondantes en saison des pluies. Les fleuves et rivières débordent et inondent une grande partie des plaines, et par voie de conséquence, les voies de communication. Les routes secondaires deviennent alors impraticables et la route bitumée souffre!

Jours de galère

Photographies 9, 10, 11 et 12 : La route nationale pendant la saison des pluies

En saison des pluies, la route disparaît complètement par endroits sous l'eau et la boue : c'est une boue rougeâtre faite de latérite, qui s'écoule des collines proches. Le trafic peut être interrompu pendant quelques heures ou quelques jours.



Des poids lourds semi-remorques sont les véhicules les plus fréquents sur cet axe routier : ils assurent le ravitaillement de la ville mais également l'exportation des produits agricoles. Ils sont en partie responsables des dégâts occasionnés sur le revêtement, en le creusant et en s'embourbant. Ils peuvent aussi rester immobilisés, dans l'attente d'une accalmie, parfois une semaine entière.



La traction des « véhicules légers » se fait de façon manuelle. Un passager de taxi-brousse nous racontait un jour cette anecdote : *« J'espère toujours que mon véhicule transportera plus d'hommes que de femmes, au cas où celui-ci s'embourbe sur le chemin, ce serait mieux d'avoir des bras, car en cas de problème, on ne peut compter que sur soi-même. Chaque véhicule est autonome »*. D'autres paroles étaient plus acerbes : *« Vous remarquerez que les dégâts sur la route sont plus fréquents à l'approche d'un village »*. Nous confirmons. *« Ce sont souvent les gens du village qui cassent la route. Les camionneurs sont alors obligés de faire appel aux hommes du village, contre rémunération, pour les aider à se dégager »*. Les déplacements pendant la saison des pluies sont toujours perturbés.

3. Mandritsara : religion traditionnelle et tradi-praticiens

a) Monothéisme

Les populations Tsimihety croient en un Dieu unique, qui « habite » dans le ciel, c'est-à-dire bien loin de la Terre et des hommes. Sa conception dépasse l'entendement de la plupart des personnes : des « intermédiaires », ou messagers, se sont imposés pour faire le lien avec le peuple. Ils se sont vus dotés de pouvoirs très étendus, compris comme des prophètes à l'instar de Jésus ou Mahomet. *« On les nomme razana ambony au cours des*

prières. Il semble que le Dieu unique ait réparti les attributions entre ces divers élus. Ainsi, sans qu'il y ait cumul possible, ils peuvent entretenir la foudre, faire dévier les dangers, créer la vie, détenir la force, soutenir le souffle de la vie, procurer l'abondance. Ces divinités sont partout, au-delà des nuages, dans les étoiles. On les sent plus qu'on ne les voit » (RABEARISON, 1969). Malgré tout, ces intermédiaires sont encore trop loin des hommes, trop anonymes. Il fallait en créer d'autres, plus proches, plus familiers, plus intimes, et liés à la vie quotidienne, la vie de la famille. Les ancêtres peuvent ainsi agir en faveur des enfants, ils sont vénérés, recevant prières et offrandes. L'âme des ancêtres constitue une des catégories de divinités. Certains esprits sont malfaisants, *Tsiny*, *Kanalaro* ou *Tromba* ; ils hantent des personnes ou parfois des animaux. Ils agissent dans la vie courante et on va toujours chercher à les satisfaire, pour pouvoir réussir dans une entreprise ou tout simplement être heureux. Une autre catégorie comprend les devins ou *moasy*. Ce sont des devins-guérisseurs, les tradi-praticiens du « pays » Tsimihety, des personnalités connues, actuelles, vivantes, capables de converser avec les divinités et de délivrer des médications. Ils sont en relation constante avec l'âme des ancêtres et sont très puissants dans la vie sociale. Les *Sojabe*⁶⁸ en font partie. Le *moasy* est reconnu et respecté dans la société pour sa sagesse et son savoir. C'est une place difficile à obtenir, car elle requiert des qualités morales et intellectuelles élevées. *« Par le passé, les grands devins pratiquaient leur art avec un profond désintéressement. Ce n'est que depuis le début du XX^e siècle que l'argent a fait son apparition : les diverses potions ou pratiques « magico-religieuses » sont désormais devenues payantes »* (E 29).

b) Intrication de la religion et de la santé

Les *moasy* sont les « médecins » de la brousse. Ils jouent le rôle de tradi-praticien et se devaient donc de posséder des connaissances de la science médicale, savoir établir un diagnostic précis, ou connaître les causes de certaines maladies ainsi que les propriétés pharmacologiques des plantes. Sachant qu'ils étaient tous illettrés, d'où leur venaient ces connaissances ? Il semble s'agir d'une transmission orale effectuée depuis plusieurs générations. Ils connaissaient l'astrologie et avaient tendance à interpréter les phénomènes de la vie d'après l'examen des étoiles, du soleil, de la lune ou des nuages. Ils excellaient dans le domaine de la divination, parfois grossière et fausse, créant de perpétuelles inquiétudes parmi la population. *« Mais le culte des ancêtres a l'avantage d'assurer une solidarité avec ceux qui sont morts : il entretient le respect des parents et des personnes âgées, il oblige à pratiquer des règles de vie et de morale afin de ne pas s'attirer la haine des ancêtres. Les tombes familiales sont considérées comme des lieux sacrés »* (E 29). La religion des Tsimihety est bien intégrée depuis quatre siècles dans le « pays », sans jamais qu'aucune recherche ethnographique plus approfondie n'ait été menée. Elle a constitué une entrave sérieuse à l'institution du christianisme et de

⁶⁸ Le *Sojabe* est le conseil des Anciens, ou un membre appartenant à ce conseil. Il détient un réel pouvoir sur la population, réglant toutes sortes de conflits dans les couples ou avec le voisinage. On le respecte et on le craint. C'est le passage obligé de tout étranger de la région. On y va pour recevoir une sorte de « laissez-passer » spirituel ou de bénédiction, le gage pour circuler dans la région en toute quiétude. Ce fut la première démarche effectuée en arrivant à Mandritsara. Nous nous sommes livrés avec beaucoup d'humilité à cette tradition.

l'islamisme. En 1823, le souverain Radama I, dans son opération de conquête de l'île, installa une garnison à Marotandrano (c'était alors la capitale du « pays » Tsimihety). L'institution politique nouvelle n'était pas favorable à l'entretien d'une croyance religieuse traditionnelle, même si cette religion ne se préoccupait pas de politique. Par la suite, la reine Ranaivalona I s'opposa farouchement et fermement au christianisme, trop lié à l'esprit d'expansion coloniale des Européens. Les pratiques coutumières furent même encouragées, mais la prise de pouvoir par le Premier ministre Rainilaiarivony, protestant pratiquant nouvellement converti, allait porter un nouveau coup aux traditions dans les campagnes. Dans l'Imerina, un christianisme mondain s'était installé et peu à peu avait diffusé dans toutes les provinces. Le protestantisme était pratiquement devenu religion d'Etat : « *Il y eut beaucoup de conversions mais peu de foi véritable* » (RABEARISON, 1969). L'apport d'une nouvelle religion se voulait pacifiste, pour compenser les massacres et la violence qui accompagnaient les conquêtes territoriales. L'évangélisation de l'Androna commença en 1881. La L.M.S.⁶⁹ s'installa dans l'Androna en 1886, les pères catholiques sont arrivés en 1922 et l'Islam fit son apparition dans la seconde moitié du XX^e siècle seulement. Face à ces trois religions monothéistes importées, qui se faisaient concurrence, les Tsimihety n'ont jamais renié leur culte traditionnel ; il a fini par se fondre dans ces religions extérieures. Ainsi le jour des morts de la religion catholique est un jour de grande ferveur pour un hommage aux ancêtres. Les nouvelles religions se sont rapidement tournées vers les oeuvres sociales, plus que vers le respect d'un dogme strict. Les unes et les autres ont construit des écoles et les parents étaient plus préoccupés par la formation intellectuelle de leurs enfants que par la formation religieuse. De nouvelles religions, plus ou moins sectaires, sont apparues à Madagascar. Elles ont profité des périodes de crises qu'a connues le pays depuis les années 1970, pour s'installer durablement. On compte désormais la présence de dix « Eglises » à Mandritsara.

B. ISOLE DANS LE « PAYS » ANDROY, LE DISTRICT DE BEKILY

1. Un environnement original

a) Des fleuves paresseux dans une brousse d'épineux

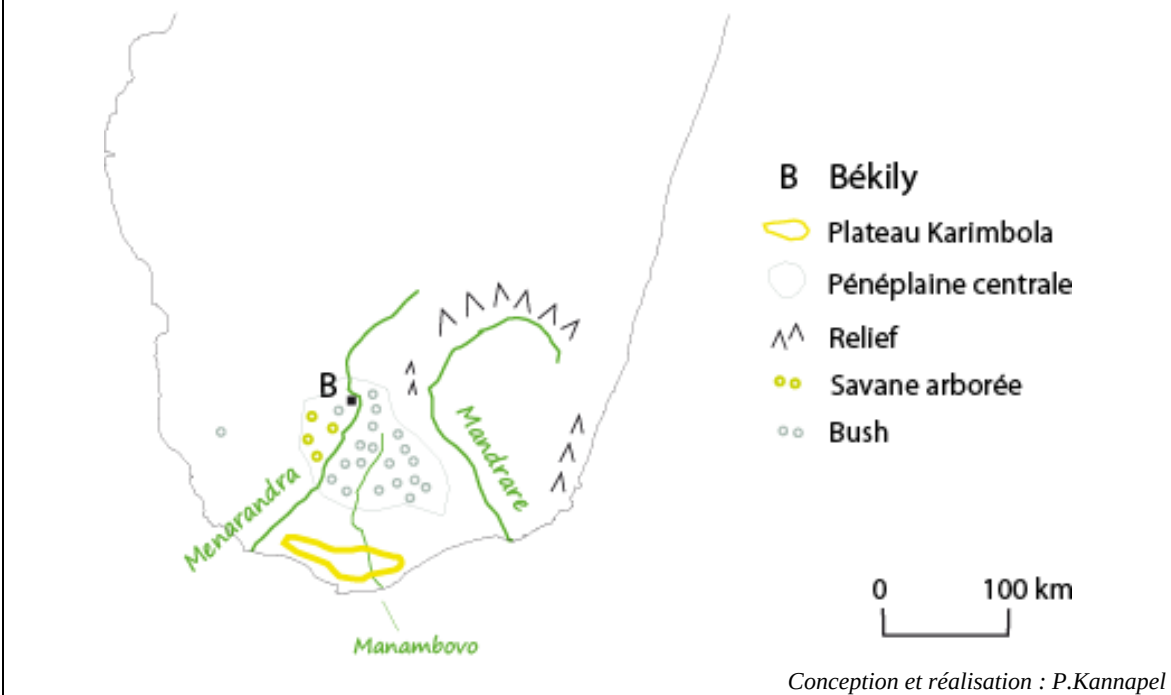
Le district de Békily est au cœur du « pays » Androy. Celui-ci dispose d'un environnement naturel original et unique, resté d'ailleurs très « naturel » à ce jour, bien que particulièrement austère et rude pour ses habitants.

Les fleuves Mandrare et Menarandra sont les limites est et ouest du « pays » Androy. Ces deux fleuves ont leur cours supérieur en dehors de la région Androy. Le fleuve Mandrare marque la frontière avec le « pays » Anosy. Il coule sur 250 km environ (CHAPERON et al., 1993) ; il s'agit d'une limite géographique bien déterminée. Le fleuve ne représente pas en lui-même un obstacle, mais il chemine dans un environnement accidenté qui lui, ne facilite pas les communications. Fleuve pérenne, il provient d'une région où les

⁶⁹ London Missionary Society : mission protestante venue de Grande-Bretagne à la fin du XIX^e siècle.

précipitations sont abondantes. Il est guéable partout en saison sèche. La largeur occupée par l'eau dans les cours moyen et inférieur, varie de 200 à 300 m, et sa profondeur se maintient aux environs d'un mètre. De longs bancs de sable encomrent souvent le lit. Des crues violentes se produisent en période des pluies, occasionnant des affouillements de berge et ravageant les cultures.

Carte 19 :
Structure du « pays » Androy, l'extrême Sud de Madagascar



Le Menarandra atteint une longueur totale de 230 à 240 km. Il sépare le « pays » Androy du « pays » Mahafaly à l'Ouest. Le Manambovo, long de 180 à 200 km, est Androy sur la totalité de son parcours ; il s'écoule du Nord au Sud. Menarandra et Manambovo n'ont pas de source véritable : leur bassin supérieur n'est qu'une simple cuvette de réception des eaux pluviales, si bien que leur débit est en relation immédiate avec les chutes d'eau de pluie. Des orages inopinés provoquent des crues très fortes mais passagères, ne durant parfois que quelques heures. Le régime des cours d'eau est celui d'oueds à crues violentes, avec des étiages nuls en aval, l'écoulement s'enlisant dans les sables (HOERNER, 1979). La période d'étiage se prolonge durant la saison sèche, d'avril à septembre en moyenne. Ce phénomène est causé par le déficit d'écoulement du bassin, lié aux conditions d'évaporation locale supérieure au volume d'eau provenant des pluies ou des apports fluviaux. Le Manambovo est desséché neuf mois par an, le Menarandra est à sec un à deux mois par an. De l'eau subsiste seulement dans l'épaisseur du sable du thalweg ; on la trouve en creusant à une profondeur de 50 cm à 1 m. Non seulement les écoulements sont temporaires et strictement limités à la saison des pluies, mais ils n'atteignent pas la mer, car les eaux se perdent par évaporation ou s'infiltrant dans le lit des cours d'eau. Les affluents du Manambovo et du Menarandra, coulant la plupart du

temps sur le socle cristallin, sont soumis aux mêmes règles. Ils ne possèdent d'eau visible qu'au moment des pluies. Exceptionnellement, ils peuvent conserver une faible quantité d'eau pendant toute l'année sur les parties argileuses du thalweg, sous forme de séries de mares étroites et allongées. Les points d'eau sont rares et très distants les uns des autres. Dans les zones calcaires du plateau Karimbola, l'eau s'infiltre. On ne retrouve ni mares ni puits, mais seulement des *ranovato*⁷⁰, sortes de citernes naturelles que les habitants s'empressent de remplir en saison des pluies, avec l'eau des flaques environnantes. En période sèche les débits sont modifiés. Les puits ou forages sont complètement asséchés et donc rendus inutilisables. Il s'agit d'un problème chronique, celui de l'accès à l'eau et de sa disponibilité.

b) Le royaume des épines

On observe une étrange végétation dans le « *pays de la terre dure, de la pierraille et du sable* » (HEURTEBIZE, 1986). Pays lointain, âpre et rude, inhospitalier mais attachant, le Sud de Madagascar est une terre à part. Une végétation dense s'est adaptée à ce climat particulier : elle a dépouillé ses feuilles et les a remplacées par des épines et des aiguillons. Elle s'est protégée par un revêtement d'un enduit cireux. Une falaise abrupte de 80 à 100 m de hauteur termine la pénéplaine ; à l'Est du Cap Sainte-Marie⁷¹, elle domine immédiatement la mer. Elle s'en éloigne régulièrement alors que son profil s'adoucit et le littoral devient dunaire. Il est fait de deux promontoires de 150 m et 120 m de haut. Les roches arénacées de la pénéplaine sont les sables qui font suite au plateau d'abrasion. Les eaux atmosphériques de cette topographie indécise ne peuvent se réunir en un réseau hydrographique régulier qu'en de rares points privilégiés comme les vallées du Mandrare ou du Menarandra ; elles s'infiltrent dès qu'elles ont atteint le sol. Sur les dunes, des bouquets de filaos se mêlent à des buissons de mimosas nains, d'euphorbes et de cactus auxquels le vent donne des formes rasantes qui ne dépassent parfois pas 40 cm.

Photographie 13 : Savane arborée

La partie ouest de la région Androy est le domaine de la savane arborée, avec une maigre couverture de graminées. C'est un espace plus ou moins mamelonné sans profil heurté, sans brusque dénivellation, entaillé de vallons peu profonds que parcourent rivières ou ruisseaux de moindre importance. Le sol est pierreux.



Au Nord-Est se dessine un long massif tabulaire, à l'aspect de terrasse horizontale. C'est le massif volcanique de l'Androy, connu sous le nom de Vohitsiombe. A l'intérieur des

⁷⁰ Les *ranovato* sont des pierres creuses dans lesquelles l'eau peut être conservée.

⁷¹ Le Cap Sainte-Marie marque la limite méridionale de Madagascar.

terres, le vent s'atténue et la brousse s'élève. La pénéplaine centrale est le « royaume du bush », la forêt sèche, parsemée de chaînons granitiques d'une hauteur de 300 à 500 mètres. C'est en réalité un désert de cactus, de buissons d'épineux et de plantes grasses à perte de vue. Quelques plantes en particulier sont remarquables.

- Le roy (*Mimosa delicatula*) est l'épineux qui a donné son nom à la région et à ses habitants (And -« roy »).

Photographie 14 : Les épines du roy

Les épines du roy sont particulièrement acérées, mais non venimeuses. Ce cactus est très répandu dans le Sud malgache, une source de blessures pour l'homme.



- Les Euphorbes arborescentes, (*Alluaudia procera*⁷²), aux troncs lisses ou rugueux, striés de sillons vert tendre tranchent sur le vert glauque de l'ensemble et y projettent à sept ou huit mètres de haut leurs branches vernissées en forme d'ombrelle. Ce sont des rameaux sans feuille érigeant de grosses trompes molles et regorgeant d'un épais latex blanc. Les plantes adultes peuvent atteindre 15 m de haut, les plus jeunes ont une forme arbustive. Comme toutes les *Euphorbiaceae*⁷³, ce sont des plantes toxiques, qui possèdent un latex parfois très irritant.
- Les *fantsiolotsy*, grêles et élevés, aux bouquets de branches verticales, sont des arbustes dépouillés, au port de saule pleureur ou contournés et souffreteux. Ils se pressent, denses, serrés, malaisément pénétrables, avec tous le même aspect de défense contre la sécheresse.

Photographies 15, 16 et 17 : Etranges *fantsiolotsy*

Certains ont un tronc brusquement dilaté au-dessus du sol, d'autres se terminent en branches minces et ondulantes qui s'accrochent aux arbres voisins comme des lianes.



⁷² Le nom malgache est *Fantsiholitra*.

⁷³ Il existe environ 2300 espèces d'euphorbes, certaines tropicales et très différentes des euphorbes européennes par leur aspect général ; quelques-unes ont même la forme de cactus. Leur principal point commun est la production de latex, liquide blanc qui apparaît à la cassure. Il est très toxique en raison de l'euphorbone qu'il contient ; il provoque des irritations de la peau et il est dangereux en cas de contact avec les yeux. La toxicité existe également pour les graines, utilisées autrefois comme purgatif.

- Le *Raketa* (*Opuntia dillenii*) a connu une histoire rocambolesque dans le Sud de Madagascar au début du XX^e siècle, sur laquelle nous allons revenir.

Photographie 18 : L'*Opuntia dillenii*

Les *Opuntia* sont parfois appelés « cactus raquettes », en raison de la forme de leurs cladodes. Le figuier de Barbarie (*Opuntia ficus-indica*) est une espèce de la famille des *Cactaceae*, originaire du Mexique.



- On observe des ficus gigantesques, dont un seul forme une forêt, avec leurs racines qui plongent des branches.
- Des aloès géants aux feuilles charnues, aux grappes de fleurs rose et fauve, se mélangent aux *Didierea* qui fusent du sol en de multiples rameaux couverts de poils poisseux.
- Au bord des rivières où persiste un peu d'humidité, d'étroites galeries marquent la berge, arbres géants aux feuilles toujours vertes, lianes et buissons.

Les pistes s'étendent à l'infini, sablonneuses, blanches de soleil. De chaque côté, c'est un bush gris sale ou verdâtre, hostile et acéré sur un sol d'une poussière blanche et poudreuse.

c) Les tribulations d'un cactus et d'une cochenille, et conséquences

Une sorte de figuier de Barbarie, le *raketa*, formait autrefois de denses peuplements ; c'était sinon le régal des bœufs, du moins parfois leur seule subsistance. Ils mâchaient prudemment les épais rameaux et on leur voyait souvent le mufle transformé en pelote d'épingles, couverts d'épines, que le bouvier retirait patiemment. La cochenille que l'on introduisit dans le pays, auquel on croyait donner une nouvelle richesse, s'est attaquée aux *raketa* et les a fait complètement disparaître en quelques années. Au XVIII^e siècle, l'*opuntia dillenii*, ou figuier d'Inde, avait été introduit sur les côtes orientales de Madagascar puis propagé. Cette plante originaire d'Amérique, est connue à Madagascar sous le nom de *raketa*, déformation du mot français raquette. C'est une plante arborescente qui peut atteindre de 3 à 5 mètres de haut. Son organisation en cladodes, couramment appelés « raquettes », est particulière. Ces cladodes assurent la fonction chlorophyllienne à la place des feuilles, et sont recouvertes d'une cuticule céroïde (la cutine), qui limite la transpiration et les protège contre les prédateurs. Les épines proprement dites, blanchâtres, sclérifiées, solidement implantées, sont longues de 1 à 2 cm. Il existe des variétés inermes, sans épine.

Photographie 19 : Cladode de raketa

Les cladodes sont des tiges modifiées de forme aplatie, de 30 à 40 cm de long sur 15 à 25 cm de large avec une épaisseur de 1,5 à 3 cm. Unis les uns aux autres, ils tendent à former des branches. Ceux de la base se lignifient pour former au-delà de la quatrième année de croissance un véritable tronc.



Les glochides, fines épines de quelques millimètres, de couleur brunâtre, se décrochent facilement. Elles sont par ailleurs dotées de minuscules écailles en forme d'hameçon, et s'implantent solidement dans la peau lors des contacts ; elles sont alors très difficiles à retirer. L'appareil racinaire est superficiel, se concentrant dans les 30 premiers centimètres du sol, mais en revanche très étendu. Les fleurs se différencient en général sur des cladodes âgés d'un an, le plus souvent sur les aréoles situées au sommet du cladode ou sur la face la plus exposée au soleil. En principe, une seule fleur apparaît dans chaque aréole. Les jeunes fleurs portent des feuilles éphémères caractéristiques de l'espèce. Un cladode fertile peut porter jusqu'à une trentaine de fleurs, mais ce nombre varie énormément selon la position du cladode sur la plante, son exposition, et aussi selon des facteurs physiologiques (nutrition). Les cladodes ne sont pas consommables par le bétail.

Photographie 20 : Fruit du *raketa* (figue de Barbarie)

Le fruit, ou figue de Barbarie, est une baie charnue, uniloculaire, à nombreuses graines (polyspermique) dont le poids peut varier de 150 à 400 g. Il dérive de l'ovaire adhérent au réceptacle floral. Sa couleur est variable selon les variétés : jaune, pourpre ou blanche. La forme est également très variable, non seulement



selon les variétés mais aussi selon l'époque de formation : les premiers sont arrondis, les plus tardifs ont davantage une forme allongée de pédoncule. Le nombre de graines est très élevé, de l'ordre de 300 pour un fruit de 160 g. Malgré leur mauvais goût, ces fruits constituent une nourriture d'appoint en cas de famine.

Pourquoi autant insister sur cette plante ? Elle avait envahi les champs abandonnés sur les Hauts Plateaux où son usage se généralisa comme clôture pour la protection des villages. Cet usage défensif était exclusif et contrôlé par les habitants, qui ne consommaient pas les fruits jugés trop acides, sous le climat tropical d'altitude des Hautes Terres centrales. Par contre, dans le « pays » Androy, le *raketa* trouva des conditions favorables à son

développement (DECARY, 1927) : les Antandroy en multiplièrent les points de propagation au fur et à mesure de leur installation. Cette plante offrait de précieux avantages : en formant un mur épineux infranchissable d'une épaisseur de 1,50 m à 2 m, elle clôturait villages et cases, abritant hommes et troupeaux, et offrait en outre une réserve d'eau non négligeable pour la saison sèche. Durant les périodes de forte sécheresse, les Antandroy furent contraints de quitter les zones les plus sèches et de déplacer leurs troupeaux plus au Nord. Cette transhumance, pour atteindre des pâturages éloignés parfois de plus de 100 km, rendait les bergers vulnérables. Les conflits, pour la possession des meilleures terres jouxtant les rivières, dégénéraient souvent au point que l'insécurité, les violences et les vols de bœufs incitèrent les Antandroy à préférer le gardiennage des troupeaux sur place, à l'abri de leurs enclos. Il leur suffisait de mêler des herbes sèches aux *raketa* pour les enflammer : les épines ainsi brûlées, la pulpe du cactus fournissait à la fois nourriture et boisson aux bêtes. Lors des longues périodes de sécheresse, l'alternative au manque d'eau était le pilage des cactus dans les mortiers à mil : l'eau ainsi récupérée avait certes un goût désagréable et ne se conservait pas, néanmoins ce liquide constituait l'unique ressource ; souvent la sécheresse s'accompagnant d'une disette, voire d'une famine, les fruits étaient alors consommés en grande quantité. Ainsi, si cette plante pouvait, à l'occasion, être considérée sur les Hauts Plateaux comme une peste végétale, en Androy au contraire, elle avait permis de forger, comme l'écrit R. Decary (1927) une sorte d' « *association botanico-humaine, que les habitants exprimaient dans la formule longo Tandroy sy raketa : les Antandroy et les raquettes sont parents* ».

En 1920, dans une étude⁷⁴ consacrée au district de Tsihombe, l'administrateur-ethnographe (BALLARD, 2003) suggéra que l'on introduise dans le Sud malgache une espèce de cochenille⁷⁵ qui, broyée, produit une magnifique couleur rouge, le rouge cochenille. Il pensait alors que l'essai d'introduction dans l'extrémité sud de Madagascar méritait d'être tentée sur les *raketa*, car l'Androy serait ainsi en mesure de produire de la laque carminée, dont la France importait alors 200 tonnes par an. Le *Coccus cacti* fut enfin introduit en 1924 dans la région de la capitale, y prospéra et pullula tant qu'en deux ans (1924-26), il fit périr les *opuntias*. Dès 1925, R. Decary indique qu'il avait été le premier à signaler cet incident, en 1921, c'est-à-dire avant l'apparition de la cochenille : « *Il y aurait intérêt à l'introduire dans l'extrémité sud malgache ; je ne pouvais prévoir alors les conditions dans lesquelles elle y pénétrerait un jour, la façon prodigieuse dont elle se multiplierait et les graves répercussions qui en seraient la conséquence. L'exploitation possible de la matière colorante n'est plus aussi qu'un bien faible*

⁷⁴ Decary R., 1920, « Monographie du district de Tsihombe » *Bull. Eco. de Madagascar*, 3è et 4è trim 1920.

⁷⁵ Cet animal, *Coccus cacti*, est un insecte hémiptère, originaire des régions tropicales et subtropicales d'Amérique du Sud et du Mexique. C'est un parasite des *Opuntia* dont il consomme la sève. Il produit de l'acide carminique, pour se protéger ; cet acide est en effet un répulsif pour les autres insectes. L'écrasement des insectes ou des œufs permet de récupérer cet acide carminique et de fabriquer un colorant naturel d'un rouge intense, le carmin, nom générique actuel des rouges foncés. Il est utilisé comme colorant alimentaire (E120) et pour les produits cosmétiques. C'était autrefois, après l'argent, le second produit d'exportation en valeur d'Amérique Centrale et du Sud. Cette matière était cotée dans les bourses de Londres et d'Amsterdam. Après avoir décliné, lors de l'invention de colorants synthétiques, cette culture se maintient malgré tout, en raison du caractère naturel du colorant.

avantage en face des désastreux effets de l'insecte qui la produit » (DECARY, 1925). Il prévint les autorités des conséquences pour la société Antandroy de la destruction des *raketa* mais d'éminents botanistes – H. Perrier de la Bathie et G. Petit – en étaient partisans, ils jugeaient ces cactus inutiles, car constituant en outre des foyers insalubres (refuges à rats et à serpents). En fait les deux botanistes considéraient qu'il s'agissait d'une peste végétale qui rendrait inutilisables les sols alluvionnaires. De plus, les aiguillons des fleurs et des fruits occasionnaient des ophtalmies purulentes chez les hommes et étaient les principaux vecteurs de propagation de la tuberculose bovine. Enfin, jugeant très médiocres les qualités nutritionnelles des *raketa*, ils suggéraient l'utilisation d'un autre cactus présent à Madagascar, l'*Opuntia inermis*, dépourvu d'épines, pour l'alimentation du bétail. Les deux botanistes ne connaissaient pas l'Androy.

R Decary ne partageait pas cette opinion : il mit en garde contre l'introduction de la cochenille dans la région de Tuléar. Selon lui, Perrier de la Bathie et Petit concevaient l'Androy et le « pays » Mahafaly (voir carte 16, page 84) comme un ensemble unique, alors qu'ils étaient d'un point de vue économique et social très différents : il jugeait en l'occurrence très dangereux de conclure du particulier au général. En 1929, la cochenille se multiplia d'une manière extraordinaire, elle pénétra le « pays » Mahafaly et progressa vers l'Est, en Androy. « *Les grands peuplements de raketa furent détruits par les insectes qui se déplaçaient en immenses nuées bouillonnantes* » (DECARY, 1927). M. Geoffroy, chef du service vétérinaire et de l'élevage à Madagascar signala en 1929 que des clans Antandroy entiers, privés de *raketa*, demandaient à émigrer avec leur seule fortune : leurs bœufs. Selon R. Decary, il était urgent, pour éviter une catastrophe, de trouver un végétal de remplacement soit en Amérique, soit en Australie ou en Afrique du Sud, une espèce sans épine qui posséderait les mêmes qualités que le *raketa* tout en étant immunisée contre les attaques de cochenilles, mais cette plante n'a pas été trouvée.

Photographie 21 : *Raketa* infectée

La plante malade devient toxique pour le bétail... et pour les humains. Les dépôts blanchâtres, d'aspect cotonneux, sont particulièrement repoussants.



La sécheresse s'installa en Androy dès le dernier trimestre de 1929. La population s'élevait alors à 10 000 personnes environ. L'administrateur régional Rouquette prévint les autorités centrales que les raquettes ayant disparu, les bœufs étaient les premières victimes ; comme les réserves d'eau s'épuisaient, il était à prévoir que les populations locales allaient souffrir de cette pénurie, qu'il convenait de prendre des mesures immédiatement afin de protéger plus particulièrement les enfants et les vieillards. De

rares pluies en décembre 1929 avaient fait naître quelques espoirs, bien vite anéantis les mois suivants et notamment février et mars 1930 : la sécheresse continua à sévir pendant ces mois de semailles. Dans les cantons de Tsihombe et du Cap Ste Marie, toutes les cultures avaient été grillées. En mai 1930, le gouverneur général se rendit sur place où il approuva le principe des subventions versées aux caisses de *fokontany* (organisation villageoise), qui devraient rembourser ultérieurement ces aides consenties sur le budget local. Le service des travaux publics fut chargé d'organiser et d'intensifier la réfection de la route reliant Fort Dauphin à Fianarantsoa ; elle était dans un état pitoyable. L'administration traîna des pieds pour commencer les travaux : le ravitaillement fut entrepris dans des circonstances peu favorables. Le 30 octobre, le nouvel administrateur Robert signale à Tananarive que « *les vivres manquent déjà et que les indigènes vendaient leurs bœufs : quant aux rares champs ensemencés, il ne fallait pas compter qu'ils produisent du manioc avant un an* » (DECARY, 1933). C'est dans ces circonstances que R. Decary prit la direction de la province d'Ambovombe. La région était ruinée : il y avait une mévente du ricin, les produits locaux subissaient une hausse considérable ; le prix des bœufs s'était effondré et il ne fallait pas compter sur la rentrée d'impôts. Les réserves alimentaires étaient épuisées et les quelques cantons qui avaient été jusque là relativement épargnés par la sécheresse étaient à leur tour frappés par le désastre. Le lieutenant Leroy, en charge du district de Tsihombe rédigea un rapport cité par R. Decary (1933) : « *Un nombre élevé de villages ne trouve d'eau qu'à des distances considérables : 10, 20 et parfois 35 km. La disparition totale des raquettes a rendu leur sort plus misérable encore* ». La région d'Ambovombe qui avait été jusque là la plus épargnée, connaissait elle aussi une situation inquiétante : les habitants des cantons d'Analavondrovo et d'Etsila se rendaient en ville pour échanger leurs bœufs contre du manioc et des patates qu'apportaient des gens de la région voisine de l'Anosy. Ce troc se faisait au détriment des Antandroy, qui ne recevaient en échange de leurs bêtes qu'une quantité dérisoire de denrées. Quant aux pauvres et aux enfants, ils avaient commencé à manger des racines et des tubercules qu'ils extrayaient de la forêt. La mort frappait déjà vieillards et enfants. « *Il devenait indispensable à ce moment d'intervenir d'une manière beaucoup plus large qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. La question « argent » ne pouvait pas se poser : il était de notre devoir le plus strict de sauver ces populations dont nous avons la garde (...)* » témoigne R. Decary (1933). Un crédit leur fut accordé en novembre 1930, qui permit d'acheter une quinzaine de tonnes de vivres. Puis, sur la base d'un second crédit, le chef de la province de Fort Dauphin envoya en quelques jours 7 tonnes de manioc.

d) Le Sud de Madagascar victime de son climat

La sécheresse est sans conteste une des caractéristiques majeures du Sud malgache⁷⁶. On parlera de calamité ou plus précisément d'aléa d'ordre naturel, en l'occurrence climatique, plus ou moins favorisé par les activités de l'homme. Pour situer le phénomène, citons un ancien administrateur colonial à Madagascar (FENIES, 1957) : « *1943 est un millésime non encore oublié, celui d'une des plus grandes disettes de*

⁷⁶ La pauvreté et les problèmes récurrents liés à l'eau sont d'autres caractéristiques des « pays » Androy et Mahafaly.

l'Androy. Grande année aussi pour le commerce local qui accumule par sacs entiers les bijoux dont les femmes tandroy se défont contre quelques poignées de vivres ! Des êtres faméliques se traînent en direction du Manambovo ou de Fort Dauphin, et y parviennent à bout de ressources pour y mourir le plus souvent. Quinze mille individus disparaissent ainsi ». La sécheresse est liée à une réduction de la disponibilité en eau ou de l'humidité à un niveau inférieur au niveau normal attendu pour une période donnée, dans une région localisée. Elle affecte en premier lieu le secteur agricole, avec comme conséquences aggravation de la pauvreté et déplacements de population. Le manque d'eau représente un obstacle majeur au développement. Le climat de l'extrême Sud de Madagascar est semi-aride à sub-aride ; on se situe en dehors de la zone inter-tropicale, au Sud du tropique du Capricorne. Les précipitations annuelles sont inférieures à 400 mm ; il existe une température moyenne de 28°C sous un vent desséchant, qui souffle du Sud, dénommé *tiokatimo* dans la région. Les conditions climatiques dans le Sud sont irrégulières et imprévisibles.

Des pluies rares (saisonnières) et des températures moyennes élevées, causant l'augmentation de l'évaporation de l'eau alors que le sol est assez perméable, sont des facteurs néfastes. De plus, le caractère endoréique de la zone, un mode d'écoulement des eaux superficielles qui se manifeste sous des climats arides ou semi-arides est parfaitement observable ici ; les principaux cours d'eau n'atteignent pas la mer et se perdent dans des dépressions antérieures. La conjonction de ces facteurs climatiques et pédologiques entraîne une faiblesse de la production agricole, d'où une situation d'insécurité alimentaire et la diminution des revenus (pauvreté). Un autre effet délétère de cette situation sera l'incapacité de la population à pouvoir réaliser les rites funéraires : sacrifice d'un zébu, construction du tombeau.

La sécheresse dans le Sud est un phénomène cyclique qui revient généralement tous les 5 à 10 ans. Dans la perception de la population, les périodes entre deux sécheresses tendent à se raccourcir depuis une vingtaine d'années ; les gens les incriminent comme étant responsables de leur état de pauvreté. « *Vous avez passé plusieurs semaines dans la région, vous avez vu les gens, ce qu'ils mangent, vous avez vu les zébus comme ils sont maigres, vous avez vu les sols comme ils sont secs* » (E 1). Les géographes (HOERNER, 1977) s'inquiètent également de sécheresses « anormales » qui ont tendance à se répéter. Les premiers rapports sur la sécheresse datent du début du siècle dernier (PERRIER DE LA BATHIE, 1934). Depuis ce temps, chacune d'entre elles, aux effets plus ou moins graves sur la population, est restée dans la mémoire populaire sous un « sobriquet » particulier. A partir de 1928, le déficit pluvial causa une grave crise de l'élevage, puis la sécheresse de 1931 s'accompagna de déplacements de population. En 1941-44, la sécheresse provoque la grande famine *Maro Taola*, qui causa la migration de la quasi-totalité des habitants de l'Androy sédimentaire. Une autre sécheresse survient en 1956 dans le Sud. Ce seront ensuite les sécheresses de 1980 (*Santira Vy*), 1982 (*Malalak'akanjo*) et 1986 (*Bekalapake* « manioc séché »). La sécheresse de 1989-90 a causé une grande famine dans les années suivantes (1991-92). On observa des migrations importantes.

e) La sécheresse, facteur de pauvreté dans l'Androy ?

L'agriculture dépend fortement de l'alimentation en eau et des caractéristiques des sols concernés. En Androy, on pratique une agriculture traditionnelle – le rendement est entièrement corrélé aux précipitations, surtout lors de la floraison. Les types de cultures, sèches et pluviales, et l'élevage extensif, sont malgré tout adaptés à ce milieu naturel particulièrement sec. Les besoins en eau concernent les hommes et leurs troupeaux. « *La sécheresse rend vulnérable la population en affectant sa sécurité alimentaire, et accroît sa pauvreté* » (LUPO-RAVELARIMANANA, 1996). Il existe une forte relation entre la vulnérabilité des ménages et la sécheresse, une forte imbrication avec les coutumes et les comportements sociaux. Quel est le mécanisme de paupérisation en cas de sécheresse, en « pays » Androy ? La principale épargne des agriculteurs est représentée par le troupeau, c'est le filet de sécurité traditionnel de ces populations : le troupeau a un rôle socio-religieux. La richesse s'exprime par la possession d'un troupeau de zébus. Il s'agit d'un actif monétaire pour les périodes de soudure, la « banque » des ménages ruraux d'agro-éleveurs, à laquelle on puise en cas de nécessité. C'est un élément d'inclusion sociale et le moyen de réaliser les activités traditionnelles (rites funéraires, mariages, naissances). La constitution d'un cheptel est fondamentale pour la famille Antandroy (HEURTEBIZE, 1977, A).

Quelles sont les stratégies adoptées pour faire face au choc ? Les options sont malheureusement fort limitées. Le faible niveau d'instruction ne permet pas de s'orienter vers des emplois rémunérateurs du secteur formel. Face à la baisse de la consommation alimentaire, en qualité et en quantité, on se tournera vers la nature : cueillette d'aliments de disette (feuilles de *raketa*, tubercules et racines sauvages, tamarins). Certains vont vendre le peu d'actifs dont ils disposent : ustensiles de cuisine, petit élevage (porcs, volailles) ou cheptel (vente du bétail à prix sacrifié). « *En période de sécheresse, on vend d'abord les moutons et les chèvres, puis les zébus ; ce revenu procure leur nourriture aux familles* » (E 1). Par ailleurs, les bêtes meurent aussi de faim et de soif, elles sont d'ailleurs les premières victimes. Les populations entrent alors dans un processus de décapitalisation. Certains vont choisir de migrer, afin de pouvoir opérer des transferts d'argent vers la famille restée au « pays ». L'Etat a tenté d'apporter des solutions : construction de bassins, impluviums, très vite devenus obsolètes. En période de sécheresse prolongée, l'Etat se retrouve rapidement dépassé.

f) La migration comme seule solution ?

Conséquence directe d'une période de sécheresse, la migration est une stratégie de survie adoptée par les populations Antandroy. La première grande migration vers le Nord du pays date de 1925, faisant suite à une grande famine. Selon la gravité de l'aléa, on pourra observer deux types de migrations. Le premier se pratique sur le mode d'une transhumance saisonnière ; les éleveurs se déplacent avec leurs troupeaux, dans des régions choisies comme terrain de pâturage, à une distance maximale de 50 kilomètres de leur village, avec un retour dès les premières pluies. Les migrations plus lointaines se font

vers les grandes villes côtières, pour des activités « réservées » à cette population. Tous les tireurs de pousse-pousse de Tuléar, Majunga ou Tamatave ont leurs racines dans le « pays » Androy, ils sont également gardiens de nuit dans divers établissements, pour une activité cumulée. Certains partiront vers les plantations de tabac ou de canne à sucre. Dans leur terre de migration, les Antandroy pratiquent souvent l'élevage. Dans l'optique du retour, ils vendent leurs bêtes et en rachèteront d'autres dans le Sud, pour reconstituer un troupeau ou l'agrandir. Si autrefois les migrations duraient deux ou trois ans, elles tendent de nos jours à se prolonger de plus en plus définitivement. Seule la mort amènera le retour au « pays », pour des funérailles traditionnelles.

L'environnement du Sud, par son climat et les périodes de sécheresse qu'il génère, a donc un impact direct sur l'état de nutrition de la population et par conséquent sur la santé même des individus, comme nous le verrons plus loin. Les conséquences d'une nutrition insuffisante représentent en effet un des besoins de santé majeur dans le Sud ; outre la pauvreté, un état de malnutrition rend les personnes, et tout particulièrement les enfants, vulnérables à toutes sortes d'agents infectieux, au premier plan desquels figure le paludisme, endémique. La malnutrition pourrait être symbolisée par un tronc de baobab qu'il faudrait pouvoir contourner.

2. Les hommes, une population vulnérable : les dures contraintes du milieu

Dans ce territoire, « pays » et région administrative se recoupent. Nous enquêtons dans le district de Békily. La population de la région Androy est répartie en quatre districts administratifs, sur 19 540 km². Elle comptait 600 000 habitants en 2005 (estimations), avec une croissance démographique annuelle de 2,7%.

Tableau 4 : Données générales de la région Androy

District	Superficie (km ²)	Densité (h/km ²)	Pluviométrie (mm / an)	Nombre de communes
Békily	5 274	24	323	19
Beloha	5 016	16	250	6
Tsihombe	2 514	29	316	7
Ambovombe	6 514	40	302	19

Sources : Ministère de l'Agriculture (2003, A)

a) Une société patriarcale

L'organisation sociale dans le « pays » Androy est marquée par un attachement aux valeurs traditionnelles, qui se manifestent par l'union sacrée autour de la structure clanique patriarcale. Cette organisation est institutionnalisée mais informelle. Elle coexiste depuis un siècle avec les structures administratives en place. Dans l'Androy, clans, lignages et sous-lignages sont les cadres du système de parenté, à l'intérieur desquels chaque individu trouve son identité. « *Un lignage réunit la totalité des*

descendants en ligne paternelle d'un ancêtre unique. Il peut concerner parfois un millier d'individus » (HEURTEBIZE, 1977, B).

b) Un élevage contemplatif

L'activité dans le « pays » Androy est essentiellement rurale, basée sur un système agropastoral associant élevage bovin et cultures vivrières ; il existe toutefois une faible activité industrielle. Toute la vie du pasteur Antandroy est orientée vers l'élevage contemplatif du zébu, qui demeure un élément de prestige social pendant la vie, et au moment de la mort, un passeport pour l'éternité. Il est également l'animal des sacrifices ; il permet la relation de l'homme avec les ancêtres. L'élevage extensif du zébu, qui n'exclut pas les transhumances, a permis à ce peuple de se doter de véritables territoires claniques. Les coutumes et pratiques Antandroy relèvent d'une authentique civilisation du zébu. Les troupeaux, qui ont déjà une valeur d'usage, constituent la richesse des clans et des lignages. L'importance numérique du cheptel de chaque lignage détermine encore les hiérarchies, comme hier elle donnait lieu à des conflits interminables entre les différents royaumes du Sud. Le zébu, outre sa représentation traditionnelle, est une marque de la richesse, du pouvoir et de la prospérité. C'est une valeur marchande, directement convertible en capital financier, en cas de besoin immédiat de liquidités (maladie ou hospitalisation, par exemple). Enfin, il est au centre de tous les rapports sociaux : on le retrouve dans la dot offerte par le lignage du jeune homme à celui de la jeune fille, ainsi que dans les prestations qui accompagnent les cérémonies traditionnelles (circoncision, *bilo*, enterrement, inauguration du tombeau). C'est grâce à lui qu'on peut réparer la violation d'un interdit et retrouver sa place dans la communauté après un inceste, un vol, un adultère voire un crime. « *L'économique, le social et le religieux sont ici étroitement imbriqués et indissociables* » (ELLI, 1993). On trouve par ailleurs dans le « pays » Androy d'autres cheptels (ovins, caprins, porcins), de moindre valeur.

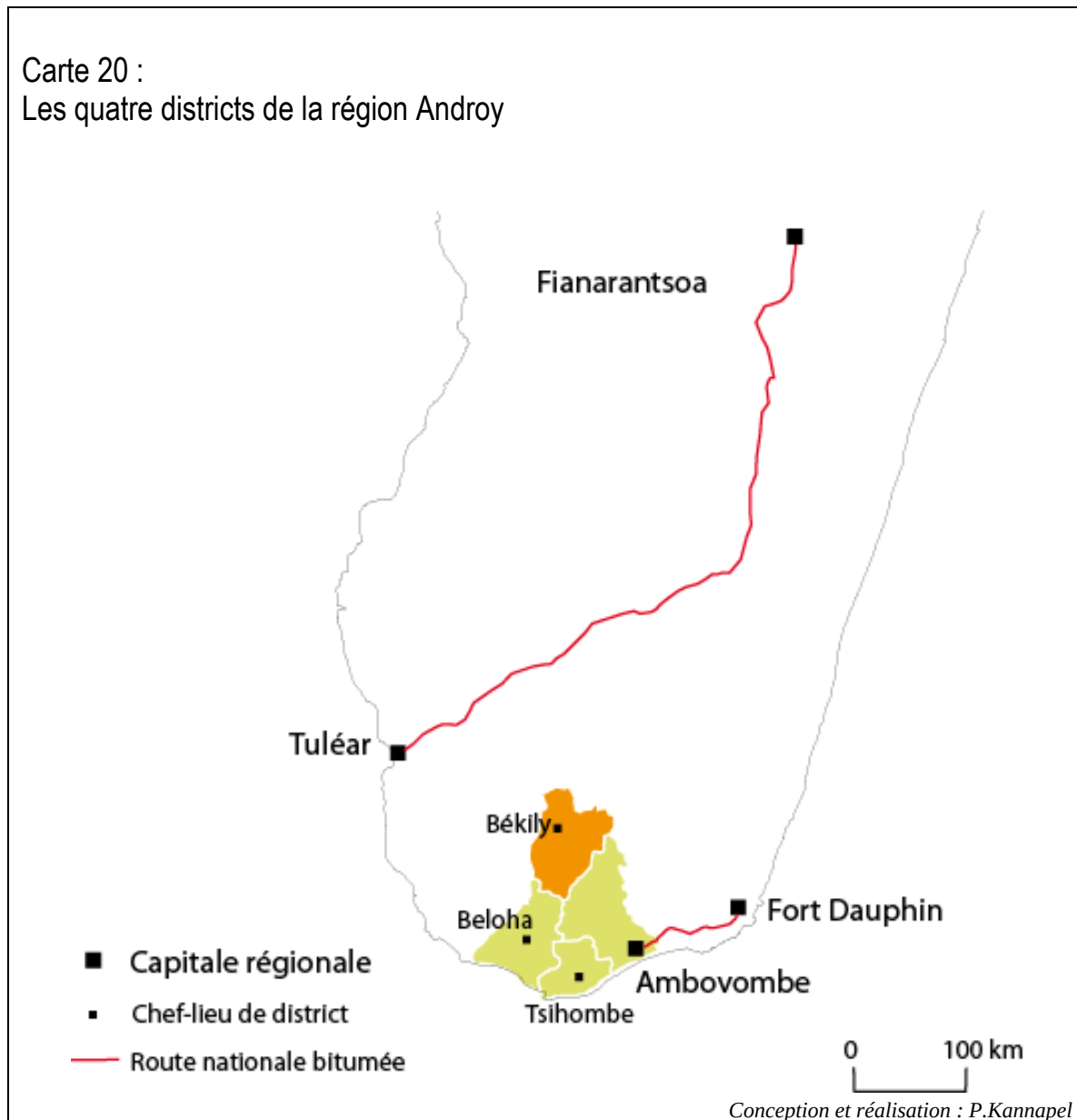
Globalement, les sols de cette vaste zone de plateaux et pénéplaines sont peu évolués, sur des roches sableuses. Le district de Békily se situe dans l'Androy cristallin et possède peu de terres fertiles, sauf sur des périmètres irrigués. On y trouve une altitude maximum de 600 m. Les districts de Beloha, Tsihombe et Ambovombe, d'une altitude moyenne de 250 m, sont dans l'Androy sédimentaire : les terres cultivables sont exploitées au maximum. Ces trois districts ont une façade maritime de 400 km, particulièrement inhospitalière, sans port naturel ni artificiel. La production agricole est orientée et adaptée au climat : tubercules résistant à la sécheresse, manioc et patate douce remplacent le riz dans l'alimentation quotidienne des populations. Maïs, haricots, arachides, cucurbitacées et pommes de terre complètent ces maigres productions.

Concernant les activités humaines, la production industrielle de sisal dans le district d'Ambovombe est une exception. Elle existe depuis l'époque coloniale et a débuté en 1930. La population est concentrée dans les quelques agglomérations, les points d'eau, les aménagements hydro-agricoles et les sisaleraies. On produit par ailleurs de l'huile de ricin dans le district de Beloha. Enfin, à l'Est du district de Békily, on rencontre une autre

activité industrielle : l'extraction de mica. Nous verrons plus loin l'effet positif de cette activité par rapport à la bilharziose (chapitre 4).

Dans ce « pays », où l'élevage des zébus et des chèvres s'ajoute à une maigre agriculture vivrière, la question de l'eau reste cruciale. Les rivières étant le plus souvent intermittentes, il faut puiser de l'eau dans des trous creusés dans le sable, et approfondis chaque jour. A la fin de la saison sèche, on fait la queue au bord du seul et dernier « puits », entretenu et recreusé sans cesse à grand peine par tout le village. Ces vovo (littéralement « trous d'eau ») sont plus que providentiels.

Carte 20 :
Les quatre districts de la région Androy



c) Déplacements de population

La migration est une autre caractéristique du peuple Antandroy, avec toutefois la perspective d'un retour. Les causes sont multiples, que ce soit une transhumance vers des

zones plus humides du Nord, une obligation absolue suite à une période de sécheresse ou à une invasion de criquets. Les migrations plus lointaines sont d'abord masculines. Les hommes seront tireurs de pousse-pousse ou gardiens de nuit dans les centres urbains, ou bien ouvriers agricoles dans les zones de cultures de rente, canne à sucre, plantations de tabac, très consommatrices de main d'œuvre. Parfois la migration est permanente, on procède alors au regroupement familial, le retour se fera un jour ou l'autre ; il deviendra ultime, lors du décès : on ne conçoit pas d'être enterré loin de ses ancêtres.

d) La pensée religieuse est centrée sur les thèmes de la vie et de la mort

Les grandes cérémonies – invocation des ancêtres (*soro*), rituel préparatoire à la circoncision (*savatse*) – se tiennent traditionnellement au pied du *hazomanga*, le pieu sacré qui matérialise sous la forme d'un faisceau de piquets taillés en pointe, le lien unissant tous les membres vivants et morts d'un même lignage. On reconnaîtra une représentation phallique dans ce poteau du culte ancestral. Le *hazomanga* est placé sous l'autorité du *mpisoro*, patriarche du lignage et chef du rituel. « *Les lignages du Nord de l'Androy sont très respectueux de leur hazomanga et de leur mpisoro. En revanche dans le Sud du territoire, dont je suis originaire, les mpisoro sont rares. Les cérémonies se déroulent dans le cadre familial, sous l'autorité du père de famille* (E 2). Méprisant le confort matériel, l'Antandroy ne commence à trouver son complet épanouissement que dans la mort. Pendant de nombreuses années, il « vivra » en symbiose avec ses descendants qui devront en son honneur sacrifier une partie de leur troupeau. Peu à peu, le souvenir s'estompera et il y aura fusion avec son *aina* (flux vital) dans l'Être Suprême (Dieu, *Zanahary*).

e) Une pratique ancestrale

Le vol de bœufs est une pratique ancestrale locale chez les populations des « pays » Bara, Androy, Mahafaly et Anosy. Vénéré et considéré comme un exploit, un signe de virilité dans certaines sociétés du Sud de Madagascar, le vol de zébus a changé de nature par sa violence et le nombre des malfaiteurs ; selon le ministère malgache de l'Elevage, près de 40 000 têtes de zébus font l'objet d'un trafic chaque année. Depuis juillet 2011, l'exportation des bovidés malgaches a fait l'objet d'une autorisation temporaire valable jusqu'en janvier 2013. Traditionnellement, le vol de bœufs est dirigé contre des étrangers au clan ou des ennemis. La motivation du délit peut être aussi la jalousie, l'envie, la rancune ou la vengeance.

Une étonnante typologie des vols de bœufs a été établie par J.-M. Hoerner (1982), par degré de gravité croissante. Le *kizo* est un petit larcin, vol de quelques bêtes pratiqué dans un pâturage par un voleur souvent occasionnel. Le *soka-bala* (*sovoky*) est le vol accompli par un petit groupe de voyous à la faveur de la nuit. Il se produit dans un village, sans faire de bruit, à l'aide de complices ; le vol ne sera découvert que le lendemain. Vient ensuite le vol *totakely*. Il est le fait de bandes organisées (*tafiky*), comprenant de 20 à 30

éléments en moyenne. Ils vont attaquer un village dans la soirée ou durant la nuit. Pendant que les uns obligent les propriétaires à rester dans leur maison, les autres font sortir les bœufs hors de leur parc et les emmènent. Il peut y avoir des cas d'incendie de maison et de pillage. Les *raoky* sont particulièrement violents, ils ressemblent aux expéditions guerrières d'autrefois. Ils sont accomplis par des bandes très organisées et armées pouvant atteindre 100 individus, dirigées par des chefs qui se revendiquent souvent comme « sorciers » (*ombiasy*) ; ils portent des amulettes et se croient invulnérables. Ces voleurs attaquent les villages ou les bouviers, même en plein jour et ils les dévalisent. Ils utilisaient autrefois divers types d'armes : haches, sagaies, bâtons ou frondes. De nos jours, on a franchi un palier : ce sont des fusils de fabrication artisanale (*basy*) ou carrément des armes de guerre, genre kalachnikov, ce qui n'est pas sans se poser des questions sur leur origine.

f) Une recrudescence récente

Les vols de bœufs ont pris ces dernières années une autre tournure. On ne se contente plus de voler des bêtes ; les voleurs incendient et pillent les villages, n'hésitant pas à tuer ceux qui s'y opposent. Après un vol, la communauté villageoise se mobilise pour poursuivre les malfaiteurs, on demande parfois le soutien des villages voisins. Celui qui refuse de participer à cette véritable chasse à l'homme est jugé comme étant de connivence avec les voleurs, et plus personne ne l'aiderait s'il venait à en être victime à son tour.

Le gouvernement oblige les propriétaires de bœufs à tenir un cahier, où figurent avec le nom des éléments de reconnaissance des animaux : sexe, âge, taille, robe et forme des cornes. Ces cahiers sont contrôlés par les gendarmes lors de leurs tournées en brousse. La gendarmerie nationale et l'armée lancent régulièrement des opérations « coup de poing », pour tenter de mettre fin à ce problème. En 1982, ils avaient organisé une grande opération avec lâcher de parachutistes sur la commune d'Isoanala (district de Betroka, au Nord de Békily), sans résultat convaincant et la population l'avait perçue uniquement comme une propagande électorale. Depuis deux ou trois ans, le Sud est devenu une zone de danger permanent, pratiquement de « non droit ». Nous n'avons pu, pour des raisons de sécurité, nous rendre dans le Sud afin de compléter nos recherches en février 2014. La base de MSF avait été attaquée au début de l'année : cela traduit l'état d'esprit actuel des bandits, qui ne se limitent plus à voler des bœufs. Impunis, ils se livrent sans complexe à toutes sortes d'exactions. D'autres cas d'attaques à main armée de véhicules de transport collectifs font régulièrement la « Une » de la presse malgache. Ces méfaits sont considérés comme un véritable fléau socio-économique dans le Sud de Madagascar comme le note A. Razafitsiamidy (1997) : « *En portant atteinte à une fonction économique, la prolifération des vols de bœufs ne conduirait-elle pas en outre à saper les fondements de la société même ?* ».

Un phénomène d'une ampleur inédite défraie la chronique à Madagascar, au début de l'année 2012. Dans le grand Sud, les vols de zébus sont de plus en plus nombreux et de plus en plus violents. Selon la tradition, les voleurs de zébus agissent le plus souvent

seuls, pour ne dérober que quelques bêtes, afin de prouver leur courage et leur virilité. Ici on parle de centaines de malfaiteurs organisés en bandes armées de kalachnikovs, de milliers de têtes de zébus volées, de villageois tués ou blessés. C'est un trafic organisé à grande échelle et très lucratif. Des opérations musclées de maintien de l'ordre sont lancées depuis la capitale. Elles se soldent par des morts dans les deux camps, des villages incendiés, des victimes parmi les civils et une confusion grandissante, tandis que le chef présumé des *dahalo*, un certain Remenabile, demeure insaisissable. Un journaliste (TARABEY, 2014) a repris dans un ouvrage le détail des enquêtes qu'il a menées dans le Sud en 2012, au plus fort du conflit. Il compare à un réseau mafieux le « *trafic de zébus qui fonctionne comme une chaîne dont chaque maillon est un niveau de corruption. Il y a d'abord les vétérinaires agréés par l'Etat qui vendent des fausses boucles d'oreille, permettant de changer l'identité des zébus volés. Il y a ensuite des délégués administratifs dépendant du ministère de l'Intérieur qui vendent des faux passeports aux voleurs de zébus, nécessaires à leur transport à travers le pays. Enfin les gendarmes, sur les axes routiers reliant le Sud à la capitale malgache, ferment les yeux sur des camions suspects chargés de centaines de bêtes* ». Un zébu castré coûte en moyenne 200 euros. La bande de voleurs retranchée dans le district de Befotaka, fin juin 2012, aurait volé 3000 têtes, soit un gain de 600 000 euros à la revente. B. Tarabey (2014) rajoute que « *les armes de guerre de type kalachnikov dont sont équipés les voleurs leur seraient louées par des militaires !* ». Nous joignons en ANNEXE 5 l'extrait d'un article de presse paru à l'Ile de la Réunion en juin 2012.

Quels liens peut-on trouver avec les besoins de santé de la population ? Le vol de bœufs a un retentissement direct sur la santé de la population, terrorisée ou tuée. Les facteurs stress et découragement se font durement ressentir chez les victimes, des femmes blessées ou violées, des familles qui perdent leur toit (incendies), aggravant un état déjà précaire. Nous avons rencontré de petits éleveurs, ne possédant qu'un ou deux bœufs, leur seule richesse. Après un vol, ils se retrouvaient ruinés et désemparés. Il existe par ailleurs toute une pathologie traumatique collatérale (blessure par arme blanche, par arme à feu) : quels seront les recours des traumatisés ? Mais qui se préoccupe véritablement des victimes ? Sont-elles des branches ou des feuilles de baobab ? Quoiqu'il en soit, les voleurs en sont clairement les racines.

3. A Békily : médecine traditionnelle ou sorcellerie ?

« *Les grands conservateurs de tous les sortilèges, les marchands d'aoly (talismans) et de fanafoly (médicaments), ceux qui connaissent à fond la science du vintana et du sikily, qui prédisent l'avenir, font tomber la pluie, ceux qui jettent les sorts sont les ombiasy ou sorciers* » (DECARY, 1930). Les sorciers interviennent dans toutes les circonstances de la vie. Ils sont à la base de la « pratique médicale » traditionnelle. Si certains sont magiciens ou astrologues, d'autres sont devins et guérisseurs (*mpanafaka*).

Considérant que la maladie a une cause magique ou surnaturelle, ou comme étant plus simplement le fruit de malveillance, le traitement apporté comporte des talismans et

amulettes (*aoly*), préparés et vendus par le sorcier. Ils sont souvent très chers et innombrables. Les uns sont de simples morceaux de bois. D'autres, plus élaborés, sont des colliers dont les perles sont disposées d'une certaine manière. Certains seront enterrés dans la maison du malade, ou sur le pas de la porte, d'autres enfouis dans le parc à bœufs ou disposés à l'entrée du village. Nous citerons l'exemple du collier en bois d'*aviavy* (*ficus*), destiné à attirer l'amour des femmes. C'est une amulette percée d'un fragment de *roy pitiky*, mimosée épineuse possédant la vertu de « raffermir un amour chancelant ».

Le *sikily* est également un domaine dans lequel excelle le sorcier. « *Il consiste à tirer l'horoscope par des combinaisons de nombres obtenus à l'aide de graines de kily*⁷⁷ » (E 1). Le *mpisikily* (devin du *sikily*) se consulte traditionnellement deux fois par jour, le matin avant de partir au pâturage, pour connaître la direction dans laquelle diriger les bœufs sans danger, le soir pour savoir si la nuit sera tranquille, sans attaque. Les tracés obtenus par la disposition des graines symbolisent aussi bien des objets que les animaux, les êtres vivants, les âmes des morts, c'est-à-dire tout ce qui touche à la vie de l'Antandroy. Beaucoup d'Antandroy connaissent dans son ensemble la manière de faire le *sikily* ; tous savent les noms des différentes figures, mais peu ont la connaissance nécessaire pour en tirer des déductions détaillées.

Fin herboriste, le sorcier est le grand dispensateur de *fanafoly*, médication naturelle. Il connaît les vertus curatives de certaines plantes. A titre d'exemple, « *les racines bouillies de kotika servent à purger le corps, le tsimatavindrano est utilisé pour soulager les coliques, les infusions de mahavotsy calment les douleurs de l'estomac* » (E 10). Nous avons pu constater les effets bénéfiques de la poudre de *sakoa*, appliquée traditionnellement et avec efficacité par un blessé dans le village d'Ampanamperandrotsy (voir chapitre 10). C'est encore R. Decary (1930) qui nous rapporte un procédé empirique : « *Contre les piqûres et morsures existe une curieuse médication. On pratique une sorte de vaccination contre la piqûre des scorpions. De légères incisions sont faites à la main et à la langue, puis la queue du scorpion est arrachée et frottée sur les coupures. Ce procédé aurait un pouvoir immunisant. Les morsures de chiens enragés seraient également traitées de façon traditionnelle par l'application du latex frais de famata mainty* ». Tisanes et mixtures diverses sont préparées avec ces plantes, et utilisées aussi bien en boissons qu'en emplâtres sur la morsure qu'elles rendent inoffensive. Si la maladie s'aggrave, le malade ne sort plus de sa maison, marquée d'une petite botte de paille, ou avec la queue d'un bœuf, attachée à un piquet planté devant la façade nord. Les murs extérieurs sont marqués d'un trait rouge continu. Tous ces signaux portent le nom de *vorovory* : nous l'avons observé dans nos déplacements. Simultanément, le sorcier est appelé. Un premier *sikily* est réalisé en privé, qui ordonne un sacrifice préliminaire. Un second indiquera la plante qui « sauvera » le malade : on va alors récolter la plante, dans une direction indiquée par le « soignant ». On la fait en général bouillir pour obtenir une tisane qui est censée apporter la guérison au malade. Les échecs ne démontrent nullement la mauvaise qualité des « médicaments » administrés, ni l'incapacité du sorcier : ils sont seulement une preuve que le malade est soit victime d'agissements de mauvais sorciers

⁷⁷ Le *kily* est le tamarinier. *Békily* signifie « là où il y a beaucoup de tamariniers ».

plus puissants que le guérisseur, soit l'objet d'une sévère punition de la part des ancêtres ; on croit cela notamment en cas de transgression de tabous. « *Dans les croyances populaires, une maladie n'a jamais de cause naturelle* » (E 3). On peut aller très loin dans cette opinion : « *un Antandroy atteint de blennorragie ne manque pas de se déclarer victime d'un ennemi qui a caché des aoly dans la terre sur laquelle il a uriné* » (E 6). A plus forte raison en est-il ainsi de la mort, que celle-ci soit violente ou le simple fait de l'âge avancé.

Le *sandratse* est une autre « technique médicale » connue dans d'autres lieux sous le nom de *bilo* ou *salamanga*. Il est généralement utilisé lorsque les autres moyens ont échoué ou lorsqu'on suppose le malade possédé par des mauvais esprits qu'il conviendra de chasser. Cette méthode demande l'intervention conjointe du sorcier et du prêtre. « *Après des chants et danses rituels exécutés par les parents et amis du malade, le sorcier fixe un jour faste, où le malade devra trouver coûte que coûte la force suffisante pour se lever, se parer de bijoux et danser au son du tambour au milieu de la foule des assistants ; on dit alors qu'il est en situation de tia rano - qui aime l'eau* » (E 3). La cérémonie peut durer plusieurs jours, puis le guérisseur désigne un ou plusieurs bœufs pour être sacrifiés. Il indique en même temps les endroits où devra frapper la sagaie qui les abattra. Le *mpisoro* procède à ce sacrifice et le patient boit une partie du sang chaud qui coule des animaux abattus ; le sang sert en outre à oindre son front et celui de sa famille ; en outre, il sera lancé en aspersion sur les murs de sa maison. Finalement, cette cérémonie, qui n'est rien d'autre qu'un exorcisme, se termine par un grand bain purificateur : les mauvais esprits sont partis et le malade doit être guéri. « *Je me suis beaucoup intéressé à toutes ces coutumes, lors de la rédaction de mon mémoire à l'école d'infirmier. Le temps n'a pas tout effacé. Ces populations vivent en vase clos, très isolées, cela a permis la survivance de ces rites et traditions rurales* » (E 3).

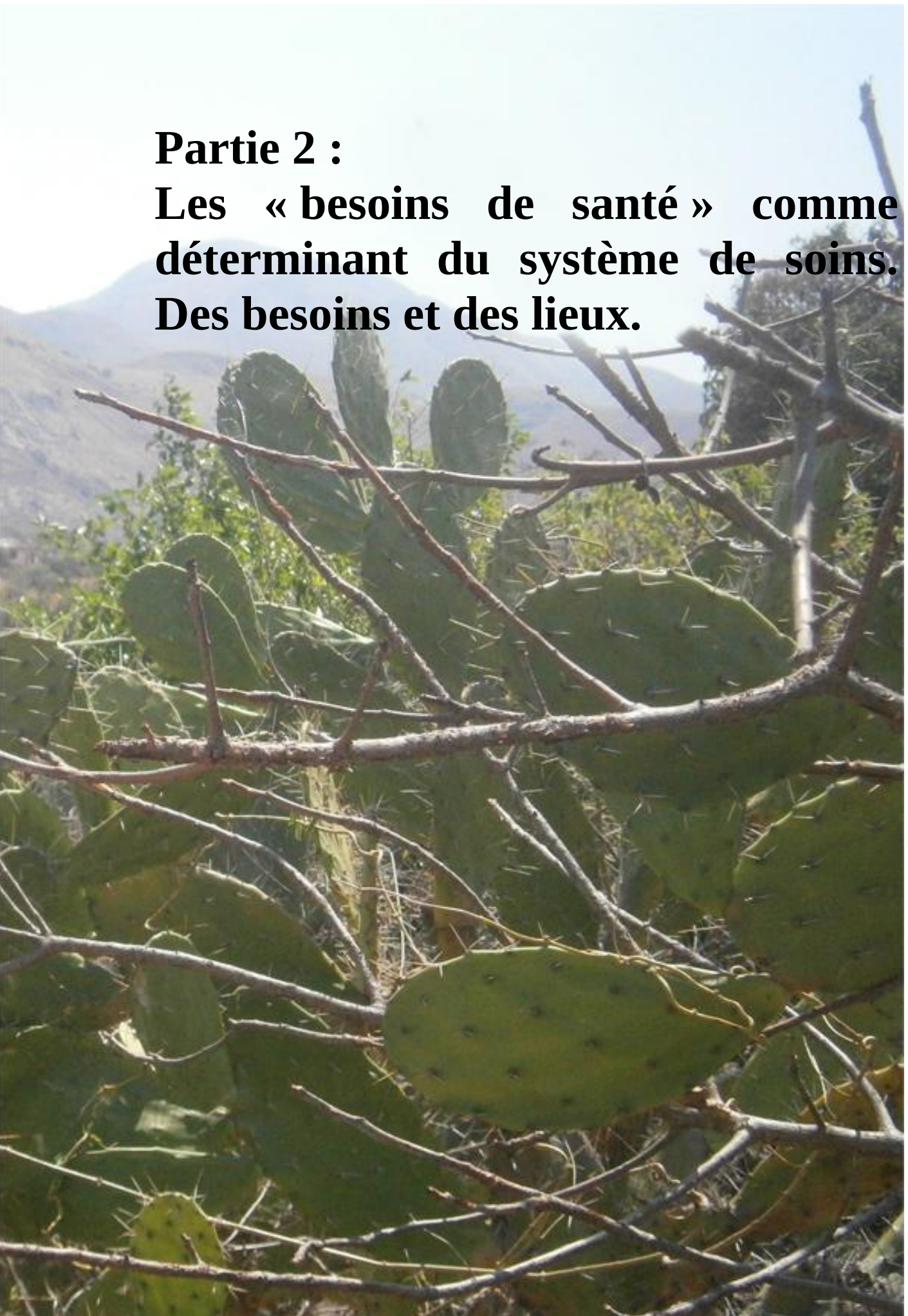
Afin de clore cette partie, nous citons R. Decary (1930) pour une ultime anecdote : « *Un de mes porteurs prend à pleine main un gros scorpion trouvé sous une grosse pierre, puis le met dans sa bouche qu'il referme, et le conserve ainsi pendant une minute... Immobile, la bête est installée au beau milieu de la langue, la queue repliée et relevée. Le scorpion, rejeté sur le sol, et demeuré tout aussi vigoureux, veut se sauver. Le bourjane⁷⁸ l'immobilise, un doigt posé sur sa face dorsale, et se trouve ainsi dans la position la plus favorable pour être piqué. Rien. Pour en avoir le cœur net, je veux à mon tour prendre le scorpion. L'indigène effrayé m'en empêche délibérément et jette l'animal au loin...* ». La « magie » des Antandroy ne serait-elle efficace que sur eux-mêmes ?

⁷⁸ Le bourjane (*borizano*) est un porteur de colis et de *filanzana*, la chaise à porteurs qui était le moyen de transports en usage par les colons au début de siècle dernier.



Partie 2 :

**Les « besoins de santé » comme
déterminant du système de soins.
Des besoins et des lieux.**



Introduction à la seconde partie

A Madagascar, les besoins de santé devraient à priori être dominés par la pathologie infectieuse, une des caractéristiques des pays tropicaux défavorisés. Mais que savons-nous au juste de ces besoins ? On s'interrogera avant tout sur les moyens de connaître le plus précisément possible l'état de santé d'une population. Une première réponse pourrait être la suivante : « il suffit de le mesurer ». Evidemment. Si l'on dispose de données statistiques justes et des moyens nécessaires (financiers avant tout, mais aussi de compétence humaine : ce sont des statisticiens, épidémiologistes, travaillant dans des services bien équipés) pour les traiter, on va se baser sur les valeurs du taux de mortalité affiché, avec pour corollaires le chiffre de l'espérance de vie et celle du taux de morbidité en population générale, couplé avec les données issues du système de soins. Les pays riches disposent des moyens adéquats mais cela ne se révèle pas plus facile pour autant (SALOMEZ, LACOSTE, 1999). Il en va tout autrement dans un pays pauvre, qui n'a ni la capacité financière de le faire pas plus qu'il ne dispose de services adaptés : il y a peu de personnes formées en ce sens à Madagascar. On peut répondre à ce premier questionnement d'une autre façon : souhaitant déterminer les besoins de la population, on se basera sur une appréciation reposant sur des études précises, sur un thème particulier, avec de véritables mesures scientifiques.

Un certain nombre d'études ont été produites à l'échelle nationale : les unes concernent la santé des ménages au sens large, les autres s'intéressent à un problème sanitaire plus spécifique comme le paludisme et les grandes endémies de façon générale, la malnutrition, l'accès à l'eau et à l'assainissement ou encore la mortalité infantile. Des études ont été réalisées à une échelle plus fine, citons celle concernant la situation sanitaire et nutritionnelle dans le district de Békily ou une autre traitant des problèmes d'assainissement à Mandritsara. Nous nous proposons dans le chapitre 3 d'exposer et d'analyser ces recherches, tout en les reliant à des observations personnelles.

Nous avons choisi de travailler dans le milieu rural, d'un accès compliqué, ce qui majore les difficultés. Se présentent alors d'autres questions, auxquelles nous allons tenter de répondre. Comment savoir les vrais besoins de santé de la population rurale ? Vaste champ de recherche. Tous les malades vont-ils consulter dans un service de soins moderne ? Les registres tenus par les médecins de brousse sont-ils lisibles et fiables ? Les diagnostics établis à la campagne sont-ils suffisamment précis et justes ? Les décès et leurs causes sont-ils justement déclarés et quel est leur degré de fiabilité ? Le chapitre 4 est consacré au résultat de recherches personnelles sur les besoins de santé, tout d'abord à Mandritsara et dans son environnement, puis à Békily où nous nous sommes « penchés » sur le problème de la bilharziose.

Les besoins de santé représentent un déterminant fondamental du système de soins ; celui-ci sera détaillé dans la partie suivante.

Chapitre 3 : Pas de dérive pour les besoins de santé à Madagascar. Etat des connaissances

A. LES BESOINS DE SANTE DES MENAGES MALGACHES

Un rapport d'experts intitulé ENSOMD 2012-2013 a été établi par l'INSTAT (2013). L'institut officiel des statistiques qui délivre ce rapport a pu bénéficier de l'appui de nombreux partenaires financiers et techniques. Citons pour mémoire le PNUD, l'Unicef, le PAM, l'UNFPA⁷⁹, entre autres. Les enquêtes se sont déroulées auprès d'un échantillon de ménages sur tout le territoire malgache, entre les mois de septembre 2012 et novembre 2013. Le but fut d'évaluer les indicateurs retenus pour les objectifs du millénaire, et ainsi fournir une base de données concernant des variables économiques et socio-démographiques. Le cadre institutionnel est représenté par le ministère de l'économie et de l'industrie. Il s'agit d'une étude nationale et régionale. Nous allons développer dans cette partie les éléments concernant la santé des ménages. Différents indicateurs sont mesurés, dont nous fournirons les résultats, suivis de commentaires personnels. Les critères retenus pour évaluer la situation sanitaire sont globalement la région d'appartenance, l'âge, découpé en quintiles, le lieu de résidence (urbain, rural) et les catégories sociales (cela va des ménages les plus pauvres aux ménages les plus aisés). L'analyse est orientée principalement vers les soins de santé curatifs. Les résultats se basent sur des déclarations individuelles de maladie mais ne tiennent en aucun cas compte du taux de fréquentation d'une formation sanitaire et de statistiques éventuellement tenues par un professionnel de santé.

1. Incidence de la maladie dans la population

En moyenne nationale, 11% des personnes ont présumé avoir été malades durant les deux semaines ayant précédé l'enquête. On observe des disparités régionales variant de 7,4% pour l'Itasy⁸⁰ à 16,7% pour la région Vatovavy Fitovynany. Les deux régions auxquelles appartiennent nos terrains, Sofia pour Mandritsara et Androy pour Békily, ont des taux respectivement de 11,4% et 11%, se situant par conséquent dans la moyenne nationale. On doit signaler que le taux d'incidence le plus important se situe dans le milieu rural le plus riche. Par groupe d'âge, on constate les plus forts taux pour les catégories de moins de 1 an (19,4%) et de 1-5 ans (17,5%).

2. Types de maladies affectant la population

Les ménages ont déclaré majoritairement cinq types de maladies ou symptômes, qui à eux seuls couvrent 77% des cas. Par ordre décroissant, on trouve la fièvre (43% des réponses), la diarrhée (13%), les infections respiratoires aiguës (8%), des traumatismes divers (7%) et une toux durant depuis plus de 3 semaines (6%). Les autres affections signalées

⁷⁹ Il s'agit du Fonds des Nations Unies pour la population.

⁸⁰ On pourra se reporter à la carte 13, concernant le découpage régional de Madagascar (page 75).

comprennent les problèmes bucco-dentaires, les maladies de la peau, l'hypo- ou l'hypertension artérielle, les infections sexuelles, les maladies de l'œil, les troubles gynécologiques, la rougeole et les maladies mentales. Cela fait au total un nombre de seulement 13 « affections » sur des centaines de maladies connues. On ajoutera que les infections respiratoires et la toux sont plus fréquentes dans les ménages les plus pauvres ; la fièvre et les infections respiratoires, par contre, dominent chez les plus aisés. Nous indiquons dans le tableau suivant les valeurs des régions Sofia et Androy avec une comparaison avec les valeurs nationales, dans le milieu rural et le milieu urbain.

Tableau 5 : Les taux (%) de maladies déclarées par les ménages selon le lieu

Type de maladie	Région Sofia	Région Androy	Milieu rural	Milieu urbain
IRA	8,5	2,7	7,7	6,7
Fièvre	4	2,7	47,6	42,5
Diarrhée	7,1	3	10,2	12,9
Maladies de peau	10	0,9	2	2,6
Affections bucco-dentaires	9,7	2,4	3,3	4,4
Infections sexuelles	38,3	0	0,3	0,2
Traumatismes divers	4,5	3,2	4	6,2
Maladies de l'œil	8,8	2,7	1,7	1,5
Problèmes de tension artérielle	1,4	5,4	3,8	2
Toux de plus de 3 semaines	4,5	10,2	3,3	5,1
Maladies gynécologiques	17,1	8,5	0,8	1,2
Rougeole	10	1,2	0,8	0,3
Maladies mentales	7,1	2,5	0,5	0,5
Autres	6,2	4,3	14,2	13,9

Source : INSTAT, 2013

Que peut-on déduire de ces chiffres ? Ou bien que doit-on ou peut-on en penser ? Il y a peu de fièvre dans les régions Sofia et Androy (4% et 2,7%), comparativement à la moyenne nationale et même par rapport au milieu rural (47,6%). La campagne aurait-elle un effet protecteur ? Pourquoi y a-t-il autant de maladies sexuelles dans la région Sofia (38%), alors que le niveau est nul par ailleurs ? Seraient-elles exacerbées par un mystérieux facteur de risque ? Dans la région Androy, il n'y en a pas du tout, mais ici par contre, un dixième de la population serait tuberculeuse (toux chronique) ! Alors, y a-t-il une épidémie d'infections sexuellement transmissibles dans la région Sofia ou cette région est-elle une zone endémique ? Nous pensons plutôt à une facétie de statisticien. Les maladies gynécologiques déclarées sont elles-aussi très importantes dans cette région (17,3%), soit le double de la région Androy, alors que sur le plan national le taux est très faible. Par ailleurs, si l'on fait la somme de ces pourcentages, le total n'arrive pas à cent : des personnes ont peut-être déclaré plusieurs maladies. Il n'y a pas de différence significative entre les taux de fièvre déclarés en ville et à la campagne, mais elles seraient par contre mystérieusement absentes de la Sofia (4%) et de l'Androy (2,7%). Inutile de préciser que même ces statistiques officielles nous laissent dubitatifs et songeurs.

3. Taux de consultations médicales

Pour mesurer le taux d'accès aux soins, il est important d'estimer la proportion d'individus qui ont consulté un médecin, que ce soit pour des soins curatifs ou préventifs. En cas de maladie, 37,7 % des gens déclarent avoir consulté un médecin, c'est-à-dire qu'à contrario plus de 6 personnes sur 10 se sentant malades n'ont pas eu recours aux services de santé. Comment gèrent-elles ces situations ? Est-ce un problème de délai de consultation ? Il est toujours possible d'attendre quelques jours avant de consulter, au cas où l'état s'améliorerait spontanément. Ces aspects ne sont pas pris en compte dans cette étude. Nous n'insisterons pas sur ce rapport, il est au fond peu informatif sur les réels besoins de santé de la population malgache.

B. A PROPOS DES MALADIES INFECTIEUSES

Pour introduire au mieux cette partie importante, nous retranscrivons des extraits d'une interview⁸¹ accordée à la presse malgache par le Pr C. Rogier, directeur actuel de l'Institut Pasteur de Madagascar.

« En quoi consistent vos activités en tant que centre de surveillance de certaines maladies ? – *L'IPM est centre collaborateur OMS pour la peste, laboratoire national de référence OMS pour la grippe, la poliomyélite et la rougeole, centre ou laboratoire national de référence pour le ministère de la Santé ou le ministère de l'Elevage pour la rage, les virus transmis par des insectes (arbovirus), pour les bactéries qui provoquent le choléra, la typhoïde ou la dysenterie, pour la tuberculose, pour l'analyse des eaux dans les industries agro-alimentaires et le contrôle des denrées animales, et pour de nombreuses autres maladies touchant le bétail... L'IPM accueille aussi des laboratoires du Ministère de la Santé comme le Laboratoire central de la bilharziose. Dans ces laboratoires très spécialisés, les techniciens et les biologistes effectuent les diagnostics et les recherches qui permettent à Madagascar de lutter au mieux ou de prévenir les maladies provoquées par des microbes souvent dangereux. Pour effectuer cela en toute sécurité, le personnel est spécialement formé et entraîné, et l'IPM dispose des équipements nécessaires comme le seul laboratoire de sécurité de classe 3 (NSB3) de Madagascar permettant de travailler sur des virus responsables de fièvres hémorragiques, des arbovirus ou les bactéries de la tuberculose résistantes aux antibiotiques.* – **Comment se passent concrètement les travaux de surveillance ?** – *La surveillance épidémiologique qui repose sur les travaux de laboratoire dont je vous ai parlé précédemment implique aussi un vaste réseau de sites sentinelles, trente-quatre centres de santé de base, dix-sept hôpitaux et près de quatre-vingt agents de santé communautaire qui, tous les jours ou une fois par semaine, dans l'ensemble du pays, envoient par SMS ou par internet des informations sur la santé des populations, sur les fièvres... Ce système sentinelle et les examens de laboratoire ainsi que les connexions étroites avec les responsables du ministère de la Santé, au niveau des districts, des*

⁸¹ L'Express de Madagascar, 24.12.2014. Propos recueillis par Lova Rabary-Rakotondravony.

régions et au niveau central, permettent de détecter rapidement des épidémies, d'en identifier les causes, et d'orienter les responsables de la lutte vers les méthodes les plus appropriées. Parfois, le personnel de l'IPM est impliqué directement dans la riposte, aux côtés des médecins et infirmiers du ministère, comme c'est régulièrement le cas contre les épidémies de peste. Mais l'IPM ne participe pas seulement à la veille. Son travail de recherche, parfois long et souvent difficile, permet de mieux comprendre comment les maladies qui frappent notre population s'enracinent ou se transforment en épidémies, comment les microbes ou les insectes, les moustiques ou les puces, deviennent résistants aux antibiotiques ou aux insecticides, pourquoi nos compatriotes ne suivent pas toujours les conseils qui leur sont donnés... Ce travail de fond permet à l'IPM de mieux conseiller le Ministère de la santé sur les médicaments, les insecticides et les stratégies à utiliser. –

Quelles sont les principales maladies ou pathologies que Madagascar devrait craindre aujourd'hui ? – La saison du paludisme va débiter, en particulier sur les côtes mais aussi éventuellement à l'intérieur du pays si la population ne se protège pas, par exemple, avec des moustiquaires imprégnées d'insecticide, ou si elle ne consulte pas à temps en cas de fièvre. Le paludisme comme la peste est pris en charge gratuitement à Madagascar. Il existe une multitude de maladies infectieuses dont beaucoup restent négligées. Je pense en particulier à la bilharziose qui est transmise lorsque l'on entre en contact avec l'eau douce de lacs ou de rivières. Elle provoque des hémorragies dans les selles et les urines et peut finir par tuer. Une campagne de traitement de masse du Ministère de la santé financée par la Banque Mondiale commencera dans les prochaines semaines. L'IPM a contribué à l'analyse de l'étendue du problème. Je pense aussi à la tuberculose qui reste à un niveau très élevé dans notre pays, bien que les infections par le VIH soient trop rares pour en expliquer l'importance : elle est d'abord due à la promiscuité, à l'état nutritionnel et au niveau économique et social d'une grande partie de notre population. Il ne faut pas oublier non plus des maladies non transmissibles comme le diabète et l'hypertension artérielle qui, avec le tabagisme, provoquent des maladies cardiovasculaires comme les AVC (accidents vasculaires cérébraux) ou les infarctus : elles sont la première cause de mortalité à Madagascar, avant les maladies infectieuses... L'IPM a donc commencé des recherches sur ces maladies. – **On parlait aussi à une époque de la dengue, du chikungunya et d'autres arboviroses. Ces maladies ne sont-elles plus d'actualité ?** – Comme je vous l'ai dit, l'IPM entretient un réseau de surveillance des fièvres en partenariat avec le Ministère de la santé. Il a aussi mené des études dans une soixantaine de sites dans le pays sur plus de 1 600 personnes pour évaluer l'importance de ces maladies virales. Ces travaux ont confirmé que les virus de la dengue et du Chikungunya avaient récemment circulé, mais qu'il n'y avait pas actuellement d'épidémie. En 2012-2013, 6,5% et 13,7% des habitants de Madagascar avaient été respectivement infectés, au cours des années précédentes, par les virus de la dengue et du Chikungunya, surtout sur les côtes Est et Nord du pays, dans les zones chaudes et humides. A l'échelle du pays, il semble donc que le niveau de transmission de ces virus soit resté relativement bas, bien inférieur à celui connu, par exemple, à La Réunion, probablement car les conditions écologiques et climatiques, et la distribution des moustiques capables de les transmettre ne le permettaient pas sur une grande partie du pays. La diffusion de ces moustiques et des conditions climatiques plus chaudes

pourraient changer cette situation. – Les autorités sanitaires hésitent souvent à révéler au public l'existence des épidémies ou d'autres cas de maladies. L'information du public n'est-elle pas un moyen de prévention efficace ? – En principe, informer les personnes à risque est nécessaire pour leur permettre de mieux se protéger et de prendre les dispositions nécessaires. Je peux témoigner que dans les populations où des épidémies avaient cours et où l'IPM intervenait aux côtés des autorités sanitaires, l'information était connue par le plus grand nombre et était relayée par le personnel de santé, les maires, les chefs de fokontany et les agents communautaires. C'est d'ailleurs à ces derniers qu'il est habituellement fait appel pour mobiliser la population et adopter les attitudes les plus appropriées. En ce qui concerne la communication d'informations à la presse, il est nécessaire que les données soient préalablement vérifiées et confirmées. Cela peut prendre un temps qui est parfois préférentiellement consacré, dans les phases initiales, à la riposte contre l'épidémie. Par ailleurs, le respect de la vie privée et du secret médical limitent la portée des informations sanitaires qui peuvent être rendues publiques. – Mais n'est-ce pas pour des raisons de prévention justement que l'OMS a instauré le principe de l'obligation de déclaration ? – Il existe un petit nombre de maladies dont le potentiel épidémique planétaire oblige les pays à la déclaration. C'est le cas de la peste. L'OMS, cependant, ne rend public que les données que les Ministères de la santé veulent bien déclarer. Il n'y a donc pas d'antagonisme possible entre l'OMS et les autorités sanitaires des pays. »

1. Milieu naturel, milieu humain et paludisme à Madagascar

Avant de traiter le sujet du paludisme à Madagascar, il semble important d'apporter quelques précisions théoriques générales sur les maladies infectieuses tropicales, leurs liens étroits avec le milieu naturel et le milieu humain, qui sont autant de déterminants de ces maladies.

a) Le milieu naturel tropical : un nid pour les parasites

Les parasitoses sont des bornes que la nature impose à l'expansion des sociétés humaines en altérant l'équilibre des êtres vivants

Marc GENTILLINI

- Les milieux naturels intertropicaux

Le milieu tropical, qui couvre 38 millions de km² à la surface de la Terre, n'est pas uniforme : le degré de précipitations est à l'origine de sa diversité. Par conséquent, toutes les maladies dites « tropicales » ne couvrent pas forcément l'ensemble de ce milieu. Les différentes affections présenteront aussi des variantes d'une région à l'autre : par exemple le paludisme, maladie fort complexe, montre des caractères épidémiologiques différents selon le régime climatique. La zone intertropicale est caractérisée par l'existence d'une température toujours élevée, la moyenne du mois le plus froid étant supérieure à 18°C, avec une amplitude thermique annuelle inférieure à l'amplitude thermique diurne. On

trouve dans cette zone aussi bien des déserts (Sahara), que les régions humides du golfe de Guinée. Pour les géographes, le milieu tropical désigne la partie de la zone intertropicale chaude toute l'année, et suffisamment pluvieuse pour permettre les cultures sans irrigation, ce qui correspond à des zones où la pluviométrie est supérieure ou égale à 400 mm / an. Cette isohyète délimite une bande irrégulière de part et d'autre de l'équateur, le Sud de Madagascar au climat semi-aride en est exclu. On classe les climats tropicaux selon deux principaux critères. Le chiffre total de précipitations annuelles détermine les zones tropicales humides, avec des précipitations supérieures à 2000 mm / an, et les zones sèches, à moins de 1000 mm /an. Il y a entre les deux des zones dites intermédiaires. Le second critère inclut les régimes saisonniers. On va parler de mois secs (moins de 50 mm de pluie) ou de saison sèche (au moins trois mois secs consécutifs). Ainsi caractérisés, les climats se répartissent en plusieurs types : équatorial, subéquatorial, tropical et sahélien. A proximité de l'équateur, il pleut toute l'année. Les nuages masquent souvent le soleil, les pluies sont quasi quotidiennes. La côte orientale de Madagascar jouit d'un climat subéquatorial, c'est une exception, car elle se trouve loin de l'équateur. Les climats tropicaux à proprement parler sont plus contrastés. On distingue une saison aux pluies abondantes et une saison sèche, aux durées variables selon les régions. Enfin existe le climat sahélien, qui n'est autre qu'un climat tropical sec (ou court) accentué ; on le rencontre au Sud-Ouest de Madagascar.

- Le milieu naturel tropical dans ses relations avec les maladies transmissibles

Les **affections parasitaires** sont les maladies infectieuses les plus largement répandues dans la zone tropicale. Elles forment des complexes pathogènes dont les différents éléments sont l'homme, l'agent pathogène et son vecteur ; chacun de ces éléments est soumis aux contraintes, ou aux atouts du milieu naturel. Ainsi ces maladies ont une répartition précise dans l'espace et le temps. L'aire de développement de ces parasitoses coïncide donc avec un milieu naturel géographiquement déterminé. Le biotope privilégié des vecteurs de nombreux complexes pathogènes tropicaux est aquatique ; la surface des eaux douces joue un rôle important, aussi bien dans la répartition spatiale que dans la transmission des parasitoses. Les caractères de ces eaux de surface comme les variations annuelles de niveau, la température ou l'acidité, sa limpidité ou sa turbidité, sont des facteurs susceptibles de limiter la diffusion s'ils ne répondent pas aux exigences des vecteurs (GENTILLINI, DUFLO, 1982). L'exemple le plus classique concerne la répartition de la bilharziose, présente presque partout à Madagascar, la forme digestive sévissant à l'Est du pays et la forme urinaire à l'Ouest et au Sud (COULANGES, 1977). Cette distribution est liée aux exigences des mollusques, jouant le rôle d'hôte intermédiaire de la maladie. Le principal facteur limitant pour la diffusion de l'une ou l'autre forme est la température de l'eau douce dans laquelle vivent ces mollusques. Cette maladie est le sujet d'une étude de cas qui conclura le chapitre 4 de cet ouvrage.

b) Besoins de santé et milieux humains

Madagascar est un pays pauvre : la transition épidémiologique⁸² est loin d'être terminée. Sa situation en zone intertropicale confronte le pays aux maladies infectieuses tropicales. Par ailleurs, les maladies infectieuses cosmopolites, également présentes, s'acharnent sur une population restée vulnérable. Pauvreté et malnutrition sont des facteurs aggravants des maladies infectieuses ; les germes vont trouver des terrains affaiblis et favorables pour exprimer leur virulence. Par ailleurs, nous verrons que les zones urbaines tropicales soumettent la population à de nouveaux risques. Ces maladies infectieuses impacteront le système de soins de manière directe, mais aussi l'économie globale du pays. Soignés et soignants sont exposés au même risque : les malades venant consulter et les personnels de santé potentiellement malades, devront cesser temporairement leur activité.

Le milieu humain met classiquement en opposition les espaces ruraux et les zones urbaines. Le milieu rural est à distinguer du milieu agricole : en effet toutes les personnes vivant à la campagne n'exercent pas une activité agricole, même si elles sont largement majoritaires à Madagascar. Les habitants des espaces ruraux ont en commun une caractéristique, à savoir un contact, professionnel ou non, avec le milieu naturel qui comprend les vecteurs de maladies, les agents pathogènes et l'environnement. On s'intéressera par ailleurs à « *leur exposition aux maladies transmissibles, leurs mentalités, leurs attitudes et leurs pratiques devant la maladie et la mort, leur isolement plus ou moins prononcé (distance), leur desserte médicale élémentaire ou inexistante, leur dépendance à l'égard de la ville...* » (PICHERAL, 2001), autant de thèmes qui sont les objets centraux de notre étude. Quels sont les liens entre le milieu humain et l'état sanitaire ? Les relations entre milieu et état de santé ne sont pas les mêmes selon que l'on envisage un espace rural ou une zone urbanisée. Dans l'espace rural tout d'abord, on observe potentiellement deux types de situations : ou bien l'homme, par son mode de vie, subit les contraintes du milieu, ou bien il les modifie. Ainsi certaines maladies peuvent être atténuées, voire disparaître, d'autres au contraire vont se renforcer ou s'installer dans des régions jadis indemnes (GENTILLINI, DUFLO, 1993). Cette situation tend à devenir la règle lors du bouleversement des modes de vie traditionnels, provoqué par les contraintes du développement économique fondé sur une intensification de l'agriculture vivrière ou l'essor d'une agriculture commerciale.

- Mode de vie traditionnel : des lieux pour un lien

Le milieu rural malgache est marqué par un profond attachement au mode de vie traditionnel. Les populations conservent des habitudes domestiques qui les exposent largement au contact avec les vecteurs des maladies tropicales. Tous les villages disposent d'un point d'eau, ce fut même la condition essentielle de l'implantation humaine à cet endroit. Qu'il s'agisse de la rivière, d'un étang ou d'une mare, plus ou

⁸² La transition épidémiologique désigne « *le passage d'une structure pathologique dominante à une autre, mais aussi un processus de transformation radicale des âges des décès* » (MESLE, VALLIN, 2000). La transition sanitaire, par contre, fait référence à la seule dynamique des facteurs qui ont conduit au progrès durable de l'espérance de vie.

moins éloignés du village, ces lieux sont créateurs d'un lien social fort. L'eau, parfois rare, est vitale et sert aux besoins domestiques de base de la population, avec un contact quotidien obligatoire (baignade, lessive, corvée d'eau ou jeux pour les populations plus jeunes). Par ailleurs les activités professionnelles sont également à risque, que ce soit la riziculture, l'élevage (les animaux doivent aussi boire et donc être menés à une source d'eau) ou la pêche artisanale. Chaque contact avec l'eau crée un risque potentiel de contamination avec divers micro-organismes pour qui ces espaces sont également source de vie. En milieu tropical, la vie des hommes, comme celle des vecteurs et des germes dépend de ces points d'eau : ainsi, par son mode de vie lui-même contraint pour des raisons économiques, l'homme de la campagne va subir de façon directe les contraintes du milieu.

Des modifications de l'écosystème se produisent si l'on cherche à intensifier la production agricole. Il en est ainsi, dans les régions à climat tropical contrasté, du développement de la riziculture irriguée, nécessitant la maîtrise des techniques de l'eau, notamment par la construction de barrages et d'un réseau d'irrigation. Les incidences sur le plan sanitaire sont telles qu'elles peuvent compromettre l'avenir de ces réalisations : la période de transmission des infections s'allongera pour devenir permanente. Les lacs de retenue, les canaux créés, offrent des gîtes potentiels ; par conséquent, le nombre des points de rencontre entre les hommes, les vecteurs et les parasites, augmente. Des parasitoses hypothèquent parfois la réussite de tels projets, comme l'onchocercose (PICK, PHILIPPON, 1981) et la bilharziose. La transmission de l'onchocercose (dont le vecteur est la simule), nécessite des eaux rapides. Cette maladie⁸³ pose des problèmes de santé publique dans les savanes de l'Afrique occidentale. Pour la bilharziose, les nouveaux points d'eau deviennent de nouveaux lieux de vie pour les mollusques vecteurs : le développement agricole contribue à la propagation de la maladie (GRISORIO, 2004), en l'aggravant, du moins tant que les comportements des populations resteront les mêmes.

Les risques d'exacerbation de certaines parasitoses sont accrus par deux autres facteurs humains : les migrations et l'augmentation de population qui en découle. Les emplois offerts par les projets d'aménagement attirent des populations extérieures. Les travailleurs migrants, venant de régions indemnes, non prémunis, sont hautement réceptifs et leur nombre devient suffisant pour boucler le cycle de la maladie. Des travailleurs contaminés s'installent en zone indemne où, si toutes les conditions sont présentes pour l'éclosion de la maladie, se crée un nouveau foyer. Dans tous les cas, une notion fondamentale apparaît : celle de la densité humaine. Une augmentation rapide de la densité de population multiplie les possibilités de contact homme-vecteur-parasite, et accroît ainsi le danger de dissémination de la maladie. Le foyer a tout d'abord un caractère sporadique, puis il prend de l'extension et va se transformer en zone endémique. Inversement, il existe un seuil au-dessous duquel le cycle de la maladie comporte peu de risque de se fermer.

Dans les zones forestières, le développement de l'agriculture impose le défrichage pour installer de vastes plantations ou étendre les surfaces consacrées aux cultures vivrières.

⁸³ Cette maladie parasitaire, connue sous le terme de « cécité des rivières », épargne Madagascar.

Des clairières de plusieurs milliers d'hectares créent, au cœur de paysages forestiers fermés, des écosystèmes ouverts propices à l'installation de vecteurs sylvicoles. C'est le cas dans la forêt amazonienne pour la production de biocarburant, mais aussi en Afrique occidentale, où désormais les vecteurs du paludisme prolifèrent là où ils n'étaient que dispersés et rares. Des espaces très vastes rassemblent une importante main d'œuvre dans des zones auparavant sous-peuplées, renforçant la relation homme-vecteur et devenant de nouveaux espaces épidémiologiquement dangereux.

- Facteurs majorant la fréquence des maladies transmissibles

On insistera sur trois facteurs principaux, majorant la fréquence des maladies infectieuses. Le **manque d'hygiène** détermine la contamination du milieu naturel et par ce fait même, l'infection de la population. Il peut se traduire de différentes façons : la souillure de l'eau et des aliments, les mains sales, le péril fécal, les contacts telluriques permanents pour tous les groupes d'âge. On conçoit ainsi la forte fréquence des infections gastro-intestinales qui se manifestent rapidement par des diarrhées, entretenant un cycle perpétuel de transmission-contamination. Les **conditions d'habitat** favorisent les infections à transmission interhumaine directe. La promiscuité dans des petites habitations, souvent mal ventilées, majore l'incidence de la rougeole et autres affections respiratoires (tuberculose, coqueluche, pneumonies). Les **conditions de vie** sont précaires dans le milieu rural. Il n'y a nulle part un réseau de distribution d'eau potable. En outre, les points habituels d'alimentation en eau de boisson sont régulièrement souillés par des germes à tropisme digestif.

- Facteurs aggravant les maladies infectieuses tropicales

Parmi les facteurs aggravants l'évolution des infections tropicales, on insistera tout d'abord sur les **pratiques traditionnelles**, us et coutumes au sens large. Les interdits de natures diverses sont encore très présents dans les campagnes où la population vit « en vase clos ». On trouve de nombreux tabous vis-à-vis des conditions d'hygiène les plus élémentaires. C'est un facteur d'aggravation de certaines maladies par ailleurs bénignes. Ainsi un enfant souffrant de diarrhée sera parfois mis à la diète ; de même, on va retarder une consultation médicale par crainte ou manque de confiance dans les soins dits « modernes ». Une **infrastructure sanitaire insuffisante**, l'accès difficile à des médicaments essentiels, majorent encore les facteurs précédents. Enfin les **carences nutritionnelles** déterminent également une aggravation de toutes les pathologies, spécialement chez les enfants en bas âge : les carences apparaissent souvent dès le sevrage de l'allaitement. Le lait maternel n'est remplacé par aucun laitage de substitution. Les produits laitiers frais sont rares dans les campagnes malgaches, malgré l'importance du bétail dans certaines zones : celui-ci n'est pas destiné à la production laitière. Dans certains villages cependant, on trouve un peu de lait de chèvre frais, mais il est en général réservé aux adultes. On n'a pas conscience de l'importance des produits laitiers pour la croissance, par manque d'éducation, on ne le sait tout simplement pas. Les régimes alimentaires vont varier en fonction des écosystèmes et des traditions ancestrales mais

globalement les pays tropicaux se caractérisent par une faiblesse de la consommation de protéines animales. La malnutrition protéino-calorique est par conséquent la plus souvent observée. Dans le Sud malgache, le régime alimentaire quotidien est peu varié, à base de racines et tubercules, manioc ou patates douces, aliments amylacés au fort pouvoir calorique mais pauvre en protéines. Par contre les besoins en vitamine C sont couverts. Dans le Nord, le riz est à la base de l'alimentation de tous les habitants de la campagne, la viande est rarement présente et de toute façon, en quantité insuffisante. Des facteurs culturels, sociaux et économiques viennent parfois déséquilibrer un peu plus ces régimes. Les interdits alimentaires, permanents ou temporaires, sont souvent catégoriels : les enfants qui « ne doivent pas consommer d'œufs », parfois perçus comme cause de diarrhée, parfois les abats ou le poisson sont proscrits aux femmes enceintes. On notera que ces restrictions, frappant les populations les plus fragiles, sont riches en protéines. Des **facteurs économiques** peuvent aussi intervenir. Durant la période de soudure entre deux récoltes, certains aliments doivent être achetés, ce qui n'est pas possible pour les familles les plus démunies. Du riz importé, souvent de qualité inférieure mais moins cher, sera préféré, avec pour conséquence des douleurs abdominales permanentes. En milieu urbain apparaissent de plus en plus de produits importés, à moindre coût. Les gens vont peu à peu modifier leurs habitudes alimentaires. Dans un pays pauvre, seules les classes favorisées ont accès régulièrement au lait en boîte et à la viande, les classes sociales à faible revenu restent malnutries. Nous ferons un bilan de l'insuffisance nutritionnelle à Madagascar dans le sous-chapitre suivant.

- Espace urbain : avancée ou recul des microbes ?

Les espaces urbains sont rares sur nos terrains de recherche : deux petites villes où les conditions de vie sont proches de celles de la campagne avoisinante. La population rurale risque néanmoins d'être confrontée aux conditions de vie urbaine de façon transitoire ou définitive, à l'occasion d'une visite familiale, pour faire des études ou y travailler. L'urbanisation entraîne la disparition, ou à tout le moins une raréfaction de certaines infections strictement rurales : bilharziose, filariose. Certaines autres avaient régressé : les moustiques vecteurs du paludisme ne pouvaient continuer à se reproduire sous l'effet de la pollution atmosphérique essentiellement, mais aussi d'un recours plus fréquent aux insecticides en ville. Ils ont réussi à produire de nouvelles capacités de résistance, si bien que les épidémies de paludisme touchent à nouveau les zones urbaines. De plus, dans les espaces d'urbanisation anarchique, pauvreté et promiscuité sont les principaux facteurs de diffusion d'infections à transmission interhumaine ; c'est le cas de la rougeole, de la tuberculose, des amibiases et des infections à transmission sexuelle. L'insuffisance ou l'absence d'adduction d'eau potable et de latrines permettent la propagation des maladies à transmission hydrique (les maladies du « péril fécal » - voir encadré page 176) : fièvre typhoïde, hépatite virale ou choléra. Enfin, les maladies de surcharge (obésité, diabète, maladies cardiovasculaires) et dégénératives (cancers), n'épargnent désormais plus les grandes villes tropicales, auxquelles on ajoutera toute la traumatologie induite par le mode de vie urbain. En terme de besoins de santé, les zones urbaines tropicales cumulent donc tous les risques sanitaires possibles.

c) Paludisme, un *serial killer*⁸⁴

Le paludisme (fièvre des marais, ou malaria) est largement répandu à Madagascar. Il forme dans ce contexte un lien idéal entre les milieux naturel et humain. C'est une maladie très complexe. Elle affecte et tue le plus de personnes chaque année dans le monde⁸⁵. C'est une endémie parasitaire majeure à Madagascar. Si en milieu équatorial, la chaîne de transmission n'est jamais interrompue (le risque est permanent), dans les zones tropicales à saisons alternées, le mécanisme de contamination est différent. Le paludisme est endémique sur la plus grande partie de l'île, en raison de conditions climatiques très favorables, et la gravité se manifeste par la survenue d'accès épidémiques plus ou moins étendus dans l'espace, durant la saison humide, propice à la reproduction des vecteurs (moustiques du genre *Anopheles*). Les dernières données concernant la prévalence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans datent de 2011. L'IPM a réalisé une enquête sur les indicateurs du paludisme (Institut Pasteur de Madagascar, 2011). Les résultats montrent que les Hautes terres centrales et leurs marges ont les taux les plus faibles (0,8%), viennent ensuite le Sud (1,3%) – dont le district de Békily, l'Ouest (3,7%), auquel est rattaché Mandritsara tandis qu'une étroite façade est montrée la plus forte prévalence (16,4%).

Si le mode de transmission est parfaitement connu⁸⁶, le traitement pose encore de nombreux problèmes. La vie en promiscuité est un facteur majeur pour la contamination humaine : les individus présents deviennent les garde-manger privilégiés des moustiques. Il est à signaler que toutes les anophèles femelles ne sont pas « porteuses » du parasite. Un autre élément notable est que le *plasmodium* ne rend « même pas malade » le moustique alors qu'il peut « tuer » un être humain. Le combat est inégal, et perdu d'avance, pour les petits enfants en particulier, ou pour les personnes atteintes de déficit immunitaire ; ils deviennent les cibles prioritaires. Les points d'eau sont les lieux de vie et de reproduction des moustiques, on parle de gîtes larvaires ; la dispersion des vecteurs est maximale en saison des pluies. Par contre durant la saison sèche, le contraste est grand : les points d'eau non asséchés deviennent des milieux privilégiés où se concentrent les vecteurs. La vie des hommes est liée aux points d'eau permanents ; pendant la saison sèche, le contact homme-vecteur y est intime et obligatoire.

⁸⁴ « Tueur en série ».

⁸⁵ Le paludisme affecte 750 millions de personnes chaque année dans le monde, et en tue 3 millions dans plus de 100 pays (Organisation mondiale de la santé, 2013).

⁸⁶ L'anophèle femelle pique l'homme, pour un repas sanguin nocturne ; ce sera l'occasion d'une transmission de la maladie - si le moustique est porteur du parasite (*Plasmodium*) : on pourrait également parler du moustique comme d'un porteur sain, d'un transporteur ou d'un convoyeur, au choix. Il existe quatre variétés de parasites, dont le plus agressif, *Plasmodium falciparum*, est responsable du neuropaludisme, souvent mortel chez les plus jeunes.

- Une double résistance

A Madagascar, l'endémie, n'est pas nouvelle. Elle couvre désormais la majeure partie du territoire, rendant son éradication illusoire dans les circonstances actuelles. Il n'en a pas toujours été ainsi. Au début du XX^e siècle déjà (« *La Grande Ile de France, Madagascar* », 1936), on notait que cette maladie sévissait sur l'ensemble de l'ex-colonie, plus fréquente sur les hauts plateaux que sur les régions côtières. Elle était même la cause principale de la dépopulation malgache. L'emploi préventif de la quinine fut très onéreux, difficile à imposer et à surveiller. Les conseils apportés pour se protéger contre les moustiques n'étaient pas compris. Le combat contre le paludisme était par conséquent très dur à mener. Un service antipaludique avait été créé en 1921, puis réorganisé en 1924. Une lutte sévère fut entreprise contre les moustiques. On avait introduit dans l'île une variété de poissons, employée avec succès dans les pays impaludés contre les larves d'anophèles. On rectifia les canaux d'irrigation puis enfin, des équipes antilarvaires traitaient quotidiennement les pièces d'eau autour de Tananarive par des poudres larvicides. La région de la capitale, la plus peuplée, fut la seule à pouvoir bénéficier des différents moyens de lutte. Les côtes humides de l'Est furent les premières porteuses de gîtes de moustiques. Des campagnes de désinsectisation massive, dans les années 1950, n'ont pas permis son éradication ; au contraire, le moustique a su développer des résistances aux principaux produits insecticides utilisés, et s'est répandu en tâche d'huile sur tout l'espace insulaire. On traitait alors le paludisme de façon large avec des médicaments dérivés de la quinine. Le parasite a lui aussi opposé des résistances aux produits de synthèse dérivés de la quinine. Il faudrait théoriquement trente à quarante piqûres infestantes pour que l'homme puisse développer une certaine immunité face à ce fléau (BOUCHAUD et al., 2009). L'immunité est donc totalement absente dans la petite enfance : les nourrissons et jeunes enfants, mal protégés, sont les principales victimes. Le paludisme est le responsable majeur des chiffres élevés de mortalité infantile dans les pays tropicaux défavorisés. Les différentes tentatives de mise au point d'un vaccin antipaludéen se sont avérées vaines à ce jour. Les recherches actuelles sont orientées vers la génétique et la biologie moléculaire pour une mise au point de moustiques génétiquement modifiés, rendus incapables d'assurer le transport du parasite.

2. Ce que dit l'Etat : le PDL MTN⁸⁷ 2012-2016

L'Etat, par l'intermédiaire du ministère de la Santé Publique, a publié très récemment son Plan Directeur de Lutte contre les maladies tropicales négligées (voir l'encadré ci-dessous). Ce plan quadriennal est prévu pour les années 2012-2015, et fait suite à un premier plan pour les années 2008-2011. S'il y en a un second, on peut déjà se demander si l'Etat a eu tous les moyens de mettre en place les mesures prévues dans le premier. Toujours est-il qu'en introduction, le Ministère donne la liste des dix premiers motifs de consultation médicale de la population, par ordre de fréquence et sans précision de valeur numérique ou de distinction spatiale. Voici cette liste : (i) les infections respiratoires

⁸⁷ Ministère de la Santé Publique de Madagascar, 2012, « *Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016* », 87 p.

aiguës, (ii) la fièvre, (iii) les maladies diarrhéiques, (iv) les infections cutanées, (v) les affections bucco-dentaires, (vi) les accidents et traumatismes, (vii) les infections sexuellement transmissibles (IST), (viii) les infections oculaires, (ix) l'hypertension artérielle, (x) la malnutrition. Cette liste se calque parfaitement sur les résultats de l'enquête citée précédemment (ENSOMD 2012-2013, page 137). La lecture de ce texte nous conduit à faire plusieurs remarques contradictoires. Il s'agit d'une synthèse de rapports mensuels émanant des médecins des CSB⁸⁸ de niveau 2, souvent le premier et le seul recours pour les populations rurales, pour la délivrance de soins de santé modernes. Elle traduit par conséquent, et à priori la réalité de terrain de façon très objective et précise. Nous proposons une **première analyse critique**. Seuls des motifs de consultation sont présentés ici ; pourquoi un diagnostic précis n'est-il pas porté ? Le motif de consultation « Hypertension artérielle » est plutôt surprenant. Comment un agriculteur sait-il qu'il a de l'hypertension avant de consulter ? Les termes « infection respiratoire aiguë, fièvre et diarrhée » sont très vagues et peuvent correspondre à des dizaines de maladies bien différentes. Une rhinite banale et un œdème pulmonaire sont des infections respiratoires aiguës, mais le pronostic n'est pas vraiment le même. La fièvre n'est pas une maladie. Le motif de consultation en cas de fièvre est généralement « *j'ai des frissons* » ou « *mon corps me fait mal partout* » ou encore « *j'ai mal à la tête* ». Au moins les traumatismes sont objectifs. Les affections de la peau et de l'œil paraissent fréquentes ainsi que les IST. Qui vient en consultation en disant : « *Je souffre de malnutrition* » ?

Les motifs de consultation sont de la seule appréciation du médecin, établis en fonction des plaintes des patients. Dans ce cas sont-ils subjectifs ? Nous ne le pensons pas. Quel est le support de ces données statistiques ? Il nous paraît donc très difficile de se rendre compte des vrais problèmes de santé avec ces seuls éléments. Nous constatons que ces résultats ne sont ni entièrement objectifs, ni subjectifs. Premier paradoxe. Nous espérons dans cette étude fournir quelques réponses objectives concernant les besoins de santé, en examinant d'autres rapports et en nous basant sur les résultats de notre propre recherche (questionnaires dans les villages, compte-rendu de mission humanitaire, recherche sur la bilharziose dans le district de Békily) et d'autres plus subjectives basées sur des observations quotidiennes. Nous avons par ailleurs pu recueillir des informations détaillées dans des entrevues avec des praticiens hospitaliers et des médecins de brousse.

Les grandes endémies infectieuses et les maladies négligées n'apparaissent pas dans la liste des dix premières causes de consultation dans les CSB. C'est pourtant sur ces éléments que l'Etat se base pour produire sa politique de santé publique. Le motif « fièvre » est-il la traduction d'une crise de paludisme ? On ne voit pas non plus : « *je viens consulter car je pisse du sang* » par exemple. Or, le rapport ministériel n'a été produit que pour traiter de maladies tropicales endémo-épidémiques, en proposant d'ailleurs une batterie de solutions. Second paradoxe. Le rapport semble d'autre part bien documenté en terme de cartographie de ces fléaux infectieux (nous en donnons un exemple dans l'ANNEXE 3).

⁸⁸ Le CSB est le centre de santé de base. Il en existe deux niveaux, les CSB 1 fonctionnent grâce à la présence d'un personnel paramédical (infirmier ou sage-femme). Il y a un médecin dans les CSB 2.

Le concept de « maladie tropicale négligée »

Maladie négligée, population négligée ou plus généralement, négligence en santé publique sont des concepts émergents, mis peu à peu sur le devant de la scène par de nombreux groupes à vocation humanitaire (JANNIN et al., 2003).

Les maladies tropicales négligées répertoriées sont au nombre de dix-sept :

- (i) la dengue,
- (ii) *la rage*⁸⁹,
- (iii) le trachome cécitant,
- (iv) l'ulcère de Buruli,
- (v) les tréponématoses endémiques (pian),
- (vi) *la lèpre (maladie de Hansen)*,
- (vii) la maladie de Chagas,
- (viii) la trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil),
- (ix) la leishmaniose,
- (x) *la cysticercose*,
- (xi) la dracunculose (maladie du ver de Guinée),
- (xii) l'échinococcose,
- (xiii) les trématodoses transmises par les aliments,
- (xiv) *la filariose lymphatique*,
- (xv) l'onchocercose (cécité des rivières),
- (xvi) *la schistosomiase (bilharziose)*,
- (xvii) *les géohelminthiases (vers intestinaux)*.

Ces maladies touchent environ un milliard de personnes dans le monde, principalement des populations pauvres, qui vivent dans des régions au climat tropical ou subtropical. Les cas sont souvent regroupés géographiquement, et il est fréquent qu'une même personne contracte plusieurs infections ou soit touchée par plusieurs parasites. Plus de 70% des pays et territoires qui notifient la présence de maladies tropicales négligées ont des revenus faibles ou intermédiaires. Ces infections sont favorisées par l'absence d'eau salubre, les mauvaises conditions de logement et le manque de moyens d'assainissement. Les enfants sont les plus vulnérables face à ces maladies qui, chaque année, tuent, handicapent ou rendent irrémédiablement invalides des millions de gens, qui souvent souffrent physiquement dans leur chair et sont socialement exclus pour le restant de leurs jours.

On observe dans ce rapport une répartition des maladies tropicales « négligées » à Madagascar par district sanitaire. Il s'agit d'ailleurs souvent de co-endémicité. Ainsi dans le district de **Mandritsara**, cinq maladies sont soi-disant endémiques : la schistosomiase, la filariose lymphatique, les géohelminthiases, la lèpre et la rage. Pour le district de **Békily**, il n'y en aurait « que » trois, ce sont les géohelminthiases, la lèpre et la rage. Or nous proposons dans ce travail une recherche particulière sur la bilharziose à Békily (voir chapitre 4, page 219), en se basant sur des recherches menées dans le district de Békily en

⁸⁹ Les maladies apparaissant en italique sont celles présentes à Madagascar.

2011 par le laboratoire des bilharzioses, une dépendance directe du ministère de la Santé ; ce laboratoire travaille par ailleurs en étroite collaboration avec l'institut Pasteur de Tananarive. Ces travaux objectivent une prévalence importante de la bilharziose à Békily ! Apparemment les informations ne sont pas encore « remontées » au ministère. Quelle est la situation des maladies tropicales négligées à Madagascar ?

a) La lèpre, une maladie invalidante et stigmatisante

Madagascar est un des dix pays du monde⁹⁰ où **la lèpre** existe encore. Si le tropisme de cette affection bactérienne strictement humaine est cutané et neurologique, la transmission se fait par voie aérienne, probablement par des sécrétions nasales (BOUCHAUD et alii., 2009). Il faut des contacts directs, étroits et répétitifs avec un malade pour se contaminer : c'est en général au sein du noyau familial que se font les contaminations, promiscuité et insalubrité de l'habitat étant des facteurs déterminants. Les lésions cutanées sont des plaques faiblement pigmentées et insensibles (on parle d'hypoesthésie), tandis que les lésions neurologiques sont des névrites des nerfs périphériques (bras, avant-bras, membres inférieurs). Les malades ayant perdu toute sensibilité, risquent une blessure ou une brûlure sans s'en apercevoir. Il s'en suit des phénomènes chroniques de gangrène évoluant jusqu'au stade de mutilation sévère. Le principal problème actuel concerne la prise en charge des malades qui, bien que guéris, conservent des mutilations des extrémités, générant un handicap majeur associé à la stigmatisation sociale de cette maladie.

Lors de nos recherches dans un village, nous avons rencontré un homme de 45 ans atteint de la forme cutanée de la lèpre. Les lésions multiples évoluaient depuis un an. Il ne souffrait de rien mais refusait tout dépistage : cette maladie reste honteuse auprès de la population rurale, chargée d'images détestables et fausses à propos des lépreux et des léproseries : images du passé. Mais personne n'a jamais pris le temps d'expliquer cette maladie en détail. *« On a trop longtemps mis l'accent sur l'isolement strict des lépreux. En réalité l'incarcération en léproserie est une mesure absurde, inhumaine, inefficace et onéreuse pour la collectivité. Elle est absurde car la majorité des lépreux ne sont plus contagieux lorsqu'ils sont traités. Le départ en léproserie coupe le malade de la collectivité et d'une vie normale pendant des années. Cette mesure va par ailleurs inciter de nombreux malades à dissimuler leur affection pour éviter les contraintes de la léproserie. Enfin, de par les coûts engendrés, elle freine la réalisation de programmes sanitaires plus utiles »* (GENTILLINI, DUFLO, 1982). Combien de personnes vivent ainsi sans conscience de la gravité potentielle de leur maladie ? Signalons que la virulence du bacille de la lèpre (bacille de Hansen) est très faible et d'après les plus récentes recherches, il n'affecterait que des personnes ayant un terrain génétique particulier (BOUCHAUD et alii., 2009). Pourquoi Madagascar est-il l'un des pays d'Afrique les plus touchés par la lèpre ? Comment la maladie est-elle perçue par les populations ? Comment vivent les malades ? L'accès au traitement est-il suffisant ?

⁹⁰ Ces dix pays sont pour l'Asie : l'Inde, l'Indonésie, le Népal et la Birmanie, pour l'Afrique : Madagascar, la Tanzanie, le Mozambique, le Congo et la Guinée et enfin pour l'Amérique du Sud, uniquement le Brésil.

■ Texte 2 : La lèpre à Madagascar⁹¹

« La lèpre est une maladie que nous connaissons bien, mais pas encore parfaitement. Nous n'avons pas d'explications très rationnelles pour expliquer sa persistance dans certaines régions. On peut faire des hypothèses. Madagascar connaît des conditions particulièrement dures. C'est une grande île avec des moyens de communication difficiles et un développement faible. On rencontre de nombreux cas de lèpre dans des zones difficiles d'accès, notamment le long de la falaise qui va du Nord au Sud de l'île. Les conditions de vie y sont précaires et les habitants doivent faire face à la sous-alimentation, à la malnutrition. Tout cela fait qu'ils sont plus sensibles que d'autres à la lèpre. Pour le troisième trimestre 2005, sur une population de 17,5 millions de personnes, on a 2624 malades enregistrés et 2097 nouveaux cas. On compte 318 enfants, ce qui fait 15% des malades. La lèpre touche en majorité des gens aux faibles ressources. Pauvres, ils se nourrissent mal, ce qui affaiblit leurs mécanismes de défense. Mais ce n'est pas une maladie liée à la saleté et il faut savoir que la lèpre peut toucher tout le monde. Nous voyons même des fils de fonctionnaires ou de médecins atteints... A Madagascar, parmi les malades, il y a entre 10 et 15 % d'enfants, ce qui veut dire que la maladie et la contamination sont actives et que la transmission de la maladie est récente ».

« Il y a une stigmatisation très forte des malades. Ceux-ci ont des problèmes avec leur famille. Car à Madagascar, on vit d'abord pour sa vie éternelle. Par exemple, un jeune couple qui s'installe après le mariage va d'abord construire son tombeau avant de bâtir sa maison... Mais les lépreux, eux, ne sont pas enterrés au même endroit que les autres, par peur que leurs os soient contaminés ! C'est une terrible et douloureuse mise à l'écart. Les malades sont vus comme des gens à fuir. Les croyances traditionnelles sont encore très vivaces. La lèpre est perçue comme une grande malédiction. **Et beaucoup de gens pensent que les malades ont mérité ce qui leur arrive, que c'est parce qu'ils ont transgressé des fady (tabous).** L'origine bactérienne de la lèpre n'est pas partagée par tout le monde... Les Malgaches appellent la lèpre habokana et quand ils miment la maladie, ils font automatiquement le signe d'une main déformée, en griffe. Pour eux, la lèpre, c'est forcément être déformé, handicapé. Du coup, ils ne s'inquiètent pas aux premiers signes de la maladie qui sont juste de petites taches sur la peau qui ne font pas mal. Ils attendent longtemps avant de se présenter à un médecin ou à un dispensaire. Avant, ils vont souvent voir le guérisseur traditionnel. Les malades arrivent tard et souvent mutilés ».

« Depuis les années 1980, le PCT est un traitement antibiotique qui marche bien et qui dure entre 6 mois et 1 an. Le ministère malgache de la Santé a décidé que ce traitement devait être gratuit pour tous les malades. L'approvisionnement marche bien. La fondation Raoul Follereau a fourni les médicaments jusqu'en 2003, date à laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé a pris le relais. Le défi, c'est de faire qu'il y ait dans

⁹¹ Extrait d'une interview de Grégoire Detoeuf (directeur de l'association Raoul Follereau à Tananarive), réalisée par Olivia Marsaud en 2005 (www.afrik.com/la-lepre-en-afrique).

les 2400 postes de santé du pays des médicaments gratuits en quantité pour traiter tous les malades. Nous insistons sur la prise en charge avant la chirurgie. La meilleure stratégie pour lutter contre la lèpre en tant qu'endémie est d'utiliser le traitement antibiotique. L'essentiel des efforts doit être fait pour que ce traitement soit partout disponible. Certains malades ont pour autant des complications : des inflammations des nerfs qui sont très douloureuses et mènent en quelques mois à des mutilations sévères. On peut soigner les lésions légères avec de l'aspirine, les plus graves avec des corticoïdes. Nous tentons de mettre en place avec le ministère de la Santé des centres PIRP (prévention des invalidités et réadaptation physique) : on y utilise le PCT et on y traite les complications avec des corticoïdes, sous le contrôle d'un médecin. De plus, nous prévoyons la formation de chirurgiens dès mai 2006 car, pour le moment, seuls 5 ou 6 centres pratiquent la chirurgie ».

La formation des chefs de poste est l'un des gros volets de la fondation Follereau⁹². Elle appuie le ministère de la Santé pour que dans chaque poste il y ait au moins une personne formée au traitement de la lèpre, le plus souvent un médecin ou un infirmier. Ces deux dernières années a été organisée une formation dans la moitié des districts sanitaires, ce qui est un effort important, notamment dans les zones difficiles d'accès. La formation est très pratique : comment faire un bon diagnostic et un bon traitement. Le pays souhaiterait éliminer la maladie et en a fait une priorité, au milieu de tant d'autres... Les décideurs nationaux sont apparemment sensibles à cette affection. Par contre sur le terrain, la situation s'avère bien différente : il y a tant de problèmes sanitaires auxquels les médecins et infirmiers sont confrontés ! Le baobab serait-il un arbre indestructible ?

b) Bilharziose, une affaire d'eau douce et de mollusque

La bilharziose (fièvre de l'escargot, schistosomiase) est une maladie parasitaire à vecteur, un mollusque d'eau douce, en l'occurrence. Si le traitement du paludisme est compliqué, celui de la bilharziose est on ne peut plus simple. Il consiste en une prise unique de comprimé (traitement « minute »), largement disponible et peu onéreux. Cette maladie fera l'objet d'une étude de cas particulière dans notre propos (chapitre 4).

c) Filariose lymphatique : la maladie qui fait gonfler

La filariose lymphatique est une maladie parasitaire due à un ver rond, la filaire du genre *wuchereria bancrofti*. La transmission se fait par l'intermédiaire d'un vecteur, un moustique hématophage de genre indéterminé : *Culex*, *Aedes*, *Anophèle* (cette dernière assure la transmission à Madagascar), qui se contamine lui-même par la piqûre d'un sujet infecté (GENTILLINI, DUFLO, 1982). Les filaires vont se loger dans le système lymphatique de l'homme et s'y reproduire ; c'est ce qui explique les manifestations cliniques de la maladie. A la phase aiguë précoce, on observe des accidents génitaux

⁹² La fondation Raoul Follereau est une organisation caritative privée. Elle est engagée dans des batailles contre l'exclusion ; la lèpre est son premier combat. Elle lutte également contre l'ignorance et la pauvreté, autres facteurs d'exclusion.

aigus (lymphangite du scrotum, hydrocèle, orchi-épididymite d'installation brutale), ou des lymphangites aiguës des membres inférieurs, accompagnées d'une adénite (gonflement d'un ganglion) satellite. Elles ont un caractère fugace. Les formes chroniques et tardives s'expriment par un éléphantiasis (hypertrophie sclérofibreuse du derme et de l'hypoderme, survenant progressivement sur un territoire du corps où se succèdent des crises récurrentes de lymphangite aiguë (membre inférieur, scrotum). A ce stade ultime, le malade est gravement handicapé. Le traitement est simple, si réalisé précocement, et accessible. La filariose est endémique sur le territoire malgache dans 96 districts sur 111, dont trois à plus forte prévalence, à savoir Ambanja (région Diana), Moramanga (région Aloatra Mangoro) et Fianarantsoa (région Matsiatra Ambony), c'est-à-dire dans trois zones bio-climatiques fort diverses : l'Est humide, le Nord-Ouest sec et le centre du pays, qui jouit d'un climat tropical d'altitude. Il est donc très difficile de tirer des conclusions sur le rôle du milieu naturel dans cette infection à Madagascar, en tout cas aucune recherche de géographie de la santé n'a été menée à ce jour à ce propos. Les médecins rencontrés lors de nos recherches nous ont dit avoir rencontré des cas au cours de leurs études (E 5, E 26), sans en avoir observé dans leur activité professionnelle.

d) Cysticercose : le cerveau en point de mire

Cette parasitose correspond à la phase chronique d'une infestation par un ver plat, *taenia solium*, ver intestinal du porc (BOUCHAUD et al., 2009). La contamination humaine fait suite à l'ingestion de viande de porc crue ou mal cuite ; l'homme est l'hôte définitif de ce parasite. La maladie aiguë ainsi causée est une banale parasitose digestive, passant souvent inaperçue. Un malade va émettre des larves dans ses selles, et pouvoir contaminer d'autres individus. Faute de traitement, les larves du parasite peuvent migrer dans le tissu cérébral, et finir par constituer des calcifications, entraînant des crises convulsives invalidantes. C'est une des causes d'épilepsie en milieu tropical. Cela contraindra à un traitement chronique, inaccessible financièrement aux populations rurales. Le problème concerne le dépistage et le diagnostic, qui hélas ne surviennent souvent qu'au stade des complications. A Madagascar, 36 districts (dont celui de Mandritsara) sont touchés pour une prévalence moyenne de 16%. Le fait que seulement 20% du territoire soit couvert par des agents vétérinaires est un facteur contraignant à la lutte contre cette affection.

e) Qu'entend-on par géohelminthiases ?

Ce terme regroupe un ensemble de maladies parasitaires, dont l'agent vit dans le sol. Ce sont les vers ronds (nématodes) d'ascaris (*Ascaris lumbricoides*), d'anguillule (*Strongyloides stercoralis*) ou d'ankylostome (*Ankylostoma duodenale*). Ils provoquent chez l'homme de banals troubles digestifs, comparativement à des maladies infectieuses potentiellement létales, ballonnements et douleurs abdominales sont le plus souvent signalés. Les enfants, de par leurs pratiques sociales (les jeux, essentiellement), sont les premières cibles : on peut facilement observer les abdomens tendus de beaucoup d'enfants dans les villages (ils ont des « gros ventres » sans être obèses !) ; ces vers sont

par ailleurs visibles à l'œil nu, rejetés de l'organisme après un effort de vomissement ou dans les selles du malade. L'ascaris femelle mesure 20 cm et le mâle est de taille plus modeste (15 cm).



Photographie 22 : Ascaris adulte

Arrivés à maturité, ces vers parasitent l'intestin d'un individu ; ils sont parfois « vomis » par le porteur sain. La personne infestée ne choisit pas le lieu de son vomissement, celui-ci est souvent inopiné. Le ver de ce flacon a été ramassé par nos soins, dans un couloir de l'hôpital de Békily.

Les géohelminthiases font partie des maladies tropicales négligées (Ministère de la santé, 2012), les 111 districts de Madagascar étant considérés comme endémiques, avec des taux de prévalence variant entre 20 et 84%. Le traitement de ces affections est abordable, simple d'usage et il n'y a pas à craindre de complications particulières à ces maladies.

f) La rage, un vaccin pour seul traitement

Nous nous rendions dans le district de Békily en mars 2013. Des informations nous étaient remontées à propos d'une « suspicion » d'épidémie de **rage** dans la commune de Békily, plus de trente personnes avaient été mordues par un ou plusieurs chiens, elles étaient actuellement à l'hôpital pour des investigations. Il s'est avéré par la suite que ce n'était pas la rage. La population était paniquée par le comportement de certains chiens particulièrement agressifs. Le virus de la rage circulerait dans 49 districts, soit près de un sur deux. Entre 2007 et 2009, 44 cas de rage canine étaient prouvés biologiquement, 4 cas de rage humaine, 4 cas de rage bovine et un chez le chat.

Tous les districts n'ont pas encore été testés pour toutes les affections et certaines données ne sont que des projections statistiques. En conclusion, ce rapport de 87 pages est un joli texte paré de bonnes intentions : « *Il faut faire une distribution massive de tel produit médicamenteux pour éradiquer telle affection !* » peut-on y lire, afin de suivre les recommandations de l'OMS. Certes, mais qui exactement bénéficie de ces services, dans quel lieu et à quel rythme ? Apparemment, les malades ont tout le temps de se ré-infester entre deux distributions. Ces procédés sont-ils évalués ? En attendant, les populations rurales continuent à souffrir. On pourrait représenter les maladies tropicales négligées sous la forme de feuilles ou de fleurs de baobabs, c'est-à-dire de petits besoins saisonniers. Quant aux cinq maladies les plus fréquentes recensées dans les centres de santé, elles seraient les troncs de petits baobabs difformes, comme observés dans la région de Tuléar. Où sont les racines ?

3. D'autres maladies infectieuses circulent à Madagascar

a) La tuberculose pulmonaire (« peste blanche »)

C'est une maladie de la pauvreté qui touche tous les pays du monde. La transmission interhumaine de cette affection bactérienne se fait par voie aérienne, par les crachats d'un malade atteint. La tuberculose est la cause d'un amaigrissement important ; si la personne atteinte est déjà malnutrie, on peut parler de double peine pour ces personnes et la maladie prendra un caractère de gravité supplémentaire. Or, on estime qu'à Madagascar 4 millions d'individus sont en état d'insécurité alimentaire. L'incidence de la tuberculose pulmonaire, forte, est néanmoins stable à Madagascar ces dernières années. En 2012, on estimait le nombre de nouveaux cas (www. wpf.org) à 52 000 dont la moitié seulement (25 943 personnes) a été prise en charge par le Programme National Tuberculose du Ministère de la Santé. L'Etat assure la prise en charge globale de cette maladie.

Tableau 6 : Incidence comparative de la tuberculose pulmonaire pour 100 000 personnes

Année	Madagascar	France
2009	245	6
2010	242	10
2011	238	9
2012	234	6

Source : wpf.org

Lors d'une mission personnelle à Madagascar en 2009, nous avons travaillé avec un jeune médecin atteint de tuberculose. Elle s'était déclarée de façon brutale par la survenue de crachats sanglants. Le diagnostic avait été établi rapidement et le traitement débuté dans les meilleurs délais. En juillet 2014, un enseignant qui nous servait d'interprète lors d'une enquête villageoise, souffrait de tuberculose pulmonaire. Le traitement avait été mis en place trois mois plus tôt et son état s'était désormais stabilisé.

b) La peste : ré-émergence

A la fin de l'année 2013, nous avons été « confrontés » à une épidémie de **peste pulmonaire**, sur un de nos terrains de recherche. Des cas avaient été signalés dans quatre villages enclavés au Sud du district de Mandritsara. Le médecin de la commune, qui ne croyait pas à la possibilité de la peste, fut une des premières victimes. Après quelques semaines et une action spectaculaire des services de lutte antipesteuse de l'Etat, l'épidémie fut contrée, on eut tout de même à déplorer vingt décès. En novembre 2014, elle sévit à nouveau dans la capitale. La peste est considérée comme une maladie ré-émergente à Madagascar. Afin de mieux appréhender la situation actuelle, redonnons la parole au Pr. C. Rogier⁹³.

⁹³ Ces extraits font partie de l'article de presse cité en référence page 139.

« – Malgré tous les efforts qui pourraient être déployés, la peste continuera à se manifester et à ré-émerger. Près de 40 000 cas humains de peste ont été déclarés à l'OMS par 24 pays au cours des quinze dernières années. L'Afrique est le continent le plus touché, suivi par l'Asie. Sur le continent américain, le principal foyer se trouve au Pérou, mais les Etats-Unis ne sont pas épargnés : des cas autochtones de peste humaine sont rapportés chaque année dans ce pays. Quelques cas surviennent également dans certains pays de l'ex-URSS et dans le Maghreb. L'utilisation de traitements antibiotiques et le renforcement des mesures de santé publique ont réduit très fortement la morbidité et la mortalité dues à cette maladie, mais ne peuvent pas permettre de la faire complètement disparaître, car la bactérie de la peste circule chez les rats et des mammifères sauvages qui sont les réservoirs naturels de la peste, et peut persister plusieurs années dans le sol. Comme ces réservoirs et le sol ne peuvent pas être traités, supprimés ou désinfectés, il n'est pas possible d'éradiquer la peste. La stratégie de Madagascar contre la peste est souvent donnée en exemple, mais sa mise en œuvre se heurte à des problèmes d'organisation et de logistique que les crises économiques et sociales que notre pays connaît depuis de nombreuses années peuvent aisément expliquer. Ainsi, la surveillance des rats et des puces dans la capitale et dans le pays, qui permettait d'évaluer et de mieux cibler la lutte a été suspendue depuis 2006, faute de moyens. Elle devrait prochainement reprendre grâce à une aide de la Banque Mondiale. – **Les problèmes d'hygiène et d'insalubrité ne sont-ils pas les principales causes de la réémergence de la peste ?** – Le problème récurrent de la gestion des ordures et de l'insalubrité de l'habitat contribue aussi à augmenter le contact entre les rats, leurs puces et les humains... multipliant les occasions de transmission de la peste à l'Homme. Elle se manifeste alors sous sa forme bubonique, avec de la fièvre et des ganglions qui grossissent et sont douloureux. C'est ce qui pourrait expliquer la réémergence de la peste dans des quartiers d'Antananarivo après 7 à 10 ans de silence. L'accès au diagnostic et au traitement est un point critique. L'IPM fournit gratuitement un test de diagnostic rapide pour toutes les structures sanitaires du pays qui en ont besoin. Encore faut-il que les patients atteints de peste se présentent dans ces structures, et que le personnel médical soit formé pour la diagnostiquer. A cause de croyances inadaptées, d'un manque d'information ou d'enseignement à l'école sur la peste, de l'action de médecins traditionnels qui sont trop souvent préférés au personnel de santé officiel, les patients consultent parfois trop tardivement, à un stade de la maladie où le traitement antibiotique n'est plus toujours complètement efficace. Lorsque la peste bubonique n'est pas traitée à temps, elle peut se transformer, en environ une semaine, en peste pulmonaire et être alors transmise directement et beaucoup plus rapidement, d'humain à humain. Dans ce cas, la maladie puis la mort peuvent survenir en deux à trois jours seulement. Les rites funéraires traditionnels qui impliquent un contact avec le corps du défunt sont alors à très haut risque de transmission. C'est pour cette raison que les corps doivent être désinfectés et enterrés à part dans des conditions assurant la sécurité des vivants... mais qui sont parfois mal acceptées par les familles. C'est le même problème de contamination au cours des veillées et des rites funéraires qui explique la plus grande partie de l'actuelle épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. – **Parlez-nous de la situation de la peste en 2014.** – La situation de la peste en 2014 à Madagascar reste sensiblement la même que

les années précédentes en termes de nombre de cas et de décès. Les faits marquants ont été la survenue de deux cas dans la capitale, dont un mortel, et une proportion élevée de cas de peste bubonique décédés, le plus souvent à cause d'un recours tardif à des soins appropriés. Grâce à sa connaissance de la peste et du test de diagnostic rapide de l'IPM, le personnel de santé de Madagascar est mieux armé pour détecter et confirmer les cas de peste que celui de pays comme le Congo où la situation est particulièrement mal évaluée. Au cours des derniers mois, un grand nombre de ces cas est arrivé trop tard dans les structures sanitaires et n'a pu être sauvé par les traitements... mais ces cas ont pu être diagnostiqués et notifiés. La saison de la peste ne s'achèvera qu'en mars-avril, mais la population et le personnel de santé ont été sensibilisés et on peut espérer que des épidémies naissantes seront éteintes rapidement. »

c) Les parasitoses cutanées

Elles sont largement répandues dans les campagnes malgaches ; nous en citons deux exemples caractéristiques.

- Larva migrans, l'impasse

Dermatose parasitaire, on parlera ici plus d'un syndrome (un ensemble de signes cliniques), que d'une véritable maladie. En effet l'homme est contaminé par erreur par un parasite (ankylostome) du chien, du chat ou d'autres carnivores. Les larves infestantes restent superficielles (photo 23) et continuent à cheminer pendant plusieurs semaines dans le derme, qu'elles sont incapables de franchir, en formant des cordons indurés : il s'agit d'une impasse parasitaire (GENTILLINI, DUFLO, 1982), causant un seul problème esthétique.



Photographie 23 : Larva migrans sur le bras d'un jeune agriculteur

Cela gratte un peu, cela ne fait pas mal, mais cela inquiète. Qu'est-ce que c'est que cette bête ? Elle s'est en fait trompée de cible. Chez l'homme, elle ne peut pas aller plus loin. Après quelques mois, il restera cependant une cicatrice inesthétique.

- Tungose : attention les pieds

La tungose est une ectoparasitose⁹⁴ tropicale due à une puce (*tunga penetrans*, ou puce chique), dont la femelle pénètre dans l'épiderme de l'homme, au niveau de la plante des pieds. Cette maladie est endémique à Madagascar, et concerne particulièrement les

⁹⁴ Les principaux ectoparasites de l'homme sont les puces, les poux et certains acariens (aoûtat, tique, sarcopte de la gale).

milieux ruraux, où marcher pieds nus est la règle. La puce vit sur des sols secs et sableux. La lésion observable chez l'homme est un nodule blanchâtre indolore, centré par un point noir, qui augmente de volume chaque fois que la « bête » pond ses oeufs. La puce femelle peut vivre sur son hôte pendant plusieurs semaines, puis mourir, laissant une cicatrice. Cette affection banale est connue de la population. Elle peut néanmoins être la porte d'entrée d'une infection bactérienne comme le tétanos.

C. LES PROBLEMES NUTRITIONNELS A MADAGASCAR

Afin de mieux apprécier les problèmes nutritionnels à Madagascar, dans le milieu rural en particulier, nous proposons désormais l'analyse des résultats de deux recherches menées par des experts « indépendants », l'une sur le plan national, l'autre dans le district de Békily, qui nous concerne plus particulièrement.

1. Le bilan nutritionnel des enfants à Madagascar

La première étude à laquelle nous nous référons date de 2010 ; elle est le fait d'un expert en nutrition et d'une statisticienne. Elle émane du document « Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement »⁹⁵ et présente un diagnostic de la situation de Madagascar, dix ans après la « Déclaration du Millénaire ». En effet, en septembre 2000, plus de 180 chefs d'Etat sont réunis sous l'égide de l'ONU à l'occasion du sommet du Millénaire. Ils se sont accordés sur des objectifs de développement spécifiques et mesurables dont l'échéance est fixée à 2015, et définissent des cibles assorties d'indicateurs mesurables⁹⁶. Pour pouvoir réduire l'extrême pauvreté et la faim, considéré comme le but ultime, on vise des objectifs ciblant la santé et l'éducation, mais aussi l'environnement, afin d'assurer la durabilité des ressources. Madagascar s'est engagé dans ces objectifs. Nous avons retenu un rapport sur la situation nutritionnelle des enfants ; les auteurs insistent sur les difficultés à réaliser un tel travail, essentiellement par manque de données fiables. Le regard d'expert servira à proposer une analyse comparative dans le temps avec des données issues de sérieuses enquêtes auprès des ménages.

Avant tout développement, des précisions de définition s'imposent. Que regroupe le terme de malnutrition ? Au premier degré, on le comprend comme une mauvaise nutrition. Dans le domaine sanitaire, il faut le traduire par « insuffisance d'apports » nutritionnels. L'étude que l'on se propose d'analyser ici (TRECHE, RAMBELOSON, 2010) concerne les enfants d'âge préscolaire, sur tout le territoire malgache, avec des détails pour chaque province. Afin de mesurer le degré de malnutrition, on se base sur des indicateurs nutritionnels : ceux-ci sont calculés à partir des valeurs anthropométriques de base, le poids et la taille, corrélées avec l'âge.

⁹⁵ Gastineau B. et alii (éd.), 2010, « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* », IRD éditions, Marseille, 335 p.

⁹⁶ Nous en proposons la liste précise dans l'ANNEXE 4.

Dans ce contexte, un **retard de croissance** correspond à une trop petite taille pour un âge donné. Il est la conséquence d'une malnutrition chronique. Elle peut être due à une alimentation mal adaptée, ou faire suite à des périodes répétées de maladie. Cette forme est la plus répandue et la plus difficile à cerner, quand on ne connaît pas l'âge exact des enfants. Après le sevrage, et même si l'on est à la campagne avec des éleveurs de bovins, les enfants ne reçoivent plus de laitages, donc plus d'apport de calcium, avec les conséquences attendues sur la croissance physique. Dans les territoires ruraux, on reste malgré tout régulièrement surpris par le physique des enfants ; ils paraissent bien trop petits par rapport à leur âge civil annoncé. Ainsi s'expriment les conséquences de la malnutrition sur la croissance, avec un éventuel retentissement sur le développement cognitif et psychomoteur, comme sur les capacités d'apprentissage des enfants. L'**émaciation** traduit un poids trop faible par rapport à la taille ; cela correspond à un cas de malnutrition aiguë. On la mesure par l'indice de masse corporelle (IMC⁹⁷). La cause peut être un apport nutritionnel insuffisant ou les suites d'une diarrhée traînante, souvent non traitée, et qui peut causer de graves déshydratations chez le nourrisson si en plus la fièvre complète le tableau. Cette forme de malnutrition a parfois un caractère saisonnier lors d'épidémies ou lors de la période de soudure, durant laquelle les familles n'ont plus de ressources financières pour couvrir leurs besoins alimentaires. Une **insuffisance pondérale** correspond à un poids trop faible à un âge déterminé. C'est dans ce cas indifféremment une malnutrition aiguë ou chronique. Une fois dépistée, elle n'apporte pas d'information suffisante pour en connaître la cause. C'est malgré tout l'indicateur retenu pour estimer la malnutrition dans les causes de la mortalité infantile (PELLETIER et alii., 1994). Quels sont les résultats à l'échelle du pays et dans les deux provinces qui nous concernent ? On constate l'effet de certains facteurs déterminants sur l'évolution de la situation nutritionnelle à Madagascar.

* Influence de l'**âge** : la précocité de l'apparition d'un retard de croissance est à souligner. Il touche déjà un tiers des enfants de 6-11 mois, et atteint plus de la moitié d'entre eux après 1 an. Les prévalences maximales sont atteintes entre 18 et 24 mois. « *La mortalité maternelle est un facteur majeur de malnutrition au cours de la première année de l'enfant. Je pense que c'est un drame chez nous à la campagne* », nous signale une sage-femme de la maternité de Mandritsara (E 30). Sauf pour les rares cas où une nourrice peut assurer l'allaitement, il est clair qu'on ne trouve pas de lait maternisé dans les districts ruraux qui nous intéressent. Le lait étant le seul aliment essentiel dans les premiers mois de la vie, en être privé conduit parfois à une issue fatale.

* Trois facteurs, le sexe, le milieu de résidence et le contexte agro-climatique semblent jouer un rôle déterminant dans la survenue de cas de malnutrition. Quelle est l'influence du **sexe** sur la malnutrition ? Les petites filles sont globalement moins touchées que les garçons. Par ailleurs, on peut noter que l'écart relatif entre les deux sexes est plus important pour les émaciations que pour les retards de croissance. Cela peut-il s'expliquer

⁹⁷ C'est le rapport du poids (kg) à la taille (m) au carré (P/T²). Un IMC normal est compris entre 18,5 et 25 ; au-dessous, on parle de maigreur, au-dessus, de surpoids (de 25 à 30) ou d'obésité (au-dessus de 30).

par une activité physique plus importante et une plus grande sensibilité aux infections chez le petit garçon ? Comment le **milieu de résidence** influe-t-il sur la malnutrition ? Les résultats des études mettent en évidence que les prévalences de malnutrition sont toujours plus élevées dans le milieu rural que dans les zones urbaines. Pour 2004, les prévalences de malnutrition sont de 46% en milieu rural et de 39,3% en milieu urbain ; elles corroborent d'autres enquêtes (MUKURIA et al., 2005). On pourrait s'attendre à un résultat inverse ; en effet, les ménages ruraux sont quasiment tous agriculteurs et par conséquent producteurs des aliments de base. Mais pour assurer un minimum de revenus financiers, ils sont contraints de vendre la plus grande partie de leur production. On peut penser que la solidarité familiale joue un rôle essentiel. Les produits alimentaires sont directement disponibles à la campagne. On observe classiquement une autoconsommation et la population d'agriculteurs est relativement autosuffisante (signalons toutefois l'exception du Sud malgache) : les gens mangent chaque jour, mais peut-être pas suffisamment en qualité et en quantité. Outre la production alimentaire agricole, les provinces périphériques bénéficient de produits de la pêche, en rivière ou en mer pour les populations côtières. De plus, le prix des produits alimentaires en ville est augmenté du coût du transport vers les zones urbaines. Mais les salaires de base sont les mêmes en ville qu'à la campagne (pour les nombreux fonctionnaires et autres employés). Or les récoltes sont saisonnières et les rentrées d'argent en découlent. Le Sud connaît des périodes de crise alimentaire, et durant les phases de soudure entre deux récoltes, l'alimentation se réduit souvent à une consommation tri-quotidienne de tubercules. « *On mange du manioc trois fois par jour, un peu de viande le dimanche. C'est le cas pour toutes les personnes dans les villages de Békily. C'était un peu plus varié quand je faisais mes études à Tuléar, il y avait plus de produits disponibles sur les marchés.* » (E 4). La valeur nutritive du manioc est faible, et ce régime contraint et peu varié peut s'accompagner de troubles digestifs, à type de ballonnements : c'est une plainte somatique qui nous est régulièrement rapportée. Une mauvaise digestion s'accompagne d'une non prise de poids. On peut conclure que « *la nature et les modes de préparation des aliments disponibles en zones rurales ne leur permettent pas d'avoir les caractéristiques requises pour l'alimentation des jeunes enfants* » (TRECHE, RAMBELOSON, 2010). Par ailleurs, les mères et les enfants des espaces urbains ont un accès plus aisé aux formations sanitaires pour les soins prénataux, les vaccinations et autres suivis de la croissance ; les pratiques d'hygiène sont en outre globalement meilleures dans les villes. Le **contexte agro-climatique** est également un facteur influençant la nutrition. Le district de Mandritsara est dans la province de Majunga, celui de Békily se situe dans la province de Tuléar (carte 12, page 73). Ces deux grandes provinces comportent des zones urbaines, des districts littoraux, des districts continentaux, dans lesquels les conditions agro-climatiques sont très disparates. Les deux provinces de Tananarive et de Fianarantsoa occupent la zone agro-écologique des Hautes Terres centrales, où les prévalences de malnutrition chronique (retard de croissance) sont les plus élevées. Pour l'expliquer, on met en avant une plus faible diversité alimentaire et la rudesse des conditions de vie sur les Hauts Plateaux, qui jouissent d'un climat tropical d'altitude. La situation s'est néanmoins améliorée de 4 points entre 1997 et 2004. Les progrès paraissent conséquents dans les provinces de Tamatave (gain de 10%) et de

Diego Suarez (gain de 8 points). Que retenir pour les deux provinces qui nous concernent directement ? Dans les deux cas, les niveaux de retard de croissance sont relativement stables dans le temps, avec toutefois une aggravation dans la province de Majunga (+ 3%), c'est d'ailleurs la seule à subir cette aggravation.

Tableau 7 : Taux de prévalence (%) de retard de croissance par province chez les enfants de 0-3 ans en 1997 et en 2004

Nom de la province	1997	2004
Tananarive	53	49
Fianarantsoa	51	47
Tamatave	49	39
Majunga	41	44
Tuléar	37	36
Diego Suarez	38	30

Sources : Trèche, Rabeloson, 2010

Pour ce qui concerne la malnutrition aiguë (émaciation), la nuance est moins nette, car les prévalences sont plus faibles dans la province de Tananarive, où la population urbaine est la plus importante. On constate par contre le quasi doublement des cas de malnutrition aiguë dans la province de Tuléar, entre 1994 et 2007. Une progression de 4 points est également observée dans la province de Majunga. Cela concerne-t-il la ville, la brousse ? L'aggravation de la situation nutritionnelle aiguë est par ailleurs notable dans toutes les provinces. La province de Diego Suarez est la plus touchée (les prévalences passent de 4 à 14%) alors que les cas de malnutrition chronique avaient considérablement diminué entre les deux périodes. Quel est le facteur causal de ces évolutions ?

Tableau 8 : Taux de prévalence (%) d'émaciation par province chez les enfants de 0-3 ans en 1997 et en 2004 à Madagascar

Nom de la province	1997	2004
Tananarive	7	11
Fianarantsoa	7,5	15
Tamatave	9,5	16
Majunga	7	11
Tuléar	9,5	16
Diego Suarez	4	14

Sources : Trèche, Rabeloson, 2010

En conclusion de ces problèmes de malnutrition, quelques points notables et spécifiques au contexte malgache sont à retenir :

- l'importance de la malnutrition chronique avec une augmentation régulière et préoccupante des cas de malnutrition aiguë ;
- la situation des garçons, plus inquiétante que celle des filles ;

- les prévalences très élevées de malnutrition en milieu urbain, alors que la majorité des programmes de lutte sont menés en zone rurale, présumée plus à risque par les ONG ;
- les disparités géographiques, qui se traduisent par des prévalences, en particulier de malnutrition chronique, plus élevées sur les Hauts Plateaux que sur les côtes, alors qu'en raison d'aléas climatiques variés, celles-ci bénéficient le plus de l'aide de l'Etat et de ses partenaires.

2. A Békily, la situation sanitaire et alimentaire des ménages

Afin de connaître les besoins de santé de la population du district de Békily, nous nous référons désormais aux résultats d'une vaste enquête auprès des ménages (WÜSTEFELD, 2001), réalisée en 1997 dans le district de Békily. Les chiffres cités plus loin sont issus de cette enquête. Nous avons pu également faire des observations personnelles, confirmant les éléments de l'enquête ; cela permet de s'apercevoir que les choses ont peu évolué en quinze ans.

a) Hygiène et assainissement, eau potable et ressources alimentaires

Il n'y a pas d'installation d'assainissement dans les villages ruraux, ni individuelle, ni collective. *« C'est une règle commune dans tous les villages de la région. Un espace inutilisé, dans la partie ouest du village, est choisi comme lieu d'aisance par la population : les gens s'y soumettent volontiers »* (E 1). Nous avons vu ces lieux bruts de nature, sans aucun aménagement, mais respectés pour cette fonction spéciale ; d'autres endroits sont par contre « interdits » car jugés impropres à cet usage. Les maisons sont construites sur des sols de terre battue, la moindre brise cause beaucoup de poussière dans les villages. Quant aux déchets, la plupart de nature végétale, ils sont généralement jetés n'importe où, là où l'on se trouve en fin de consommation ou d'utilisation du produit. On se soucie peu de l'environnement, les préoccupations sont d'une autre nature : trouver chaque jour de l'eau et de quoi se nourrir. L'hygiène corporelle est parfois très négligée ; dans certains villages, les enfants sont particulièrement sales (ils n'ont probablement pas été savonnés depuis plusieurs semaines). Vêtus de linge déchiré, du rhume jaunâtre s'écoulant des narines, couverts de mouches, livrés à eux-mêmes dès qu'ils commencent à marcher, ces enfants offrent un spectacle saisissant mais navrant : ils jouent à même le sol, attirés par les marigots boueux comme seul terrain de jeu. Les signes extérieurs de malpropreté sont la marque d'une pauvreté extrême. Dans le village de Manakoliva (commune rurale de Beraketa – voir carte 52, page 416), il n'y a pas de cours d'eau proche et l'eau du puits (à 15 minutes à pied du centre du village) est payante ; c'est le frein essentiel à une hygiène corporelle minimale. Ce village est néanmoins situé à un carrefour routier, lieu de passage obligatoire pour tous les véhicules se rendant dans le Sud du pays. La population n'a jamais su profiter de cette situation stratégique, notamment en développant de petits commerces, pour améliorer des conditions socio-économiques précaires. Nous reviendrons à ce village dans le chapitre 9. A l'opposé, dans d'autres hameaux, on prend un soin particulier à la toilette : nous avons « observé » dans

le petit village de Mahasoa (commune rurale de Tanandava), des parents très attentionnés à la toilette de leurs enfants. Ce village est pourtant bien plus isolé que le précédent, sans accès motorisé possible. Mais les villageois disposent d'un puits, qu'ils entretiennent de façon excessivement soignée.

Environ 93% des ménages utilisent une source d'eau non protégée pour puiser l'eau utile au ménage. La qualité de cette eau est souvent mauvaise, en apparence du moins, car aucun test biologique ou bactériologique n'y est pratiqué. Le risque de maladie hydrique est donc bien présent. Quelle est alors la stratégie des ménages pour se procurer de l'eau ? Le tableau suivant répond à cette question : plus de la moitié des personnes interrogées dans l'enquête en référence se sert exclusivement de l'eau de la rivière pour un usage quotidien (par contact direct ou en creusant dans le lit de la rivière). Mais la disponibilité en eau varie selon la saison. En dehors d'une sécheresse exceptionnelle, la saison sèche commence vers les mois de mars-avril pour se terminer en décembre. Au fur et à mesure que l'on avance dans cette saison, les cours d'eau s'épuisent, pour finir par s'assécher totalement en octobre-novembre. Les personnes doivent alors parcourir de plus longues distances pour se procurer de l'eau, ou creuser des trous plus profonds dans le lit des cours d'eau. Les aménagements publics sont largement défectueux.

Tableau 9 : Les sources d'eau pour 797 ménages du district de Békily en 1997

Source d'eau	Ménages (%)
Fleuve ou rivière	33,5
On creuse un trou dans le lit d'une rivière	24,1
Un puits non aménagé	20,8
Un trou d'eau non protégé	14,5
Une pompe publique (borne-fontaine)	3,4
Un puits aménagé	2,9
Un canal d'irrigation	0,8
L'adduction d'eau publique	0,1

Source : Wüstefeld (2001).

Le temps de soudure⁹⁸ est une période difficile pour 90 % des ménages enquêtés. Ils indiquent qu'il y a des mois où la nourriture devient rare pour la famille, en général entre septembre et mars. Dans ce contexte, quelles sont les méthodes adoptées par la population rurale pour fournir de la nourriture à sa famille ? Certains vont se livrer à un petit commerce de produits artisanaux ou agricoles (fruits et légumes), d'autres trouvent un emploi journalier, précaire. Les animaux (vente de volailles ou parfois de bœufs) jouent un rôle économique important dans ces communautés. Nous donnons la parole à quelques personnes croisées sur le terrain. « *Pour apporter un peu plus d'argent dans ma famille, en dehors des heures de classe, j'ai un petit étal sur la place du village, sur lequel je vends du café* » (E 4), « *Ma femme n'a pas de travail régulier, elle revend des fruits et des légumes, venus de la campagne, sur le marché de Békily. Mais cela dépend aussi de la*

⁹⁸ La période de soudure est le temps précédant une nouvelle récolte. La récolte annuelle ne permet généralement pas de couvrir les besoins alimentaires d'une année entière.

saison. C'est un peu du bricolage, mais on n'a pas le choix, on a deux enfants à nourrir, ils iront bientôt à l'école (des frais supplémentaires sont à prévoir), et mon salaire est un peu juste » (E 2).

b) Situation nutritionnelle et sanitaire de la population

- Etat nutritionnel de l'enfant de 0-6 ans à Békily en 1997

La malnutrition chronique (modérée et sévère), mesurée par l'indicateur taille/âge, atteint 32,5 % des enfants. Ils présentent un retard de croissance par rapport à leur âge et 9 % ont une forme sévère. La malnutrition aiguë (émaciation) est mesurée par l'indicateur poids/taille et touche 7,4 % des enfants enquêtés. Ces cas sont à mettre en parallèle avec une insuffisance quantitative de nourriture, ou des épisodes récurrents de maladies infectieuses. Pour l'insuffisance pondérale (poids/âge), la prévalence est estimée à 30,9%.

○ Allaitement et sevrage

Tous les enfants de l'enquête avaient été allaités. Si la mère décède pendant l'accouchement ou durant la période néonatale, la famille va chercher une nourrice de substitution (une tante, la grand-mère). La durée moyenne de l'allaitement est de 19 mois. Les mères ne pratiquent pas l'allaitement exclusif et ont pour habitude de donner des tisanes, de l'eau (bouillie ou sucrée). Le remplacement progressif du lait maternel par des aliments non lactés s'étale souvent sur plusieurs mois. Le premier nouvel aliment introduit est l'eau de riz (l'eau dans laquelle on cuit le riz). Puis vers 4-5 mois, la mère prépare une bouillie de farine de riz avec de l'eau ou du lait, selon la saison. La mère peut aussi donner du maïs ou de la poudre de manioc (*konoke*) ; le riz sera parfois introduit dès l'âge de 6 mois.

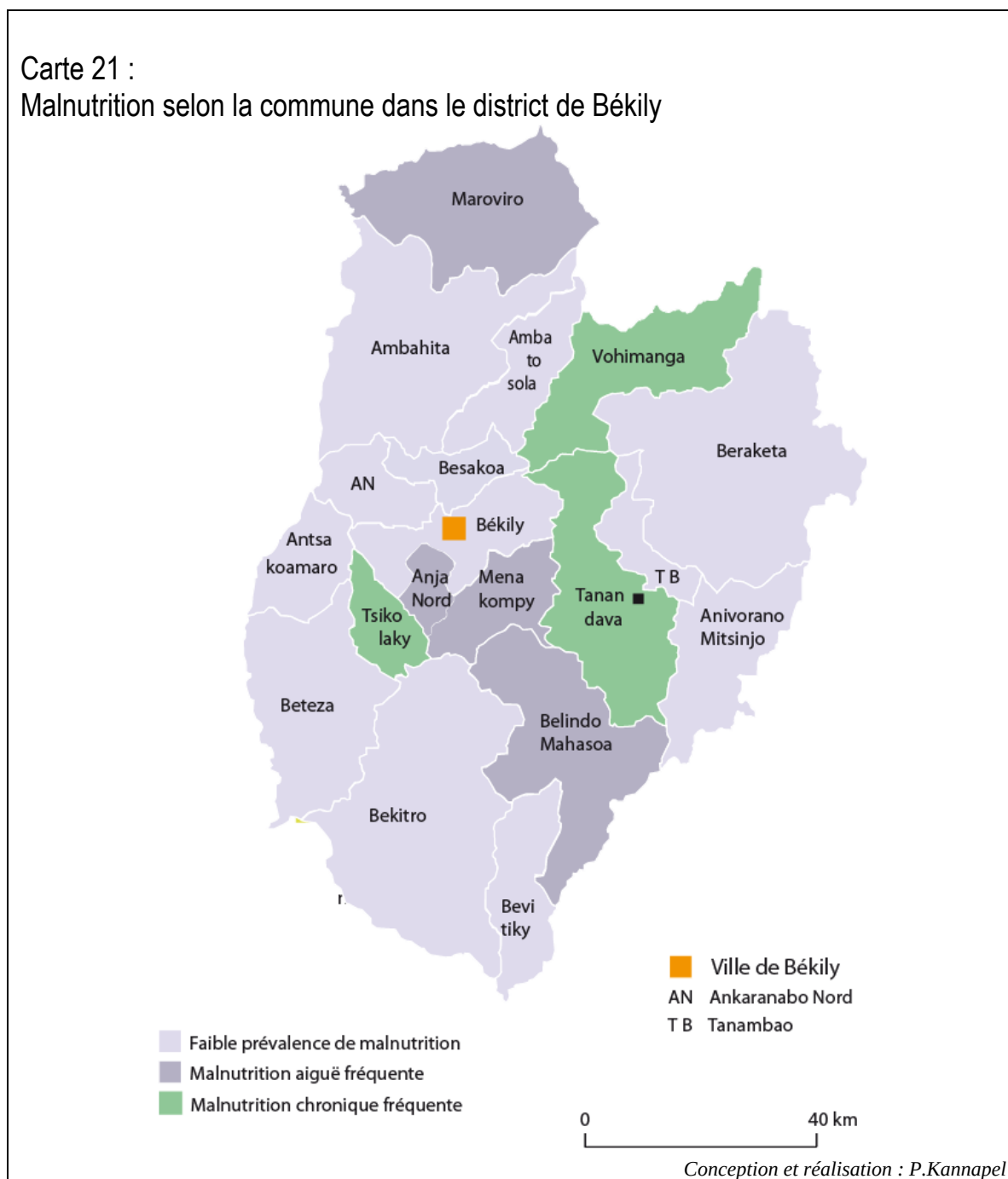
Tableau 10: Les raisons du sevrage dans le district de Békily en 1997

Raison du sevrage	Fréquence (%)
Survenue d'une autre grossesse	50,4
L'enfant est assez grand	28,9
Le lait est insuffisant	6,4
En cas de maladie (enfant ou mère)	6,3
La grand-mère l'a décidé	2,6
L'enfant ne veut pas autre chose	1,7
Décision de la mère	0,9
La mère veut travailler	0,9
La mère est morte	0,6
Inflammation du sein	0,6
La mère est partie	0,6
L'enfant n'a plus voulu	0,2

Source : Wüstefeld (2001).

○ La malnutrition selon la commune

Carte 21 :
Malnutrition selon la commune dans le district de Békily



Source : Wüstefeld (2001).

La malnutrition aiguë touche par ordre d'importance les communes de Maroviro (19 %), Menakompy (14 %), Belindo (12 %) et Anja-nord (11 %). Les valeurs sont nulles dans certains *fokontany* de Beraketa et de Békitro. Le taux de malnutrition chronique atteint 50 % dans un village de la commune de Tanandava et 13,7 % dans un hameau de la commune de Békitro. Les communes très affectées sont Tanandava (47 %), Vohimanga (46 %) et Tsikolaky (44 %). Quelle est la cause de ces disparités locales ? Y a-t-il un lien avec l'offre de soins ? Une analyse approfondie est proposée dans le chapitre 6.

- La prévalence de la malnutrition par genre

La malnutrition chronique est plus fréquente chez les jeunes garçons (34,4 %) que chez les petites filles (30,6%) sans que la différence ne soit statistiquement significative.

- La malnutrition selon les groupes d'âge

Les enfants de 0-6 mois sont les moins concernés, à l'inverse des enfants de 12-24 mois. 45 % des enfants de 18-24 mois sont atteints de malnutrition chronique.

- Soins aux enfants

La grande majorité des enfants enquêtés vivent chez leurs parents (84 %), 8 % habitent chez la mère ou le père, les autres sont « placés » chez un grand parent ou un autre membre de la famille. Les cas de malnutrition sont plus fréquents chez les enfants vivant en dehors du foyer parental.

- Les aliments consommés

La consommation des fruits et des légumes dépend largement de la saison. A la fin de la saison sèche, la disponibilité en produits végétaux est restreinte. Il s'agit essentiellement de feuilles de manioc, patates douces et tomates. Les aliments de base sont le riz et le manioc, sachant que l'importance du riz diminue du Nord (communes d'Ambahita et Maroviro - voir carte 21, page 166) au Sud, au profit du manioc (la consommation de riz est nulle dans les communes de Bévitiky et Bélindo). La patate douce joue le rôle d'aliment de substitution pendant la période de soudure, dans les communes de Beteza, Tsikolaky et Antsakoamaro. Les femmes ont l'habitude de préparer des repas différents en fonction de l'âge de l'enfant. Le plus petit (moins de un an) mangera une bouillie de riz tandis que le plus grand aura du manioc, agrémenté de haricots. Le manioc est souvent consommé avec une légumineuse. Il n'en reste pas moins que les repas sont peu variés et très répétitifs en qualité. *« On ne se plaint pas, il n'y a pas d'autre choix. On est très content de manger de la viande une ou deux fois par mois quand même »* (E 1).

- Situation sanitaire des enfants de 0 à 6 ans à Békily en 1997

- Les maladies infectieuses

Selon les statistiques du Service de santé du district (SSD), les infections respiratoires représentent aujourd'hui le motif principal de consultation dans les CSB. Cela recouvre un certain nombre de pathologies aiguës associant maladies de l'appareil respiratoire et infections ORL : bronchites, rhinopharyngites, otites, etc. Cela n'est pas très précis. Viennent ensuite les maladies accompagnées de diarrhées. Elles peuvent être la cause de malnutrition ou aggraver un état nutritionnel précaire. Un médecin rencontré en mars 2013 à Menakompy (E 5) nous indique une recrudescence des affections respiratoires pendant la saison sèche. Il observe par ailleurs des épidémies de maladies diarrhéiques en saison des pluies. Le taux de ces infections semble plus élevé dans les communes d'Anja-

nord, Antsakoamaro, Ankanarabo-nord et Bélindo (WÜSTEFELD, 2001) ; une des raisons évoquées est que les personnes consultent plus facilement un médecin, ou que la qualité des soins ou de l'accueil sont meilleures. On ne peut tirer de conclusions supplémentaires des enquêtes réalisées. Le même médecin (E 5) rapporte la fréquence des parasitoses digestives, chez les enfants et les adultes, des infections cutanées et oculaires chez les enfants, en lien avec une hygiène insuffisante. Il nous parle enfin des accès palustres dans un contexte épidémique, la dernière épidémie datant de janvier dernier. En terme de fréquence, il décrit aussi des cas de bilharziose urinaire, largement sous-évalués selon lui, car *« les gens ne consultent pas forcément en cas d'hématurie. Souvent ce symptôme disparaît après quelques mois et la maladie va se chroniciser, insidieusement »*.

- La couverture vaccinale et la surveillance nutritionnelle

La couverture vaccinale est très faible dans le district de Békily. 28 % seulement des enfants enquêtés par M. Wüstefeld (2001) avaient un carnet de vaccination tenu à jour. Les lieux où la couverture est la meilleure sont la commune urbaine de Békily (69,8 %) et les communes rurales de Béraketa (65,7 %), Ankanarabo-nord, Bélindo (52,3 %) et Bévity (51 %). Cela traduit la relation de confiance que les professionnels de santé ont su établir avec les communautés villageoises, ce que nous avons nous-même observé (E 6, E 7). Dans d'autres communes (Maroviro, Tanandava, Beteza, Vohimanga), les taux de vaccination concernent moins de 5 % des enfants.

- Situation nutritionnelle des adultes à Békily en 1997

- L'état nutritionnel selon le genre

L'indice de masse corporelle est l'indicateur utilisé pour apprécier le degré de malnutrition chez l'adulte. Pour l'ensemble du district, il est en moyenne de 20 (limite inférieure de la normale), hommes et femmes confondus. Trois quarts des adultes ont un poids normal.

Tableau 11: Etat nutritionnel des adultes selon le genre

Etat nutritionnel	Femmes (%)	Hommes (%)
Insuffisance pondérale	25,5	18,7
Dont insuffisance sévère	1,5	0,8
Dont insuffisance modérée	4,6	2,5
Dont insuffisance légère	19,4	15,3
Poids normal	72	80,2
Surpoids	2,5	1
Obésité	0	0,2

Sources : Wüstefeld (2001).

- L'état nutritionnel selon les lieux

Les écarts sont grands entre les communes. Pour les femmes, 42 % sont en insuffisance pondérale à Anja-nord, 10,5% dans la commune de Beteza. Pour les hommes, cela va de

38,5% (Tanambao-Tsirandrany) à 6,9% à Ambahita. Les données manquent pour la commune isolée d'Anivorano-Mitsinjo.

Tableau 12 : Taux de prévalence (%) des insuffisances pondérales selon les communes

Nom de la commune	Femmes	Hommes
Ambahita	16,9	6,9
Ambatosola	29,2	21,7
Anja-nord	42,1	13,3
Ankaranabo-nord	28,2	23,1
Antsakoamaro	34,8	27,8
Anivorano-Mitsinjo	-	-
Békily	13,3	7,4
Békitro	26,7	18,1
Bélindo-Mahasoa	32,8	23,5
Béraketa	27,1	23,7
Beteza	10,5	21,7
Bevitiky	29,6	19,2
Manakompy	27,2	21,3
Maroviro	30,8	20,5
Tanambao-Tsirandrany	28,6	38,5
Tanandava	22	10,4
Tsikolaky	31,6	18,2
Vohimanga	14,3	20

Sources : Wüstefeld (2001).

○ Santé reproductive

Dans le district de Békily, la femme accouche le plus souvent à domicile (61,5 %) ou chez ses parents (20,5 %). Elle est habituellement assistée de sa mère, belle-mère ou d'une autre femme de la famille ; parfois la matrone⁹⁹ du village intervient. La coutume veut que la femme retourne chez ses parents pour la naissance de son premier enfant. *« Ma femme vient de Fort Dauphin, elle a accouché les deux fois à la maison de ses parents. Elle ne voulait pas entendre parler de l'hôpital. Elle n'a même pas voulu que je sois là ! Heureusement, tout s'est bien passé »* (E 2). Elle « doit » y rester à peu près trois mois avant de rejoindre son mari. Le recours à un professionnel de santé (14 %) n'a lieu qu'en cas de complication. Une femme sur deux déclare avoir eu une ou plusieurs consultations prénatales dans un centre de santé. L'âge moyen de la première grossesse est de 18 ans (plus ou moins 3,7 ans). Le taux de fécondité moyen est de 4,8 enfants / femme. 34 % des femmes signalent la mort d'un enfant avant l'âge de 1 an, et 18 % ont perdu un enfant âgé de 1 à 5 ans.

Les méthodes contraceptives sont mal connues dans le district de Békily. Seules 12,5 % des femmes ont dit connaître la contraception et 1,6 % seulement utilisent une méthode. Elles résident à proximité des CSB de Békily, Bélindo et Béraketa, où consultent des

⁹⁹ La matrone est l'accoucheuse traditionnelle, dont le savoir est empirique. Elle se déplace au domicile des parturientes, sans avoir jamais eu de formation médicale.

sages-femmes. « *Les gens sont peu instruits à la campagne. Moi, j'ai fait mes études à Tuléar, j'ai un peu d'expérience de la vie, je me protège. Mais pour les filles restées en brousse, elles considèrent la reproduction comme la fonction féminine par excellence. Elles savent qu'un enfant risque de mourir en bas âge ; elles choisissent donc de faire beaucoup d'enfants pour pallier ce risque* » (E 4).

D. BESOINS DE SANTE LIES A L'EAU ET A UN DEFAUT D'ASSAINISSEMENT

1. Pratiques sociales liées à l'eau et conséquences

Dans le milieu rural, les contacts entre l'eau et les personnes sont pluriquotidiens, quel que soit l'âge ou le sexe. La vie quotidienne se passe en extérieur et la quête de l'eau, pour des raisons variées que nous allons détailler, est une préoccupation de tous les instants. Quelles sont les pratiques sociales de l'eau, en fonction de la nature des points d'eau ? Les conséquences sanitaires s'apprécient en termes de maladies liées à l'ingestion d'une eau souillée (maladies du péril fécal) ou par la pénétration transcutanée d'un parasite (bilharziose). Il convient de noter que certaines personnes sont « blindées » et ne tombent jamais malades, malgré l'ingestion quotidienne d'eau souillée. Y a-t-il des facteurs génétiques protecteurs ou est-ce une question d'immunité ? Il serait intéressant de mener des recherches scientifiques à ce propos. Nous proposons de façon détaillée un ensemble de pratiques sociales, impliquant un contact hydrique à risque pathologique.

a) Activités directement liées à l'eau, avec un contact obligatoire

- La plus répandue est incontestablement la **baignade récréative**, afin de se rafraîchir et de se divertir. Elle est pratiquée par tous et constitue un moment de détente privilégié. Elle permet d'atténuer l'effet des très fortes chaleurs et représente aussi un moment de jeux pour les enfants et les adolescents. Du Nord au Sud, les habitudes sont les mêmes, il est rare de traverser un cours d'eau sans apercevoir plusieurs baigneurs. Le pic de fréquentation des points d'eau se situe à la mi-journée ; les enfants s'y précipitent dès la sortie de l'école, les agriculteurs font une pause car il fait trop chaud pour travailler dans les champs. Les femmes y viennent prendre de l'eau pour le repas. Si le lieu est un foyer de bilharziose, le risque de contamination est alors au maximum ; toutes les conditions favorables et déterminantes y sont réunies.
- La lessive et la vaisselle sont des **activités domestiques** impliquant un contact obligatoire avec l'eau. La plupart des personnes ont cette pratique, le bord de l'eau est un espace convivial, où tout le village se retrouve. Au même endroit sont pratiquées des activités d'hygiène corporelle, c'est-à-dire la toilette du corps. Aucun foyer rural n'est relié à un réseau d'eau courante, il n'y évidemment pas de WC ni de salle de bains. Comment dit-on salle de bains en langue malgache ? Un certain nombre de personnes nous interrogeaient à ce propos : « *comment vous faites chez vous* » ? Il existe une confusion de termes. Quand on dit ici « *je vais à la douche* », cela signifie « *je vais uriner* ». Miction et défécation se font dans la

nature, le terme malgache retenu est *jangoany*, dans la plupart des régions. Les adultes respectent généralement les points d'eau, mais les enfants ne contrôlent pas toujours la situation et se « *relâchent* » dans l'eau (E 6). « *Certaines personnes profitent de la rivière pour faire leurs besoins en toute tranquillité. Ils feront leur toilette corporelle dans la foulée, au vu et au su de tout le monde. On est bien sûr choqué, en tant que professionnel de santé* » (E 17).



Photographie 24 : Activités quotidiennes à la campagne

La rivière est le lieu convivial par excellence. Certains se baignent, les femmes font la vaisselle ou la lessive, une, deux ou trois fois par jour. Il faut en profiter quand il y a de l'eau. Dans deux mois, le cours d'eau sera à sec.

- Les **activités agricoles** font intervenir différentes sortes de travaux. La riziculture, très consommatrice d'eau, est répandue dans le district de Mandritsara. Comment se fait la préparation du sol dans les parcelles rizicoles ? L'agriculteur doit dans un premier temps travailler la terre, en menant pieds nus le passage de la herse rotative ou en contrôlant le piétinement, effectué par les zébus. Dans un second temps, le riziculteur entreprend la mise à plat du sol sur une parcelle labourée et toujours boueuse. Le semis de graines se fait par un repiquage des plants qui suit l'arrachage des plants de la pépinière. La riziculture en soi n'est pas une activité directement liée à l'eau, mais les contacts avec le milieu aquatique sont obligatoires lors de la réalisation des différentes tâches, pouvant être plus ou moins intenses selon la période de l'année. Les relations à l'eau sont différentes selon le statut, en travaillant pour soi ou à titre de travailleur salarié journalier.
- Le **gardiennage** des rizières contre les oiseaux prédateurs et l'entretien des canaux par les usagers, dans le cas de riziculture irriguée, sont des activités annexes qui ne relèvent pas directement de la culture. Cependant, comme elles impliquent un contact avec l'eau obligatoirement, elles ont été placées dans cette catégorie.

b) Activités directement liées à l'eau avec un contact facultatif.

Elles constituent un élément de vulnérabilité face à la transmission de certains germes et comprennent :

- La collecte d'eau à usage ménager, activité domestique réalisée quelque soit le point d'eau. Le contact direct n'est pas obligatoire : on se sert généralement d'un seau ou d'un jerrycan. On couple parfois cette activité à un bain.
- La pêche en eau douce ou les activités extractives pratiquées en immersion selon des techniques variées.
- Dans le contexte d'une agriculture non irriguée, les cultures maraîchères nécessitent un arrosage régulier, en dehors de la saison des pluies. Ceci concerne les deux districts étudiés.

c) Activités indirectement liées à l'eau, avec un contact non obligatoire

- Le gardiennage du bétail. L'activité pastorale extensive concerne les deux terrains. Les bouviers surveillent et conduisent leur zébu ou leurs troupeaux vers les points d'eau aux fins d'abreuvement. C'est souvent le moment choisi par les meneurs pour se baigner. Les animaux se sustennent d'un coté, les hommes de l'autre, mais l'eau utilisée est rigoureusement la même.
- Les déplacements privés, de proximité ou plus lointains, se font à pied ou en charrette. La fatigue occasionnée contraint les personnes à s'arrêter régulièrement. On va profiter d'un point d'eau pour y faire une escale rafraîchissante.

Les points d'eau observés lors de nos démarches constituent de véritables milieux de culture pour différents micro-organismes. Si la bilharziose se transmet par voie cutanée, d'autres maladies infectieuses sont contaminantes par voie orale. L'ingestion de l'eau pure (non bouillie) est fortement répandue sinon la règle un peu partout.

2. Eau, assainissement et hygiène. Généralités et définitions

Le fait de fournir un approvisionnement en eau douce à toute la population suffit-il à réduire l'incidence des maladies liées à l'eau ? L'eau n'est en fait pas le seul facteur déterminant de ces maladies ; en effet, les pratiques d'hygiène et un accès à l'assainissement sont fondamentaux. Ils permettent de combattre les principales menaces pour la santé des enfants de moins de cinq ans, en particulier la diarrhée. Environ 88% de toutes les contaminations de diarrhée dans le monde sont dues à un approvisionnement en eau insalubre, à l'absence de pratiques d'hygiène saines et à des dispositifs d'assainissement rudimentaires (EVANS, 2005). Le problème est d'une grande ampleur : de nos jours, le nombre de ceux qui n'ont pas accès à l'assainissement est presque deux fois plus élevé que ceux qui n'ont pas d'approvisionnement en eau (ONU, 2005). Au cours des dernières années, l'assainissement a trouvé sa place dans l'agenda de la politique internationale. En 2002, l'eau et l'assainissement ont été intégrés aux Objectifs du millénaire pour le développement¹⁰⁰ (GASTINEAU et alii., 2010) et plus spécifiquement à l'objectif 7 « *d'accès durable à de l'eau potable et à un assainissement de base* », la cible 10 précisant de « *Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population n'ayant*

¹⁰⁰ Voir ANNEXE 4.

pas accès de manière durable à un approvisionnement en eau potable et à un dispositif d'assainissement de base ». Pourtant, sur le plan national, dans la plupart des pays en voie de développement, l'hygiène et l'assainissement ne reçoivent pas encore beaucoup d'attention, malgré les importantes conséquences sanitaires.

a) Assainissement et hygiène

La première chose qui vient à l'esprit, à propos du concept d'**assainissement**, ce sont les latrines. Toutefois, il renvoie à un secteur d'activités bien plus large, des éléments généraux englobant la gestion de l'assainissement, de l'hygiène et de l'eau (EVANS, 2005).

A propos de l'assainissement, on va inclure :

- *la collecte, la conservation, l'enlèvement, la réutilisation ou le recyclage des excréments humains (matières fécales et urines¹⁰¹)* ;
- la gestion, la réutilisation et le recyclage des déchets solides (ordures) ;
- la gestion et la collecte des déchets industriels ;
- la gestion des déchets dangereux (dont les déchets hospitaliers, chimiques, radioactifs et autres substances dangereuses).

Concernant l'hygiène, différents éléments sont à considérer :

- *avoir à disposition des réserves d'eau sûres* ;
- *des pratiques sûres du lavage des mains* ;
- le traitement sûr des produits alimentaires.

Pour la gestion de l'eau, on retiendra :

- le drainage et l'enlèvement / réutilisation / recyclage des eaux usées des ménages (également appelées « eaux grises ») ;
- assurer le drainage de l'eau de pluie ;
- le traitement et enlèvement / réutilisation / recyclage des effluents d'eaux usées.

Cette liste recouvre un certain nombre d'actions, variées. Ainsi, vouloir régler les problèmes d'assainissement et d'hygiène passe par un investissement dans d'importants éléments d'infrastructure coûteux, comme des conduits d'égouts, autant que de simples latrines « sur place » pour les logements individuels, ou par la provision d'éléments « non matériels », comme par exemple le soutien de groupes de femmes, dans le but de modifier les pratiques de défécation dans leur communauté.

Promouvoir l'assainissement conduit à la promotion simultanée de l'hygiène individuelle, tout en sensibilisant à l'hygiène publique. L'amélioration de l'**hygiène** est un facteur de

¹⁰¹ Les éléments d'assainissement et d'hygiène de base, absents de nombreuses régions pauvres d'Afrique et d'autres pays défavorisés, figurent en italique dans la liste ci-dessus.

réduction des maladies du péril fécal, mais aussi des infections respiratoires aiguës (IRA). Des études dans les ménages, visant à retracer le trajet de la contamination oro-fécale, suggèrent que « *les mains sont de véritables autoroutes pour les microbes* » (NEWBORNE et al., 2007). Elles apportent les germes fécaux des toilettes ou des sites de défécation jusqu'aux ustensiles, à l'eau et à la nourriture. Bien que le lavage des mains à certains moments critiques soit considéré comme une intervention efficace contre les maladies diarrhéiques, il existe à présent des preuves croissantes de son efficacité contre les infections respiratoires (CAIRNCROSS, 2003), comme la tuberculose (y compris la transmission de germes de la bouche à la main, par exemple en éternuant). Améliorer l'assainissement, conformément à la cible 10 des OMD (voir ANNEXE 4), et parallèlement à une amélioration de l'approvisionnement en eau, pourrait directement contribuer aux progrès des cibles 4 (« *Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici 2015* »), 5 (« *Réduire des deux tiers d'ici 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans* ») et 6 (« *Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015* »). Enfin, promouvoir l'assainissement contribuera également à répondre de manière indirecte à d'autres OMD, comme la cible 3 à propos de l'éducation et la cible 8 relative à la propagation du paludisme.

Les maladies diarrhéiques et les parasitoses ont des conséquences sociales navrantes. Elles réduisent la fréquentation de l'école, et de manière générale la concentration de l'élève, de plusieurs façons. L'élève, épuisé, s'endort pendant la classe, et trop souvent les filles ne fréquentent pas l'école s'il n'existe pas de latrines qui leur soient réservées. Le temps passé à collecter de l'eau peut être prioritaire par rapport à la fréquentation de l'école, et cette tâche revient souvent aux filles, tout comme le fait de veiller sur une personne malade dans la famille. De plus, les enseignants ne sont pas toujours disposés à vivre dans des zones où il n'y a pas d'installation d'eau et d'assainissement adéquates. Les femmes endurent les plus gros des problèmes de santé et des risques de sécurité liés à l'absence d'installations privées d'assainissement ou d'équipements sanitaires, en plus de la charge de porter l'eau quotidiennement. Un environnement « hygiénique » favorise la santé maternelle : une grossesse vécue en bonne santé et des pratiques d'accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, réduisent les risques de maladies du post-partum ainsi que la mortalité maternelle.

b) Assainissement et facteurs psycho-socio-culturels

Dans les villages de brousse (c'est le cas partout à Madagascar), les gens ne disposent nulle part d'un système d'assainissement individuel. Il y a ici et là des latrines collectives, inutilisées, parfois jamais utilisées, construites par différentes ONG ; elles se trouvent dans la cour d'une école ou à l'écart du village. Les promoteurs de ces installations, au demeurant de bonne volonté, n'ont semble-t-il jamais envisagé l'impact psycho-socio-culturel des pratiques de ces lieux publics. Concernant la pratique des latrines, une remarque nous vient immédiatement à l'esprit : à partir du premier usager, les toilettes sont déjà sales. Puisqu'il n'y a généralement pas d'eau disponible à proximité (elle peut même être localement payante), les toilettes ne seront pas nettoyées. Après une heure (ou

parfois moins), les mouches arrivent, que ce soit après une selle normale ou une selle pathologique. Quand le second usager se présente, il ne pense qu'à une chose : faire demi-tour, fuir pour retourner faire ses besoins dans la nature, comme d'habitude. Il ne reviendra jamais, les autres personnes non plus. Nous avons observé deux cas de figure : des latrines neuves (on pourrait y manger sur le sol !) n'avaient jamais été fréquentées, alors que d'autres étaient repoussantes, malodorantes, infectées par les mouches et autres insectes de mauvaise engeance. Si un service d'entretien n'est pas organisé (mais qui va le prendre en charge, qui va payer ?), ce procédé d'assainissement est voué à l'échec total. D'autant que les gens de la campagne n'ont pas vraiment conscience des risques sanitaires liés aux matières fécales et urinaires, comme le montre l'enquête analysée plus loin. Certaines différences culturelles sont dues au genre : les variations de perspective entre les femmes et les hommes concernant les dispositifs d'assainissement sont relevées par de nombreux commentateurs (NEWBORNE et al., 2007). Les points de vue varient également entre les adultes et les enfants. Les situations dans lesquelles se trouvent les ménages sont très diverses. Les différents groupes ethniques ont aussi des croyances et des coutumes variables¹⁰², et l'attitude face à l'assainissement et l'hygiène peut varier de manière importante, entre le contexte urbain et le contexte rural.

Quelles sont les raisons qui inciteraient un individu à utiliser des latrines, plutôt que de déféquer en plein air ? L'**intimité** : l'absence d'intimité de la défécation en plein air est un problème important pour les femmes. Des latrines attenantes à la maison pousseraient les femmes à ne plus attendre certains moments de la journée, comme l'aube ou le crépuscule, pour se soulager. La **commodité** : les latrines peuvent être construites à proximité immédiate de la maison, donc plus près que les lieux de défécation traditionnels en plein air. Les latrines peuvent également être construites avec une extension pour la toilette corporelle, augmentant ainsi leur utilité pour les femmes. La **sécurité** : les rencontres malencontreuses avec des serpents, des insectes, des véhicules et la végétation sont fréquentes. Par exemple, « un homme de 48 ans a été tué au début de l'année par un bus alors qu'il déféquait sur le bas côté » (E 17). Le **statut** (prestige) : des latrines domestiques sont un symbole de progrès et de richesse matérielle. L'**économie** : les dépenses récurrentes pour les frais de santé représentent une perte de ressources considérable pour les ménages alors que les latrines représentent une dépense unique, compensée à long terme par les économies faites sur les dépenses de santé. Une **création de revenus** ? Les latrines peuvent être construites avec une extension pour la toilette corporelle et l'eau usée peut ensuite être utilisée pour générer des revenus pour les cultures maraîchères.

3. Les maladies du péril fécal

Elles concernent tous les genres de micro-organismes, bactéries, parasites et virus et sont liées directement au manque d'hygiène et à la pauvreté. La promiscuité et les conditions d'habitat sont les facteurs majeurs de diffusion de ces infections.

¹⁰² Pour les Sakalava, il est par exemple *fady* d'installer des toilettes à l'intérieur d'une maison. Ils n'osent envisager un autre espace que la nature brute et sauvage, pour y faire leurs besoins.

Le péril fécal

Le péril fécal correspond à l'ensemble des maladies infectieuses dues à des agents pathogènes déposés dans le milieu extérieur par les excréments. La contamination inter-humaine repose sur plusieurs mécanismes :

- consommer de l'eau non potable,
- porter des mains « sales » à la bouche,
- consommer des aliments souillés par des matières fécales (le transport des germes peut se faire par les mouches),
- marcher pieds nus à proximité de lieux où des excréments reposent,
- se baigner dans une eau souillée.

Les agents infectieux peuvent par ailleurs contaminer des puits, lors de la période des pluies. Il peut s'agir de virus (hépatite A ou E, poliovirus, rotavirus) ou de bactéries (salmonellose, shigellose, fièvre typhoïde, choléra), mais les parasites sont les plus nombreux (amibes, anguillules, ascaris, ankylostome, taenia, toxoplasme). La bilharziose fait partie du péril fécal. Les microbes peuvent survivre loin des hommes, à qui ils transmettent la maladie ; ils peuvent également « végéter » dans la nature plusieurs semaines, étant plus ou moins résistants dans le milieu extérieur. S'ils finissent par être avalés, la chaîne de transmission du péril fécal pourra se poursuivre.

Largement répandue, la **fièvre typhoïde** est une toxi-infection due au bacille d'Eberth (*Salmonella typhi*). Elle est strictement humaine. La dissémination des germes se fait par le malade infecté, qui les élimine en grande quantité dans ses selles ; il existe de nombreux porteurs chroniques. La transmission est soit directe (dans l'entourage du malade), soit indirecte (eau, aliments souillés par les déjections d'un sujet infecté) en cas d'hygiène insuffisante. La malnutrition ou une maladie infectieuse associée sont des facteurs aggravants pour la fièvre typhoïde. Lors de notre passage en juillet 2014 à l'hôpital de Mandritsara, dans le service de pédiatrie (8 lits), hormis pour un cas de paludisme grave, les autres lits étaient occupés par des enfants atteints de fièvre typhoïde. D'après la pédiatre chef du service, « *il ne semble pas y avoir de saisonnalité pour cette affection, on en voit beaucoup toute l'année* ».

Les **amibiases** sont largement répandues à Madagascar ; elles se manifestent par l'émission de selles glairo-sanglantes caractéristiques. L'agent causal est une amibe (*Entamoeba histolytica*), parasite unicellulaire dont l'espèce humaine constitue le seul réservoir. La contamination est liée au péril fécal, avec parfois une transmission inter-humaine directe dans un espace familial confiné. Mais elle surviendra le plus souvent après consommation d'une eau souillée ou d'aliments mal cuits, fruits ou salades mal lavés, sur lesquels sont disposés des kystes vivants du parasite. Le tropisme de cette maladie est l'appareil digestif. La forme aiguë s'exprime par une dysenterie, elle est à différencier de la colite chronique post-amibienne qui est une colopathie séquellaire. A défaut de traitement (disponible et simple à faire en externe, mais encore faudra-t-il

consulter un médecin), la forme intestinale peut se compliquer d'un ou plusieurs abcès du foie, rendant le pronostic de cette pathologie plus aléatoire.

Le **choléra** est une maladie diarrhéique bactérienne (il s'agit d'une diarrhée en « eau de riz »). L'agent causal (*Vibrio cholerae*), identifié depuis 1884, a été responsable de sept pandémies majeures, la dernière remontant au début du XX^e siècle. Le germe du choléra est alors devenu endémique dans de nombreuses régions intertropicales et il affecte aujourd'hui encore 98 pays, dont Madagascar (RAKOTO ALISON et alii., 2001) ; en 2010, 317 534 cas y furent déclarés à l'OMS. Le fléau ressurgit sous forme épidémique durant la saison la plus chaude, touchant généralement les grandes villes des pays défavorisés, sous-équipées en infrastructures d'adduction d'eau potable et d'élimination des eaux usées, ou à l'occasion de grands rassemblements de population (fêtes religieuses, catastrophe naturelle, camps de réfugiés). Le seul réservoir du vibron cholérique est l'homme, mais le germe peut survivre et se multiplier dans le milieu extérieur. La transmission est féco-orale de façon directe (rôle des mains sales) ou indirecte (eau, nourriture). La diarrhée acqueuse est profuse, accompagnée de vomissements incoercibles entraînant rapidement une déshydratation majeure, cause d'un décès rapide en moins de 24 heures. Le choléra est une maladie de la pauvreté, liée à l'urbanisation. Il est arrivé à Madagascar en 1899, dans la ville portuaire de Majunga. La dernière épidémie notable a touché la ville de Fianarantsoa à la fin de l'année 2010, faisant plus de 200 morts. Les espaces ruraux sont moins concernés de nos jours par ce risque car, en cas d'épidémie, un cordon sanitaire est rapidement installé autour de l'épicentre de l'infection.

Grâce à la vaccination¹⁰³ d'une majorité de la population, **la poliomyélite** pourrait être éradiquée à Madagascar prochainement. L'homme semblant être le seul réservoir du virus (BOUCHAUD et alii., 2009), on ne peut être qu'optimiste quant à la non-résurgence de la polio. La chaîne de transmission (par voie digestive à partir de l'eau ou des aliments souillés par des matières fécales de porteurs sains) paraît irrémédiablement rompue. La gravité de cette maladie tenait aux formes paralytiques (atteinte de la corne antérieure de la moelle épinière), de type périphérique avec hypotonie, amyotrophie et troubles vasomoteurs. Les malades conservaient de façon irréversible des séquelles sous forme d'atrophie d'un membre, en général un membre inférieur, cause d'un handicap moteur définitif.

Pourquoi parler de cette maladie dans ce travail ? Si le virus ne circule plus de façon active à Madagascar, il reste un certain nombre de malades, certains encore jeunes, atteints des séquelles de cette affection. Ils sont livrés à eux-mêmes, souvent rejetés par leurs familles, raillés par la communauté. Non productifs, ils représentent une charge pour une famille déjà pauvre, ils se déplacent tant bien que mal en rampant, avec un bâton ou au mieux sur un fauteuil roulant et « n'intéressent personne ». Ces malades, encore trop nombreux à la campagne, n'ont pas la chance de bénéficier de soins de rééducation fonctionnelle qu'ils seraient en droit d'attendre : l'Etat ne forme plus de masseurs-

¹⁰³ La vaccination contre la poliomyélite entre dans le cadre du PEV (Programme Elargi de Vaccination), sur recommandation de l'OMS.

kinésithérapeutes depuis 2010. La seule école de formation basée dans la capitale formait depuis une quinzaine d'années entre 20 et 25 kinés chaque année : ceux-ci travaillent exclusivement dans les centres hospitaliers des grandes villes malgaches. Il n'y en a aucun en zone rurale. C'est un problème sérieux pour les handicapés de la polio mais aussi pour toutes les autres formes de handicap (séquelle d'accident vasculaire cérébral, post-traumatique).

4. Eau et assainissement dans le district de Mandritsara

Pour une approche micro-locale des besoins de santé dans le district de Mandritsara, nous faisons référence à une grande enquête (NEWBORNE et al., 2007), réalisée par l'hôpital privé de la ville de Mandritsara (HVM) en 2006, sous l'égide du FFBBM¹⁰⁴ et financée par l'agence Tearfund¹⁰⁵. Cette étude cherche à comprendre les obstacles rencontrés lors de la promotion de l'assainissement et de l'hygiène, simultanément dans trois pays, Madagascar, le Burkina Faso et la République démocratique du Congo. Elle aborde de façon minutieuse les questions d'assainissement. A Madagascar, des enquêtes domiciliaires ont été réalisées dans sept villages du district, auprès de 138 ménages. Des entretiens ont également eu lieu dans l'espace urbain de Mandritsara. Il convient de signaler que l'HVM intervient déjà dans ces villages depuis quelques années, proposant des actions de santé publique (vaccinations), et des opérations de sensibilisation à l'hygiène. *« Cette étude date de quelques années, mais les choses évoluent lentement à Madagascar, la situation vis-à-vis de l'assainissement notamment, semble figée. L'objectif principal de l'enquête de terrain fut de comprendre ce qui oriente les pratiques d'assainissement et d'hygiène parmi la population rurale. Un autre objectif vise à permettre une meilleure compréhension des facteurs qui entravent ou inversement favorisent le développement des politiques d'assainissement et d'hygiène sur le plan national et la mise en œuvre efficace des programmes d'assainissement et d'hygiène. J'ai l'impression de lire un texte ! »* (E 27). L'étude cherchera enfin à expliquer clairement le rapport entre les maladies courantes et les pratiques de défécation en plein air.

a) Que sait-on de l'état sanitaire de la population rurale et de son accès à une méthode d'assainissement en 2006 ?

L'Etat¹⁰⁶ indique des taux d'accès des ménages à l'assainissement en 2000 de 87 % en milieu urbain et de 52 % dans les espaces ruraux, avec un taux de couverture global de 58 %. Toutefois, l'agence WaterAid met en doute la fiabilité des statistiques officielles (WATERAID, 2006) ; on estime que 7,5 % de la population rurale et 27 % de la population

¹⁰⁴ Le FFBBM (Fivondronan'ny Fiangonana Batista Biblika Eto Madagasikara) est une association d'environ 65 églises « Baptistes bibliques » indépendantes à Madagascar. HVM est un hôpital : *Hôpital Vaovao Mahafaly* (« Hôpital de la Bonne Nouvelle »), dirigé par le FFBBM.

¹⁰⁵ Tearfund est une agence chrétienne évangélique internationale, de développement et de secours, oeuvrant par le biais de partenaires locaux, dans plus de 70 pays du monde, essentiellement en Afrique subsaharienne. Beaucoup de ses partenaires travaillent sur des projets de promotion dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

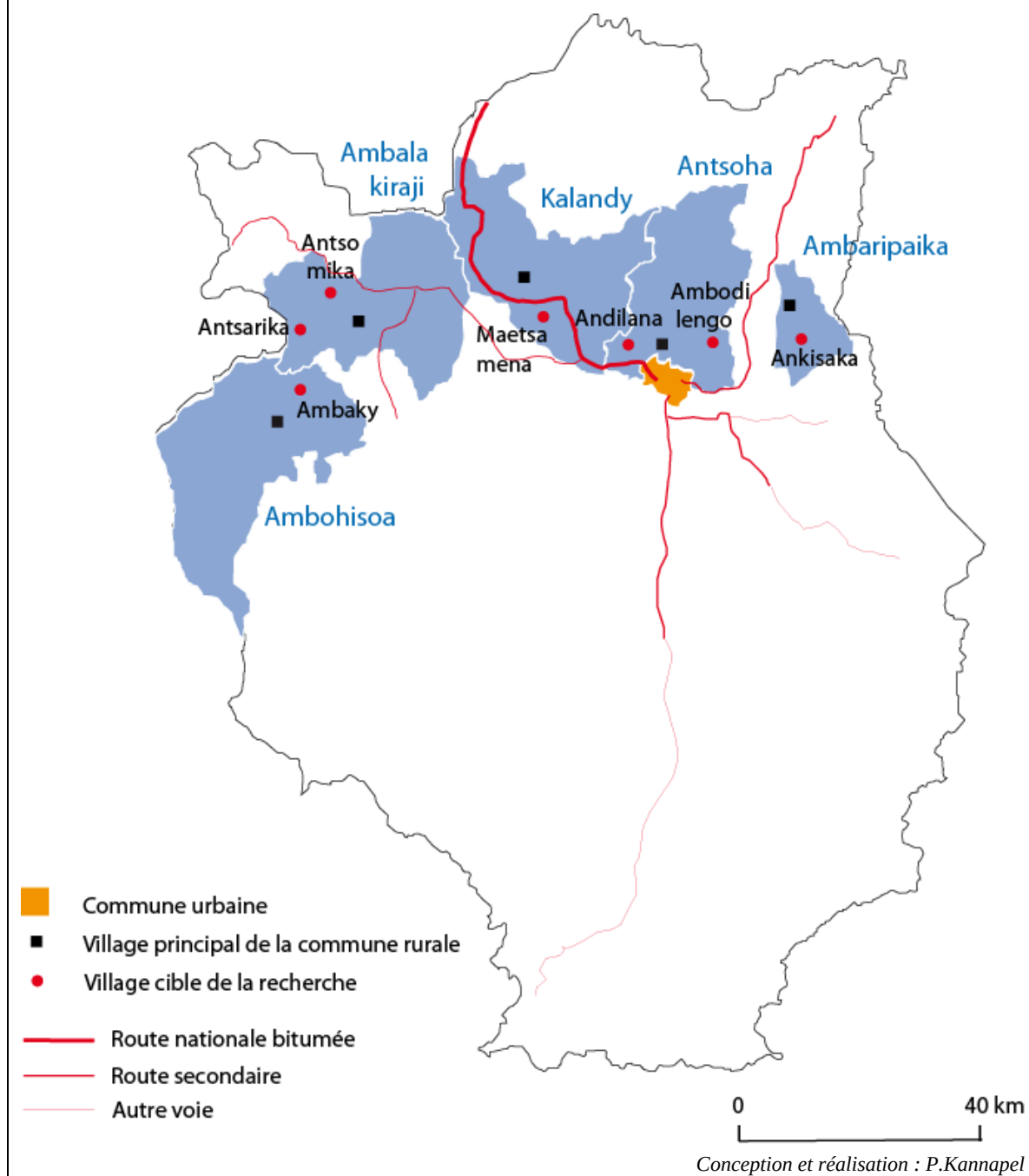
¹⁰⁶ République de Madagascar, 2003, « Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) », juillet 2003.

urbaine ont accès à un assainissement adéquat (ce qui représente une moyenne de 17,25 %). Des différences prononcées au niveau de la couverture existent apparemment entre les provinces.

Le Département de l'eau et de l'assainissement (PAEPAR, 2004) signale comme « *des conséquences directes* » de ce taux de couverture très faible tout un ensemble de maladies transmises par l'eau : diarrhée, dysenterie, choléra, bilharziose. La diarrhée est la deuxième cause de morbidité chez les enfants à Madagascar. Pendant ce temps, 2,5 millions d'habitants (14% de la population du pays) souffrent de bilharziose et selon les estimations, 4,5 millions de personnes (1 sur 4) sont exposées au risque de contamination. Concernant le manque d'assainissement, 60 % des décès chez les enfants seraient causés soit par un mauvais assainissement, soit par la mauvaise qualité de l'eau (République de Madagascar, 2003). Le même document rapporte la survenue en 1999 d'une épidémie majeure de choléra : le ministère de la santé avait recensé 35 000 cas pour la période de mars 1999 à juin 2001, sur lesquels on a observé plus de 2300 décès. Selon une étude complémentaire de la Banque africaine de développement (2005), il est estimé que 3,5 millions de jours de fréquentation d'école sont perdus chaque année ; les enfants sont malades en raison de la mauvaise qualité de l'eau et d'une hygiène inadéquate. Une statistique équivalente de 6 millions de journées de travail perdues est également proposée dans le PAEPAR (2004).

Dans la province de Majunga, l'accès de la population aux équipements d'eau et d'assainissement (combinés) est estimé à 36 %, comparé aux 87 % dans la province de la capitale (WATERAID, 2005). Les statistiques officielles (République de Madagascar, 2003) montrent que l'accès à l'approvisionnement en eau potable est de 5,5 pour cent dans la région de Sofia (province de Majunga). Aucune estimation officielle équivalente n'a été donnée concernant le niveau d'accès à un assainissement adéquat ; cela traduit le peu d'intérêt porté à l'assainissement par les pouvoirs publics. Toujours selon la Banque africaine de développement (2005), la couverture en assainissement dans la province de Majunga est estimée à 6,19 % (approvisionnement en eau potable : 13,54 %). Aucune statistique officielle n'est disponible, mais dans les communes au sein desquelles le FFBBM travaille, il avait signalé un niveau très faible, presque inexistant, de l'assainissement et de l'hygiène, avant de commencer son soutien dans les villages. Les trois causes principales de morbidité dans la région sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la diarrhée. Les autres maladies présentes sont la bilharziose, la lèpre et les maladies sexuellement transmissibles. Le taux de mortalité infantile et juvénile enregistré en 1997 était de 67 p. 1000.

Carte 22 :
Les terrains de recherche sur l'assainissement à Mandritsara



b) Contexte de l'étude

Les activités opérationnelles du FFBBM ont lieu dans cinq communes rurales : Ambalikirajy, Antsoha, Ambaripaika, Ambohisoa et Kalandy ; sept villages ont participé à l'enquête (carte ci-dessus).

Le petit village enclavé d'Ambaky appartient à la commune d'Ambohisoa (à l'Ouest du district, elle comprend 12 villages). Il est situé à 80 km de la ville de Mandritsara.

Antsarika (500 h)¹⁰⁷ et Antsomika (1324 h) sont des villages de la commune rurale d'Ambalakitry, situés respectivement à 70 km et 65 km de la ville.

Le village de Maetsamena fait partie de la commune de Kalandy (elle comprend 14 villages). Il compte 1513 habitants et se trouve sur la RN 32, à 35 km au Nord de Mandritsara.

Les hameaux d'Andilana (849 h) et d'Ambodilengo (500 h) sont proches de Mandritsara (8 km et 11 km). Il n'y a pas d'accès routier. Ils font partie de la commune d'Antsoha (20 villages).

Le dernier village, Ankisaka, comptant 1813 habitants, se trouve à 35 km à l'Est de la ville de Mandritsara. Il appartient à la commune rurale enclavée d'Ambaripaika.

Pendant la saison des pluies, les voies d'accès aux six villages non reliés par une route goudronnée sont impraticables pour les véhicules motorisés, y compris, au plus fort des pluies, pour les 4x4. Pendant plusieurs mois de l'année, le seul accès (pour la plupart) est donc la voie pédestre ou au moyen d'une carriole tirée par (deux) boeufs, pour les ménages qui en possèdent.

En ce qui concerne l'étude locale, le FFBBM a distribué un questionnaire aux représentants d'un total de 138 ménages dans sept villages ruraux du district de Mandritsara. Le FFBBM et le Dr Ranaivoarisoa ont également encadré un groupe de discussion à thème dirigé dans la ville de Mandritsara. Le questionnaire dans les villages ruraux comprenait des questions classées dans trois catégories :

- à propos de l'**eau** : connaissance des maladies transmises par l'eau, dont la diarrhée – conservation et utilisation de l'eau ;
- à propos des **latrines** : connaissance des maladies, dont la diarrhée, liées à la gestion des excréments humains – utilisation et maintenance des latrines ;
- à propos du **savon** : connaissance des maladies, dont la diarrhée, qui pourraient être réduites par le lavage des mains – utilisation du savon pour le lavage des mains.

Lors de son séminaire pour le projet, à Antananarivo, le FFBBM/HVM a montré un exemple de la manière dont les activités de santé communautaire ont eu un impact positif : de 2002, lors des premières consultations des médecins, à 2005, le village de Maetsamena a constaté une réduction des cas de diarrhée et de paludisme, respectivement de 235 à 25 et de 185 à 131.

c) Conclusions de l'étude locale

Les conclusions des réponses aux questionnaires peuvent être résumées comme suit :

¹⁰⁷ Les chiffres de population datent de 2012 (source : SSD), ils étaient forcément plus faibles à la date de l'enquête. Cela donne néanmoins une idée de la taille des villages.

- Conservation de l'eau

Le pourcentage des participants par village affirmant être conscients du fait que leurs enfants peuvent contracter la diarrhée lorsque les récipients de conservation de l'eau n'ont pas été régulièrement lavés, varie considérablement, de 27 % à 100 %. Pour les habitants des villages, le type de récipient traditionnel et courant pour conserver l'eau est une jarre en terre cuite de 20 litres (certains ont signalé en outre l'usage de tonneaux en plastique), dans laquelle l'eau peut ensuite être recouverte par un couvercle en paille. Ces jarres sont achetées en ville et il semble que la distance, et la facilité ou la difficulté d'accès à la ville de Mandritsara soit un facteur clé quant à la pratique ou la non-pratique d'une bonne conservation. Les deux scores les plus élevés en termes de bonne gestion et de bonne conservation de l'eau s'appliquent aux villages les mieux reliés par la route (Andilana et Maetsamena), qui ont obtenu un score respectif de 100 % et de 91 %. Les trois pourcentages les plus bas (50, 44 et 27 %), s'appliquent aux villages les plus éloignés de Mandritsara (accès par une voie non goudronnée). Les réponses laissent entendre que cet obstacle géographique, ainsi que l'accès pour l'acquisition de récipients pour une meilleure conservation de l'eau, est plus pertinent que le niveau de connaissance : les villages d'Andilana et d'Antsomika, qui obtiennent respectivement le plus fort et le plus faible taux d'usage, avaient tous deux déjà reçu une sensibilisation à l'hygiène. De manière générale, sauf pour le cas d'un village (Andilana), les niveaux de connaissance et de sensibilisation sont plus bas que les niveaux de bonne gestion de l'eau.

- Latrines

La possession de dalles pour les latrines (fournies avec l'aide du FFBBM) semble être un facteur positif quant à l'utilisation et au nettoyage des latrines (voir tableau 13, page 183). Un seul village, Antsomika, ne possède pas de latrines hygiéniques ni de dalles. Malgré cinq années de travail du FFBBM, ce village maintient sa pratique traditionnelle de défécation dans la brousse (voir ci-dessous). Le poids relatif de réponses affirmatives des ménages de ce village à la question « *Existe-t-il des tabous ou des croyances qui empêchent l'utilisation de latrines/fosses ?* » suggère la forte influence de croyances et de tabous persistants dans cette communauté. Dans l'ensemble des sept villages, le taux d'utilisation et de maintenance des latrines est à la traîne, derrière les taux déclarés de connaissances, comme pour la conservation de l'eau.

- Lavage des mains avec du savon

Les chercheurs du FFBBM ont observé que la pratique du lavage des mains, seulement avec de l'eau, est commune aux sept villages. Cela est reflété par les taux déclarés relativement bas de lavage des mains avec du savon, allant de 12 % à 56 % des ménages. Les deux villages possédant le taux le plus fort à cet égard étaient Andilana et Maetsamena, situés sur la route nationale. Une déduction possible est que cette accessibilité plus grande rend l'achat et l'usage du savon plus faciles. Sinon, ou de plus, les moyens financiers sont un facteur déterminant : dans les villages où le taux d'utilisation du savon pour le lavage des mains est de moins de 30 %, la réponse la plus

courante à la question : « *Dans votre ménage, achetez-vous régulièrement du savon ?* » était : « *Non, pas assez d'argent* ».

- Maintenance et nettoyage des latrines

Il est intéressant de noter que les taux déclarés de maintenance et de nettoyage des latrines sont cinq fois sur sept plus élevés que les taux d'utilisation des latrines. Cela soulève la question de l'interprétation de cet élément. Il est probablement invraisemblable que les statistiques reflètent une diligence exceptionnelle de la maintenance. Il est plus plausible que cela soit un signe d'ambivalence ou de confusion au sujet du nettoyage des latrines et de la personne qui en est responsable (voir plus bas).

Tableau 13 : Synthèse des pratiques liées à l'hygiène

Village	Cons.	Latr.	Volont.	Savon	Moyenne
Andilana	100	58	50	56,25	66
Maetsamena	91	23	77	55	61,5
Ankisaka	79	27	65	26	49
Antsarika	44	53	70	25	48
Ambodilengo	60	47	59	15	45,25
Ambaky	50	12,5	75	12	37
Antsomika	27	0	0	27	13,5
Moyenne	64,4	31,5	50,6	30,9	

Source : NEWBORNE (2007).

Légende :

- Cons. : pourcentage de pratique de conservation protégée
- Latr. : pourcentage d'utilisation de latrines hygiéniques
- Volont. : pourcentage de volonté d'entretenir les latrines et de nettoyer les latrines après usage
- Savon : pourcentage d'utilisation de savon pour le lavage des mains

Synthèse des pratiques d'hygiène

Le tableau 13 classe les sept villages selon une hiérarchie d'attention aux pratiques d'hygiène, basées sur les quatre critères suivants : pratiques de conservation de l'eau, utilisation et maintenance des latrines, et utilisation du savon pour le lavage des mains.

Cinq villages sur sept totalisent une moyenne des pratiques d'hygiène de moins de 50 %, ce qui signifie qu'au moment de cette étude, le taux des pratiques non-hygiéniques était plus élevé que celui des pratiques hygiéniques¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Le FFBBM note qu'il s'agit tout de même d'un changement par rapport aux taux observés au tout début de ses dialogues avec les villages en question : à ce moment-là, il y a environ cinq ans, les pratiques hygiéniques étaient d'environ zéro.

Les taux en rapport avec l'utilisation du savon pour le lavage des mains sont particulièrement bas (30,9 %). De même, les membres de ces communautés rurales manifestent actuellement peu d'intérêt pour l'usage des latrines (31,5 %). Les trois villages les plus éloignés de la ville de Mandritsara et de la route nationale (Antsarika, Ambaky et Antsomika) se positionnent au plus bas en terme de pratique générale d'hygiène, respectivement quatrième, sixième et septième (d'après les pourcentages moyens).

Une explication s'impose pour le village d'Ambodilengo, qui arrive en cinquième moins bonne position, alors qu'il se trouve bien plus près de Mandritsara (mais sur une voie non goudronnée). C'est probablement parce que 15 % des personnes interrogées à cet endroit (pourcentage comparativement plus élevé que d'autres villages) entretiennent la croyance que la volonté divine est souvent responsable des cas de diarrhée, chez les adultes aussi bien que chez les enfants. Le DSRP parle d'une « *corrélation assez étroite* » entre l'indice de pauvreté et les infrastructures routières des six provinces de Madagascar. Parmi la trentaine d'indicateurs de suivi du progrès du DSRP, figurent le nombre de « kilomètres de route améliorée/ rénovée » et le degré d'« enclavement ».

d) Groupe urbain à thème dirigé

La composition du groupe urbain à thème dirigé était mixte, comprenant des personnes d'une zone péri-urbaine de la ville de Mandritsara et d'une zone du centre ville. Le FFBBM décrit la population urbaine comme étant « semi-traditionnelle ». Le groupe était également mixte dans le sens où parmi ses participants figuraient des membres d'ONG, des responsables religieux, des étudiants, un enseignant, un parent, une femme chef de famille, plus un chef de quartier et deux assistants du maire. Un certain nombre de points ont émergé des discussions au sein du groupe.

Généralement, le concept d'hygiène est perçu comme étant vague, tout comme la compréhension de ce que cela implique dans la pratique ; les gens considéraient que les pratiques des habitants des zones péri-urbaines étaient en général assez similaires à celles des zones rurales. Il existe peu de source d'eau améliorée dans les trois quartiers du centre ville ; dans les dix autres quartiers, les seules sources disponibles sont les puits traditionnels ou la rivière, dont la qualité est souvent mauvaise, voire très mauvaise. Le manque d'organisation communautaire autour des sources d'eau a été souligné : il y a peu de collaboration entre les différents utilisateurs d'une même source. Le coût des récipients de conservation de l'eau, munis de couvercles de protection, est apparemment un facteur-clé : pour la plupart des habitants, le seau en plastique ouvert (10–15 litres) est le seul récipient financièrement abordable pour la collecte et la conservation de l'eau ; apparemment peu de personnes placent un couvercle sur le récipient à moins qu'il n'en soit muni à l'achat. La plupart des habitants des quartiers préfèrent déféquer dans les buissons à côté de leur logement, plutôt que d'endurer l'odeur et les mouches bleues à l'intérieur et autour des latrines non-hygiéniques. Le nombre de latrines est actuellement inadéquat, elles sont trop utilisées et mal entretenues ; les membres du groupe ont dit

qu'ils utiliseraient des latrines si elles étaient construites (et vraisemblablement nettoyées), mais la contrainte du manque de place disponible est indiquée comme étant une des raisons pour laquelle des latrines communales n'ont pas été construites ; en attendant, le manque de ressources est souligné comme étant un frein à la construction de latrines individuelles. La plupart des gens ne sont pas conscients des bénéfices du lavage des mains avec du savon pour la santé, et peu le font ; lorsqu'ils achètent du savon, c'est pour se laver le corps et les vêtements (plutôt que de se laver les mains avec du savon au moment critique).

E. MORTALITE INFANTILE, MORTALITE MATERNELLE A MADAGASCAR

La transition démographique (ZANINNETTI, 2011) en Afrique subsaharienne, dont fait partie Madagascar, accuse un certain retard (MORELLE, TABUTEAU, 2010). Cette partie du monde est entrée dans le processus de transition démographique avec une croissance de population très élevée (2,1% en 2001), due à une fécondité moyenne de 5,5 enfants par femme. Mais si la transition de la fécondité est en cours dans la quasi-totalité des pays depuis une quinzaine d'années (RAJABALY, 2006), la mortalité suit une évolution moins nette. De façon incontestable, l'Afrique au Sud du Sahara a enregistré des progrès dans l'espérance de vie et le niveau de santé depuis un demi-siècle ; la situation reste néanmoins marquée par de nombreux défis. Dans beaucoup de pays, « *la situation démographique est désormais en panne* » (TABUTIN, SCHOUMAKER, 2004). Si des progrès sont visibles, il n'en reste pas moins que les niveaux de mortalité restent de loin les plus hauts du monde, avec 95 enfants sur 1000 qui meurent en moyenne chaque année avant l'âge de 1 an (Unicef, 2014). La mortalité des enfants de moins de 5 ans est un défi majeur pour les pays en développement. Madagascar ne fait pas exception à cette caractéristique, avec une mortalité stable depuis quarante ans, en raison d'une dégradation continue des conditions de vie. La mortalité infantile et la mortalité juvénile sont deux indicateurs liés au développement socio-économique d'un pays. Les facteurs qui interviennent dans la mortalité des enfants sont l'emploi et le revenu des parents, la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau et à un assainissement, les infrastructures sanitaires, la pratique de soins et la prévention des maladies. D'un autre côté, les indicateurs sanitaires rendent compte de la situation préoccupante que connaissent les jeunes enfants à Madagascar. Ce sont les causes de décès, l'accès aux soins, la fréquentation des services de santé, l'état nutritionnel et les conditions de vie. Pour rendre compte des problèmes de mortalité infantile et maternelle à Madagascar, nous faisons référence à deux études réalisées par des démographes, sur le plan national pour la première (RAJABALY, 2006) et à Tananarive pour la seconde, avec des projections statistiques pour le reste du pays (WALTISPERGER, DELAUNAY, 2010).

1. La mortalité des enfants à Madagascar

a) Le problème des données en démographie

Dans le monde, l'évolution générale de la mortalité infanto-juvénile est favorable. On dénombrait 12 millions de décès annuels en 1990, le nombre a chuté à 6 millions aujourd'hui (Unicef, 2014). Des problèmes de mesure du phénomène persistent, c'est pourtant la condition essentielle pour toute action politique. De quelle source d'information dispose-t-on ? L'Etat-Civil est la source idéale de recueil de ces données. Il n'est que rarement exploitable dans la plupart des pays en développement. Au début des années 1990, sur 51 Etats d'Afrique subsaharienne, seuls 20 avaient un système d'Etat-Civil complet, c'est-à-dire avec une couverture de 90% des décès. Ils ne couvrent cependant pas toute la population, mais seulement quelques grandes villes et la capitale ; l'âge est souvent mal connu, le lieu, la cause et la date du décès sont généralement peu renseignés. Selon les démographes cités précédemment, Tananarive est une des rares villes africaines où le système d'enregistrement des décès fonctionne avec des données fiables et quasiment complètes, adaptées à la mesure des tendances démographiques nationales : cela permet de retracer l'évolution de la mortalité urbaine. Les recensements de la population représentent une autre source classique de données démographiques, pouvant théoriquement fournir une estimation de la mortalité, à partir d'une question sur les décès survenus dans les ménages au cours des douze derniers mois. Mais cette mesure s'accompagne d'importantes sous-estimations, ainsi que des erreurs sur les périodes de référence. Ils sont en outre trop rares pour permettre un réel suivi des tendances. Ainsi, depuis son indépendance, Madagascar en a réalisé seulement deux, en 1975 et en 1993. Des alternatives existent, par l'intermédiaire de grandes enquêtes internationales, démographiques et de santé (EDS). Il y en a eu quatre à Madagascar, dans les années 1992, 1997, 2003-2004 (INSTAT, 2005) et 2008-2009 (INSTAT, ICF Macro, 2010). Ces enquêtes rétrospectives ont le mérite d'exister. Elles n'en demeurent pas moins critiquables. Elles sont basées sur l'histoire des maternités. Le risque d'omission est croissant à mesure que l'on fait référence à des événements anciens, de plus existent des effets de confusion sur les périodes et les dates. Il existe deux autres types d'études : les enquêtes permanentes auprès des ménages (EPM) et les enquêtes à indicateurs multiples (MICS) de l'Unicef (INSTAT, 2000), qui fournissent des éléments supplémentaires en matière de conditions de vie et de santé des enfants. Ces sources de données ne permettent qu'une estimation des divers indicateurs de mortalité selon l'âge. Les indicateurs utilisés sont le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité juvénile ou une combinaison des deux.

b) Une évolution marquée par une dégradation des conditions de vie

La santé des enfants de moins de 5 ans est particulièrement sensible aux conditions de vie, ainsi qu'à la disponibilité alimentaire. Dans les années 1960-70, un enfant sur 6 décède avant l'âge de 5 ans. A partir du milieu des années 1970, de nombreux facteurs économiques et politiques se conjuguent pour aboutir à une dégradation générale des

conditions de vie à Madagascar. Deux secteurs sont particulièrement touchés : l'alimentation et la santé, impactant directement les conditions de vie. D'une part, la crise de la filière du riz entraîne d'importantes hausses des prix, qui vont culminer dans les années 1985-86 (REGNARD, 2003). D'autre part, la décentralisation du système de santé opérée à partir des années 1970 a provoqué une véritable désorganisation des services et une augmentation de la participation individuelle aux frais de soins de santé. Cette crise économique a provoqué une lente dégradation des conditions de vie de l'ensemble de la population. Par exemple, à Tananarive, on a observé une chute de l'espérance de vie entre 1984 et 1986, de 6 ans pour les hommes et 2,4 ans pour les femmes (WALTISPERGER, MESLE, 2005). Pour les milieux ruraux, il n'y a pas d'information. La nette augmentation de la mortalité montre que les enfants ont été spécialement touchés pendant cette funeste période.

Si la mortalité des enfants a toujours représenté une part importante de l'ensemble des décès (autour de 10% pour la décennie 1990-2000 à Tananarive), pendant la crise de 1985-86, les chiffres étaient de 19 % pour le sexe masculin et 17,2 % pour le sexe féminin (RAJABALY, 2006). Après cette crise, on constate une nette baisse de la mortalité des enfants à l'échelle du pays. L'amélioration est rapide jusqu'en 1998 sous un effet de rattrapage de la hausse précédente. Les enfants ont par ailleurs bénéficié de l'intensification des programmes de santé – c'est une amélioration difficilement appréciable quantitativement car les sources ne s'accordent pas. Par la suite, les progrès sont plus modestes et incertains jusqu'en 2002 avant une nouvelle détérioration des conditions de vie.

c) Les différentiels démographiques

En matière de mortalité, certaines variables sont fortement discriminantes. Les différences entre garçons et filles sont flagrantes : les premiers ont 10 % de plus de risque de décéder avant 5 ans que les secondes. Ce phénomène de surmortalité masculine est commun à toutes les sociétés ; on l'explique par une plus grande fragilité physiologique des garçons dans la période périnatale. Cette différence s'estompe après un an pour un risque quasi-similaire de décéder, car les facteurs strictement génétiques ne pèsent plus.

L'âge de la mère joue un rôle considérable. A Madagascar, un enfant né d'une mère âgée de moins de 20 ans a un risque de décéder avant 1 an supérieur de 43 % à celui que connaissent les enfants nés d'une mère âgée de 20 à 29 ans. Les jeunes mères risquent de donner naissance à un enfant de faible poids, qui les expose à un risque de mortalité plus élevé (RAJABALY, 2006). Il existe un autre risque lors de l'accouchement des jeunes mères : celui de provoquer une fistule vésico-vaginale (accouchement traumatique sans assistance). Le service de chirurgie à l'hôpital privé HVM de Mandritsara est spécialisé, à l'échelle du pays, dans la réparation de ces fistules. « *On pratique deux à trois opérations de ce type chaque semaine* » (E 27).

Comment intervient le **rang de naissance** ? Dans un pays où la moitié des premières naissances a lieu avant 20,4 ans, l'immaturité physiologique de la première grossesse est

un facteur de risque non négligeable. La première grossesse présente un risque de 77 % supérieur aux naissances de rang 2 ou 3. On constate par ailleurs une surmortalité pour les grossesses de rang supérieur à 7, liée à un épuisement physique de l'organisme ; précisons que la multiplication des grossesses s'accompagne d'un risque accru de malformations congénitales ou d'aberrations chromosomiques.

La durée de l'**intervalle inter génésique** est un facteur de risque en raison du « syndrome de l'épuisement maternel » : une mère est d'autant plus épuisée que les grossesses sont rapprochées. Un intervalle inférieur à 18 mois est néfaste pour l'enfant. Le risque de décéder avant l'âge de 5 ans est de 80 % supérieur lorsque la précédente naissance a lieu moins de 2 ans auparavant, par rapport à une durée de 2-3 ans, alors qu'un intervalle de 4 ans réduit considérablement les risques.

Le nombre de naissances à haut risque reste une réalité à Madagascar. De 2000 à 2005, une naissance sur trois était à risque et une sur cinq présentait plusieurs facteurs de risque (naissances de rang 1 ou de rang élevé, celles d'une mère âgée de moins de 18 ans ou supérieur à 38 ans, celles de rang élevé). Plus de 69 % des enfants à naître se situeraient dans ces catégories, avec un risque de mortalité de 31 % plus élevé que celui des enfants déjà nés (RAJABALY, 2006).

d) L'évolution des différents indicateurs sanitaires

La mortalité des enfants est très sensible aux variables exogènes, notamment chez les enfants de plus de 1 an. La mortalité juvénile n'étant pas affectée par des facteurs endogènes de décès (comme les malformations), elle se révèle en général un bon indicateur du niveau de santé publique et des effets du milieu. Le milieu d'habitat détermine une grande partie des autres variables. A tout âge, la mortalité est beaucoup plus faible en milieu urbain et en particulier dans la capitale, qu'en milieu rural ; les villes sont en effet privilégiées sur le plan socio-économique. L'écart entre villes et campagne est particulièrement net pour la mortalité juvénile : il est d'au moins 20 % (19 % pour l'EDS III¹⁰⁹ et 38 % pour le MICS 2000¹¹⁰). Les villes disposent de plus d'infrastructures sanitaires, permettant un bon dépistage des grossesses dystociques ; les villes offrent par ailleurs de meilleurs accès aux formations sanitaires et une disponibilité plus grande des personnels de soins. Dans la mesure où la capitale concentre la majeure partie des centres hospitaliers de l'île, elle détient le plus faible taux de mortalité des enfants, largement inférieur aux autres villes du pays.

e) Un état nutritionnel préoccupant

L'état nutritionnel permet de rendre compte de la situation sanitaire. Les chiffres cités ici ont une référence dans l'étude de H. Rajabaly (2006). Une bonne alimentation débute par

¹⁰⁹ INSTAT, 2010.

¹¹⁰ Kulkarni et al., 2008, « *Evaluation de l'appropriation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MIDs) à Madagascar six mois après la campagne intégrée rougeole/paludisme d'octobre 2007* », Rapport préliminaire.

un allaitement adapté (il devrait être exclusif jusqu'à 6 mois, selon les recommandations de l'OMS et de l'Unicef). A Madagascar, les pratiques de l'allaitement varient selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la mère. En moyenne, les enfants sont allaités pendant 21 mois. Un problème récurrent vient du fait que les mères introduisent trop tôt des aliments de complément, sources de carences, d'où un risque de malnutrition ; les carences portent sur différents éléments : iode, fer, vitamine A. Une mauvaise nutrition conduit à une fragilité aux agents infectieux causant une morbidité et une mortalité accrues. Ainsi sur l'ensemble de l'île, 68 % des enfants de 6 mois à 5 ans sont anémiés. Au début des années 2000, les enfants malgaches ont de nombreux retards de croissance : 45 % des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition chronique (rapport taille / âge), 22 % sont atteints de malnutrition chronique sévère (avec un rapport de moins de 3 écarts-types de la médiane), 23 % ont une insuffisance pondérale modérée, et sévère pour 11 % d'entre eux. Un facteur de risque supplémentaire est l'état nutritionnel de la mère : 46 % des femmes sont anémiées dans le pays en 2003 et 19 % sont maigres, avec un indice de masse corporelle inférieur à 18,5. Les plus fortes prévalences se retrouvent dans les provinces de Majunga et de Diego Suarez. Les registres de décès de Tananarive permettent de connaître la structure des causes de décès des enfants ; nous les avons synthétisées dans des tableaux, à trois périodes différentes.

Sur les 25 dernières années, on note une baisse globale des décès des enfants de 0 à 1 an. Les diarrhées sont beaucoup moins en cause dans les décès au fil du temps ainsi que les causes périnatales (prématurité et hypoxie), grâce à un meilleur suivi des grossesses (population urbaine) et un meilleur encadrement des accouchements. En proportion, les affections congénitales sont les causes les plus fréquentes des décès de cette tranche d'âge entre 2000 et 2003. Les nouveaux-nés décèdent ensuite de maladies respiratoires (23%) puis de diarrhées (9%), de carences nutritionnelles puis d'autres infections.

Tableau 14 : Les causes de décès des enfants de 0-1 an dans la capitale malgache (%)

Cause du décès	1976-78	1984-86	2000-03
Maladie diarrhéique	20,2	17,9	8,6
Causes infectieuses et parasitaires	6,5	8,5	5,5
Carence nutritionnelle	2,6	8,5	7,4
Maladies de l'appareil respiratoire	15,4	20,9	22,6
Prématurité – Hypoxie	29,6	11,9	10,7
Affections congénitales	19,9	23,4	33,8
Autres	5,8	9,3	1,4

Sources : Rajabaly (2006).

Pour les enfants de 1 à 4 ans, les causes nutritionnelles dominent pour un quart des décès ; elles ont progressé depuis les 25 dernières années. On note par ailleurs des variations saisonnières fortes : durant les mois les plus chauds et humides, il y a quatre fois plus de décès qu'en saison fraîche. Les diarrhées et autres maladies infectieuses ont baissé régulièrement au fil des ans, ainsi que les causes traumatiques, trois fois plus importantes entre 1976 et 2003.

Tableau 15 : Les causes de décès des enfants de 1-4 ans dans la capitale malgache (%)

Cause du décès	1976-78	1984-86	2000-03
Maladies diarrhéiques	34,4	29,9	12,3
Maladies infectieuses et parasitaires	19	18,7	15,2
Carences nutritionnelles	18,6	24,9	25,2
Maladies de l'appareil respiratoire	16,3	15,7	21,6
Traumatismes	3,4	2,5	9,5
Autres	8,2	7,2	16,2

Sources : Rajabaly (2006).

2. Mortalité infantile, mortalité maternelle dans la capitale malgache

Le travail abordé maintenant (WALTISPERGER, DELAUNAY, 2010) se base sur des recherches effectuées à Tananarive, la seule ville de Madagascar qui dispose d'un bureau officiel d'enregistrement des décès (et de leurs causes probables) qui fonctionne : le Bureau Municipal d'Hygiène¹¹¹. Pour connaître la mortalité en dehors de la capitale, les auteurs en font une projection par des méthodes statistiques. En milieu rural, de nombreux décès restent non déclarés, par négligence ou faute de service d'Etat-Civil. On parvient néanmoins à obtenir des indicateurs fiables en termes de mortalité comme de transition épidémiologique.

a) Mortalité infantile

En 2001, l'indicateur de mortalité infantile est de 68 pour 1000, celui de la mortalité juvénile est de 54,5 pour 1000, il est de 118,8 pour 1000 avant le 5^e anniversaire. Ils étaient respectivement de 98, 75,8 et 166,4 en 1990. Ces valeurs sont formulées par les démographes comme une « probabilité de décéder avant l'âge de x années ». Concernant les causes principales, elles sont connues uniquement pour la capitale. Pour la mortalité infantile, 30% des décès sont attribués à des anomalies congénitales et autres affections périnatales difficiles à combattre. Puis viennent les maladies infectieuses et parasitaires (pneumonie, grippe, infection respiratoire aiguë et diarrhée). Pour la mortalité juvénile, les pathologies dominantes sont la diarrhée et les carences nutritionnelles. Ces « désordres » surviennent généralement dès la rupture avec l'allaitement maternel. En 2008, près de 80% des enfants du pays sont vaccinés dans le cadre du PEV¹¹². On peut en attendre des gains en terme de survie dans les prochaines années. Ces résultats nous conduisent à énoncer quelques remarques personnelles, basées sur des **observations de terrain** et des **entretiens** de professionnels de la santé. Cela n'est pas le résultat d'une

¹¹¹ Le Bureau Municipal d'Hygiène (BMH) a été mis en place en 1921, année de la dernière grande épidémie de peste dans la capitale. La forme actuelle des registres remonte à 1973, initiée par le Dr Randrianarivo, alors directeur du BMH.

¹¹² PEV, Plan Elargi de Vaccination, (République de Madagascar, 2008, « *Enquête sur la couverture vaccinale* », Ministère de la Santé et du Planning familial, secrétariat général, Direction de la santé de la mère et de l'enfant, service de la vaccination, Tananarive).

enquête mais de simples observations qui nous font réagir à propos du paludisme, endémique à Madagascar. Les conditions climatiques favorisent la survenue d'épidémies, qui vont affecter rapidement toute la population d'un village ou d'un quartier. Les adultes paraissent prémunis, voire immunisés. Les enfants sont particulièrement exposés à des évolutions fatales : **il s'agit d'une forte présomption purement conjoncturelle**. Quand nous interrogeons des familles, qui déplorent la perte d'enfants, elles indiquent comme cause de décès une « grosse fièvre » et si l'on pousse l'interrogatoire un peu plus loin, on constate que c'était souvent dans le contexte d'une épidémie de paludisme. Cette infection est la maladie la plus meurtrière au monde, dont les enfants sont les principales victimes, comme le précise O. Bouchaud (2009) : « *Le paludisme reste une endémie majeure avec un poids socio-économique considérable et une mortalité prédominant chez les jeunes enfants. L'Afrique reste le continent de loin le plus concerné avec 90% des cas mondiaux* ». Nous étions sur notre terrain du Sud en mars 2013, à la fin d'une épidémie de paludisme. Dans un petit village de la commune d'Ambahita, un père de famille était catastrophé. La veille au soir, deux de ses filles (3 et 7 ans) étaient mortes d'une « *crise de fièvre* », c'est à dire probablement un neuropaludisme, au vu du contexte. Démuni financièrement, il n'avait pas consulté le médecin du CSB (à 5 km de son domicile), car celui-ci fait « *payer ses patients* » nous déclarait-il. Consulter des registres de déclarations de décès est une chose, parler de la mort est toujours délicat, quel que soit le terrain. Nous avons assisté en direct à l'hôpital de Békily au décès d'un nourrisson. Il était « tombé » dans un état de coma en quelques heures. Inconscience accompagnée de difficultés respiratoires importantes, le décès est rapidement survenu : le médecin de garde aux urgences (E 8) nous dira que le « *cas de ce bébé était au-delà de toute ressource thérapeutique. Cela fait une heure qu'il convulse, malgré nos manœuvres de réanimation. Les « neuropalu » sont souvent mortels* ». Un infirmier (E 25) nous raconte son expérience en matière d'épidémie de paludisme dans le district d'Antsohihy (région Sofia). « *C'est toujours la panique, les CSB sont débordés devant l'afflux de malades, 500 par jour, au plus fort de l'épidémie, les médecins demandent le renfort de l'Etat. Tous les personnels de santé sont mobilisés. On travaille alors 24 h/ 24 pendant parfois une semaine. On n'a pas le temps de recenser les décès. C'est chaque année la même histoire* ». Les médecins doivent probablement « déclarer » comme cause de décès une infection respiratoire aiguë alors que seul le paludisme en était responsable. C'est notre intime conviction. Une étude de 2008 à Madagascar (KULKARNI et alii., 2008), montrait que seuls 60% des enfants de moins de cinq ans et 55% des femmes enceintes malgaches dormaient sous une moustiquaire imprégnée à longue durée (MID). Le paludisme avait fait l'objet d'un programme spécial de lutte, en 1988 à Madagascar, suite à la crise de mortalité de 1986 (REGNARD, 2003). Elle avait révélé un relâchement de la surveillance et de la lutte contre les épidémies. Les traitements curatifs ont à nouveau été mis à la disposition de la population ainsi que des traitements intra domiciliaires jusqu'en 1997, où ils ont été arrêtés. Dans la région Sofia, trois districts sur sept (dont celui de Mandritsara) bénéficient malgré tout chaque année du programme CAID¹¹³. Les districts restants sont à l'écart. Pourquoi ? Nous n'avons pas obtenu de réponse. On observe une recrudescence

¹¹³ Campagne d'aspersion intra domiciliaire de produits insecticides.

de la mortalité palustre ces dernières années (WALTISPERGER, MESLE, 2005). On peut certainement comparer le paludisme au tronc d'un très gros baobab. Le plus gros baobab de Madagascar (20 m de diamètre) se trouve sur le bord de mer de la ville de Majunga. Plusieurs fois centenaire, il aurait été planté par les rois Sakalava en provenance du Menabe, pour marquer la naissance du nouveau royaume du Boina.

b) Mortalité maternelle

Pour 2008, le ratio de **mortalité maternelle** serait de 363 pour 100 000 naissances vivantes à l'échelle du pays, bien meilleur dans la capitale (127). Le décès lié à la grossesse est retenu pour la période de grossesse elle-même et jusqu'à 42 jours après le terme. Concernant la capitale, les décès sont majoritairement attribuables aux suites d'avortements, qu'ils soient provoqués ou spontanés. Ceux-ci demeurent illégaux à Madagascar et sont pratiqués dans des conditions sanitaires souvent fatales à la mère. Le paludisme, qui s'accompagne d'anémie, est mis en cause comme facteur aggravant dans les avortements spontanés. Un autre facteur défavorable notable est le mauvais état nutritionnel des femmes, dont la pauvreté est le principal déterminant. A l'avenir, le bureau de l'Unicef de Tananarive envisage de lancer une enquête sur les itinéraires thérapeutiques suivis par les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans 10 des 22 régions que compte Madagascar.

Le pays a bénéficié de nombreux « programmes de santé » depuis une quarantaine d'années. Le PEV (Programme élargi de vaccination) a commencé en 1976. Des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques ont débuté dès 1988. L'USAID¹¹⁴ a soutenu un programme intégré de santé maternelle et infantile dans les années 1990, puis un vaste programme préventif et curatif de lutte contre la tuberculose en 1994. Les efforts pour contenir la lèpre se poursuivent grâce à la fondation Raoul Follereau. La peste reste une maladie sous contrôle international. L'Etat malgache intervient, grâce à une collaboration avec l'institut Pasteur de Tananarive, dans la lutte contre la tuberculose. Malgré ces efforts, D. Waltisperger et V. Delaunay (2010) regrettent « *de ne pouvoir disposer de données plus fines des niveaux de mortalité mais aussi des indicateurs d'adhésion des populations aux programmes de soins et de prévention, de l'évolution de l'offre sanitaire moderne et du recours aux soins* ». Le budget de l'Etat est le fait des bailleurs de fonds à 80%. La crise politique de 2009 a entraîné la suspension des aides non humanitaires et comme le disent les auteurs cités plus haut « *cela n'incite pas à l'optimisme en matière d'amélioration de la santé* ». Au total, la mortalité des enfants est principalement liée aux conséquences de maladies infectieuses (diarrhéiques et infections respiratoires) et à la malnutrition. Pour les causes de mortalité maternelle, le recours à l'avortement provoqué est le facteur le plus important.

¹¹⁴ USAID : *United States Agency for International Development*.

Chapitre 4 : Une recherche dans les districts ruraux de Mandritsara et de Békily

A. DES BESOINS DE SANTE INATTENDUS DANS LA REGION SOFIA

1. Accidentologie ordinaire : faudra-t-il casser les routes ?

On constate depuis quelques mois une épidémie de morts sur les routes nationales de Madagascar. La mortalité par traumatisme serait-elle en passe de devenir la première cause de mortalité dans le pays ? Mais que se passe-t-il ? Le seul lieu où la circulation est dense est la capitale. Elle est en fait si dense sur un réseau routier si faible que les vitesses sont forcément réduites et les risques d'accident faibles. Le réseau routier national est lui-même réduit et la circulation modérée. On y croise des camions de transport de marchandises, qui se déplacent à une vitesse réduite. Il y a des taxis-brousse, en général des minibus, qui circulent à des vitesses moyennes. Il y a de rares véhicules privés (4X4 et véhicules de tourisme) circulant plus ou moins prudemment. Il y a des charrettes à bœufs, nombreuses dans les campagnes malgaches, se déplaçant à 5 km/h. Et il y a enfin quelques motocyclettes et bicyclettes et de nombreux piétons, des troupeaux de bœufs et autres volailles. Les véhicules les plus nombreux sont les transports en commun, c'est-à-dire les taxis-brousse, permettant le déplacement des personnes, même si parfois ils font penser à un transport de bestiaux, tant ils sont surchargés et les personnes entassées. Si pendant longtemps, il ne s'agissait que de camionnettes bâchées en surcharge, (elles existent encore dans les endroits les plus reculés), les minibus de modèle Mazda ou Toyota, d'une capacité de 15 passagers, les ont remplacées sur les grands axes ; ces véhicules n'étant pas de première jeunesse tombent régulièrement en panne mécanique.

a) Des « Sprinter » fous

Depuis le début de l'année 2014, les compagnies de transport de passagers ont fait l'acquisition de nouvelles marques de minibus (Sprinter Mercedes), d'une capacité plus importante (20 personnes) et surtout, neufs. *« Les compagnies de transport nationales ont toutes acquis ce type de véhicules. Puisque ces sociétés appartiennent en général à des gradés militaires, l'entrée dans le pays de ces minibus a probablement été largement favorisée. Ces nouveaux véhicules assurent les liaisons entre les capitales de province. Puisque pratiquement aucun Malgache ne possède de voiture privée, ces transports sont largement utilisés par la population »* (E 13). Ces engins ont eu la capacité d'exciter certains chauffeurs de bus, leur puissance a développé des instincts de vitesse chez des chauffeurs jusque là contraints, par la faible puissance des moteurs, de conduire lentement. Ils vont alors prendre des risques insensés – il n'y a pas vraiment de limitation de vitesse sur les routes malgaches et en outre, il n'y a aucun contrôle. Roulant comme des forcenés, les conducteurs écrasent facilement des chiens errants ou des volailles surprises. Mais depuis peu, ils écrasent des personnes aussi, ou percutent d'autres véhicules. C'est la cause de nombreux morts sur les routes, d'autant qu'il n'y pas non

plus de service de secours pour prendre en charge les blessés. S'ils ne sont pas morts sur le coup, les victimes risquent de décéder rapidement faute de soins. C'est une hécatombe sur les routes malgaches. « *Certains autres chauffeurs, poussés par leurs patrons à une rentabilité maximale, sont tenus de faire des trajets interminables sans repos et s'endorment au volant, écrasant leur véhicule avec fracas dans le fond d'un ravin ou dans le lit d'une rivière* » (E 13). Chaque jour, c'est presque une dizaine de morts à déplorer : ceux dont on parle dans la presse écrite et les autres, anonymes. Combien y en a-t-il dont on ne parlera jamais ? Et puisque les informations ne sont pas diffusées partout, les habitants des provinces ne savent même pas ce qui se passe à quelques kilomètres de leur ville ou village.

b) Vécu : un accident de la voie publique spectaculaire

De retour d'un terrain de recherche à Mandritsara, nous avons été le témoin involontaire d'un accident de la route gravissime. Sur la RN 6, à 120 km au Nord de la ville d'Antsohihy (voir carte 23, page 203), le taxi-brousse roulait tranquillement. Une mauvaise et très vilaine habitude des « chauffeurs » consiste à accélérer de façon démente lors de la traversée des villages, à grands coups d'avertissements sonores. Est-ce une façon d'impressionner la population rurale ? D'ordinaire, les piétons s'écartent. Ce jour-là (22 août 2014), une jeune femme traversait tranquillement la chaussée et n'avait visiblement pas entendu les coups de klaxon. Était-elle sourde ? Le chauffeur continua à accélérer et l'inévitable se produisit : choc frontal, pare-brise fracturé en mille éclats, et une victime projetée en l'air puis écrasée, poly-traumatisée mais vivante. Ce fut un réel cauchemar. La famille nous confirmera qu'elle était malentendante ... comme quoi être au mauvais endroit au mauvais moment peut s'avérer dramatique ; la jeune personne AVAIT 25 ans ... Elle n'aura pas survécu.

c) Une façon différente de mourir sur la route : l'assassinat gratuit de chauffeurs routiers par des malfaiteurs

Dans d'autres régions (centre de Madagascar), des chauffeurs de taxis-brousse sont régulièrement les victimes de violences gratuites, ils sont trucidés, sauvagement, sans raison apparente, sous les yeux de passagers terrorisés. Ils tombent dans une sorte de traquenard. Des rumeurs circulent à bas bruit dans le pays comme quoi « *ce serait un moyen de défier pour déstabiliser le pouvoir politique puis dénoncer le manque de réaction de l'Etat face à ces actes barbares* » (E 25). Quelle est la part de vérité ? Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'inquiétude règne sur les routes malgaches.

d) Un accident banal ?

Début octobre 2014, dans un petit village le long de la route nationale, il fait nuit et certains hommes font la « fête », juste pour le plaisir d'être ensemble. Faire la « fête », à la campagne, signifie s'alcooliser, boire sans soif jusqu'à la perte totale du contrôle de soi. La soirée se prolonge. La circulation routière est très réduite. A minuit, il est l'heure

de rentrer. Trois hommes ne reverront pas leur domicile ... ils s'écroulent d'épuisement après quelques dizaines de mètres, leur corps refuse de les transporter plus loin ... ils tombent, affalés sur la chaussée. Deux heures plus tard, un véhicule 4X4 arrive et les écrase sans ménagement, tous les trois. Fin de l'histoire ? Non. Quelques habitants du village avaient vu la scène horrible se produire : leur instinct les fait se précipiter sur le chauffeur du véhicule pour l'égorger sans autre forme de procès. Fin de l'histoire ? Oui.

e) Qui sont les responsables ?

Les morts sont vite oubliés. Une rapide enquête de gendarmerie est parfois faite, histoire de ... Personne ne porte plainte contre personne. Il n'y a aucun recours pour les familles des victimes. Les coupables (chauffeurs) sont-ils les responsables ? Les seuls endroits où les véhicules ralentissent sont les ornières et autres fractures de la chaussée, ou alors lorsque les routes inondées. Faudra-t-il casser les routes pour que le carnage cesse ? « *On entend parler de ces accidents graves, on ne sait pas ce qui est vrai au fond. S'agit-il de rumeurs ? Chez nous (dans le Sud), ça ne risque pas d'arriver, les pistes sont si peu fréquentées... parfois on ne croise aucun autre véhicule pendant une semaine. Mais de toute façon, vu la vitesse à laquelle on roule ...* » (E 2).

A quoi pourrait-on comparer ces nouveaux et dramatiques besoins de santé ? Au tronc d'un baobab en croissance rapide ?

2. Ambanja : contexte sinistre et horizon sombre

Ambanja est le chef-lieu du district du même nom, au Nord-Ouest de la Grande Île (voir carte 23, page 203). Cette ville d'apparence paisible est malade. Elle est posée sur la rive d'un fleuve tranquille, le Sambirano. Le climat est agréable, la mer n'est pas loin. Mais de quel mal mystérieux souffre donc cette cité ? Elle fait partie des zones de consommation de khat¹¹⁵ : celle-ci ne concernait jusqu'il y a peu que des hommes, jeunes, actifs. On constate, par des observations directes et répétées, une augmentation considérable de la consommation de ce produit : c'est bien simple, fin 2014, tous les habitants (hommes, femmes, enfants) ont une chique dans la bouche et dans la main un sachet en plastique contenant les branches de cet arbuste. Les feuilles sont mâchées à longueur de journée. Le goût est si désagréable que les gens mixent les feuilles avec un chewing-gum au goût de fraise ... Cette drogue a un effet coupe-faim. C'est surtout un excitant impressionnant : le consommateur n'a plus besoin de dormir. Il n'est jamais fatigué mais au contraire toujours surexcité. Donnons un exemple pour illustrer ce phénomène : nous étions à bord d'une antique 504 Peugeot, pour un trajet de 25 km sur une route bitumée. Trois kilomètres après le départ, un pneu éclate. Le chauffeur a changé la roue en 37 secondes chrono ! Un autre exemple est moins glorieux. La drogue empêche la somnolence, soit, mais le corps humain a ses limites. Un chauffeur conduisait depuis plusieurs jours consécutifs, avec une à deux heures de sommeil par nuit au cours de la semaine

¹¹⁵ Le triangle de production et de consommation de cette drogue a pour sommets les villes d'Ambanja, Ambilombe et Diego-Suarez (Nord-Ouest de Madagascar).

précédente. Sur un des trajets (son dernier !), il s'est endormi au volant dans un virage, juste avant un pont jeté sur un fleuve. Le taxi-brousse a plongé en contrebas (10 m de dévers) avec pour bilan final fatal, sept morts et dix blessés : catastrophe ordinaire ? On ajoutera d'autres phénomènes d'hyperactivité pathologique : en conduisant, le chauffeur mange son khat d'une main, tient souvent une cigarette de l'autre, téléphone ou envoie un SMS en plus, règle également son poste de radio et dans un fond sonore au maximum de décibels, bavarde avec les passagers et bouge sans arrêt dans tous les sens. Il s'arrête, pour acheter un chewing-gum, il repart puis s'arrête à nouveau pour acheter une bouteille d'eau : les trajets sont devenus interminables. Grâce au faible trafic routier, de nombreux accidents de la route sont heureusement évités.

Une situation récente et grave concerne enfin la population des enfants de cette petite ville, posant désormais un grave problème de santé publique – à nos yeux, mais qui ne semble préoccuper personne. Ils sont conducteurs de vélos-pousse – cette activité urbaine a connu un essor considérable depuis quelques mois. Drogés à 12 ans, pour résister à la fatigue et à la chaleur, mais aussi déjà addicts au tabagisme actif, ces enfants paraissent en grande souffrance. Qui s'intéresse à ces problèmes de santé publique très focalisés ? Ce sujet mériterait à lui seul une étude particulière. Quel est l'effet du khat sur les enfants ? D'où viennent ces enfants ? De la campagne probablement, venus en ville chercher une vie meilleure... Comment fonctionne le réseau de vélos-pousse dans la ville ? Qui tient en main ce business ? Qui recrute ces enfants ? Misère sociale, misère sanitaire : les perspectives d'avenir paraissent très sombres. Grosses branches de baobab.

3. Mission Bealanana - Mangindrano : des besoins bien ordinaires

Le village de Mangindrano se situe au Nord du district de Bealanana, structurellement proche de celui de Mandritsara, et faisant partie du même ensemble régional. Une mission humanitaire est organisée en août 2014, par l'association ASSM¹¹⁶, avec un seul objectif : offrir des consultations médicales gratuites à la population rurale. L'équipe comprend deux médecins, deux infirmiers et un pharmacien, venant de Majunga, ainsi qu'un élève infirmier, issu de l'école de paramédicaux d'Antsohihy. L'accès à ce village n'est pas simple, une route bitumée, partiellement dégradée, conduit d'Antsohihy à Bealanana, la commune « urbaine », un gros village en fait (100 km en taxi-brousse). Il faut ensuite prendre un camion pour le trajet entre Bealanana et le village d'Ambatoriha, pour 45 km de route secondaire très abîmée. A partir de ce dernier point, situé au cœur d'une grande plaine rizicole d'altitude, il n'y a plus ni route, ni piste pour les 24 derniers kilomètres. Le terrain est praticable par les charrettes, les bicyclettes et les motos... mais aussi les piétons.

¹¹⁶ L'ASSM (« Association Santé Sofia Madagascar ») regroupe essentiellement des professionnels de santé originaires de la région Sofia. Elle est basée dans la ville de Majunga. Cette association ne bénéficie pas de financement public, les personnes impliquées sont toutes bénévoles. La récolte de fonds est un souci permanent.

La mission avait été annoncée par communication téléphonique au maire du village, qui devait se charger d'en informer ses administrés (un village principal et les hameaux périphériques). L'école primaire fut réquisitionnée, pour offrir des salles de consultation (la mission se déroule en août, durant les vacances scolaires). Par souci de lisibilité, nous numérotions les consultations, en précisant le sexe (M-F), l'âge et le motif de consultation du patient : cela permet une approche concrète des besoins de santé de cette population. Nous avons accompagné un des deux médecins du groupe. Celui-ci a partagé des commentaires (E 24). A l'arrivée des missionnaires, seuls une dizaine d'hommes mûrs attendaient pour une consultation. Premier point troublant.

1. M – 45 ans. Troubles visuels en rapport avec une presbytie débutante.
2. M – 62 ans. Bronchite chronique sur tabagisme ancien.
3. M – 41 ans. Lésions de lèpre lépromateuse évoluant depuis un an. « *Cet homme a déjà consulté des médecins. Il n'accepte pas sa maladie et refuse de rejoindre un centre de prise en charge de la lèpre, malgré les conseils de nos collègues. Heureusement que la maladie est peu contagieuse, aucun membre de sa famille ne semble atteint* » (E 24).
4. M – 55 ans. Troubles visuels. Ses verres correcteurs ne sont plus adaptés. « *Il y a un seul médecin ophtalmologiste dans la région Sofia, dans la ville de Mandritsara, très loin d'ici* » (E 24).
5. M – 64 ans. Baisse de l'audition, depuis cinq ans.
6. M – 72 ans. Rétention urinaire aiguë. Grande souffrance physique.
7. M – 54 ans environ. Gonalgie bilatérale (arthrose des deux genoux).
8. M – 46 ans. Toux depuis six mois avec crachats sanglants (suspicion de tuberculose pulmonaire).
9. M – 49 ans. Ulcération génitale, apparue il y a trois semaines. Probable syphilis.
10. M – 44 ans. Boiterie. Séquelle de fracture de la jambe, jamais traitée.
11. M – 58 ans. Céphalées depuis 2 ans. Hypertension artérielle.
12. M – 50 ans. Malaise, fatigue et amaigrissement (moins 10 kg en deux mois).

Quelques femmes mûres, seules, se présentent à leur tour. Etrange. N'y a-t-il donc pas d'enfants dans ce village ?

13. F – 48 ans. Hypertension artérielle ancienne, en rupture de traitement (médicaments indisponibles à 100 km à la ronde).
14. F – 50 ans. Hypertension artérielle, en rupture de traitement (médicaments non disponibles). « *C'est le problème dans les villages isolés. Les dépôts de médicaments ne sont pas livrés régulièrement. C'est souvent le propriétaire de ce commerce qui doit se déplacer chez le grossiste, à Tananarive : il en a pour une semaine pour un trajet aller-retour. Pour des traitements spécifiques comme l'hypertension artérielle, les malades peuvent rester 6 mois ou plus sans traitement. A terme, c'est l'AVC¹¹⁷ garanti, avec tout le retentissement social et économique d'un handicap* » (E 24).
15. F – 60 ans. Métrorragies (saignements génitaux) depuis 6 mois et fatigue intense.

¹¹⁷ AVC : accident vasculaire cérébral, affection qui se traduit par un déficit moteur et/ou sensitif, plus ou moins étendu, plus ou moins réversible.

16. F – 42 ans. Désir de grossesse. Stérilité primaire probable. « *La stérilité est certainement liée à des infections génitales répétées et négligées durant sa jeunesse. Elle nous dit avoir fait une fausse couche à l'âge de 20 ans. Elle n'a pas eu d'enfant, mais croit toujours à un miracle !* ». (E 24)

17. F – 43 ans. Écoulement oculaire purulent.

18. F – 32 ans. Brûlures d'estomac. « *Regardez cette femme. C'est impressionnant, elle est si maigre que quand je palpe son ventre, savez-vous ce que je sens au bout de mes doigts ? Sa colonne vertébrale ! On ne perçoit aucun organe abdominal. Le ventre est plus que vide, il n'y a même plus de gaz ! Elle souffre de malnutrition chronique.* » (E 24).

Un brouhaha se fait entendre à l'extérieur. Une foule nombreuse apparaît. Des femmes, accompagnées de jeunes enfants, beaucoup d'enfants joyeux, bruyants et dissipés, se présentent dans la cour de l'école. Auraient-ils envoyé leurs « anciens » en éclaireurs, pour tester le bien-fondé de la mission ? Pourtant, tout le personnel est Malgache, tous parlent la même langue: il n'y a rien à craindre... Les consultations vont se poursuivre. La confidentialité est une utopie. Les salles de classe n'ont pas de fenêtre mais uniquement des volets ; si on les ferme, les salles deviennent trop sombres pour travailler correctement. L'eau disponible se trouve dans des seaux, venant d'un puits dans le village. Elle sera vite souillée. Les conditions de travail semblent dures.

19. M, 8 ans, en crise d'asthme. Depuis quand ? Quelques jours probablement, et sans traitement. La mère n'était pas trop inquiète et pensait que cela passerait tout seul. Ils consultent aujourd'hui car la mission offre une consultation et des médicaments gratuits. Cette maladie n'aura jamais de bilan : quelle en est la cause ? L'enfant n'aura jamais non plus de tests spécialisés et encore moins de traitement de fond.

20. F, 12 ans. Crise d'urticaire.

21. F, 16 ans. Retard de règles.

22. F, 21 ans. Grossesse de 16 semaines. Écoulement génital.

23. M, 18 ans. Épilepsie en rupture de traitement depuis 6 mois (problèmes financiers). « *Ce jeune souffre de cysticercose. Il a des calcifications cérébrales, la cause de son épilepsie. Il a déjà subi des examens complémentaires. Il doit prendre un comprimé tous les jours, mais la famille n'a pas toujours les moyens de les acheter. Juste après la récolte de riz, ça va, mais il reste sans traitement pendant presque 9 mois sur 12. Sa mère nous dit qu'il a fait 7 crises lors du dernier mois. C'est désespérant* ». (E 24)

24. M, 4 ans. Obèse, en pleine crise d'asthme. « *C'est surprenant de voir un enfant en surcharge pondérale ici, n'est-ce pas ? Il n'y en a pas beaucoup. C'est le fils d'un fonctionnaire !* » (E 24)

25. M, 12 ans. Suspicion de fièvre typhoïde.

26. F, 2 ans. Lipome de la taille d'une cerise, à la racine du nez, entre les deux yeux. Évolution stable depuis la naissance. Mère réticente à une intervention chirurgicale. La petite fille porte en permanence une casquette, qui masque cette anomalie. Que va-t-elle devenir lorsqu'elle devra aller à l'école et subir les railleries des autres enfants ? Ou n'ira-t-elle simplement jamais à l'école ?

27. M, 14 ans. Douleurs abdominales. Parasitose digestive.

Une vingtaine d'autres enfants sont atteints du même mal. On les repère de loin, avec leurs abdomens gonflés. Deux nourrissons de 3 et 6 mois seront vus en consultation : une rhinite banale pour l'un et une diarrhée aiguë pour l'autre. Une quinzaine d'enfants sera vue pour des problèmes de toux plus ou moins chronique, dans un état de maigreur profonde. Ne disposant pas de poids de référence antérieur, il est difficile d'apprécier une notion d'amaigrissement récent. Dix adolescents avaient des douleurs dentaires, avec un état buccal globalement désastreux. Sept autres jeunes présentaient des plaies infectées. Tous les enfants sont atteints de pityriasis versicolor (parasitose cutanée bénigne). Des problèmes d'acné furent notés sur une dizaine de jeunes, mais ce n'était pas le motif de consultation – il n'y a de toute façon pas de traitement disponible. Les mycoses cutanées, spécialement interdigitales, sont fréquentes. Une dizaine d'adultes jeunes consulteront pour des brûlures d'estomac. Ils présentent tous un état de maigreur apparent.

Quel bilan tirer de ces observations, en terme de besoins de santé de la population ? Rien de bien spécifique, c'est ce que nous appelons des « besoins ordinaires », communs à toute population. Les gens étaient assez farouches de prime abord. Que craignaient-ils ? Nous avons essayé de savoir si ces personnes se seraient rendues chez un professionnel de santé, au cas où cette mission n'aurait pas eu lieu. Globalement non, hormis les deux femmes hypertendues, qui voient régulièrement un médecin, mais elles ne peuvent disposer de traitement régulier. Le fait que consultation et traitement soient gratuits a joué un rôle déterminant. Que penser des infections génitales ? Un homme a consulté pour cela, par conséquent sa femme souffre de la même maladie. Ira-t-elle consulter un jour ? Et combien d'autres encore ne se soignent pas ? Les personnes semblent inconscientes des risques de contagion, pour certaines maladies. De nombreuses personnes consultées avaient des maladies bénignes, qui se seraient probablement résolues spontanément, ou avec l'adjuvant de tisanes. Le problème majeur concerne les maladies chroniques, incluant également le handicap. *« Je suis allé au domicile de deux familles, voir des malades intransportables. L'une est une femme très âgée – qui n'a plus d'âge. Elle n'a pas de maladie particulière, elle est simplement impotente : sa famille s'en occupe bien. L'autre est un enfant de 5 ans, il n'est pas très en forme, c'est un IMC¹¹⁸. Les personnes handicapées sont cachées, stigmatisées et bénéficient de peu de soins, les familles sont dépassées par la situation, il n'y a pas de centre spécialisé à des centaines de kilomètres à la ronde, inaccessible pour les populations rurales »* (E 24). Peut-on en guise de conclusion comparer ces besoins à des petites branches de baobab ? On constate en passant un manque de professionnels de santé dans ces villages. Il nous semble difficile de hiérarchiser les besoins de santé, lesquels sont-ils prioritaires ? Les responsables de la petite association humanitaire aimeraient en faire plus, et s'interrogent à juste titre sur la meilleure façon de venir en aide à ces populations. Un premier recensement des besoins selon les lieux est envisagé dans les prochains mois.

¹¹⁸ IMC : infirme moteur cérébral. Le malade souffre des séquelles d'une courte anoxie à la naissance. Cette pathologie, peu évolutive, ne se soigne pas, ni ici ni ailleurs. Mais ailleurs, les malades peuvent bénéficier de soins de confort ou palliatifs.

4. Des besoins de santé plus spécifiques

a) Au CHRR¹¹⁹ d'Antsohihy : d'un service à l'autre

- La fièvre typhoïde est endémique

Médecin-chef du service de pédiatrie à l'hôpital public d'Antsohihy, le Dr B. nous a accordé un long entretien en août 2014 (E 26). *« Nous avons en ce moment 6 enfants hospitalisés. Un petit garçon de 4 ans souffre de tétanos. Il a été contaminé lors de sa circoncision dans la brousse, pratiquée de façon traditionnelle, donc sans précaution hygiénique. Il n'était pas vacciné. Il est là depuis 2 semaines et son état s'améliore très lentement. Les 5 autres ont la fièvre typhoïde, due également à un manque d'hygiène. Cette maladie se soigne bien, mais il y a parfois hélas des complications sous forme d'ulcérations hémorragiques ou nécrotiques de l'intestin, conduisant inéluctablement au bloc opératoire. La chirurgie se pratique ici à l'hôpital, nous avons un chirurgien qui s'est spécialisé dans ce type d'opérations, car le district d'Antsohihy est endémique pour la typhoïde. Certains malades, adultes ou enfants, sont en mauvais état général et ne supportent pas l'intervention. La mortalité post-opératoire reste très élevée ».*

- Morsures

Dans le service de chirurgie, un homme de 33 ans est actuellement hospitalisé (décembre 2014). Il se remet difficilement d'une morsure de caïman, dont il a été victime il y a une semaine. *« Il a subi l'amputation de son gros orteil, mais les plaies sont très longues à cicatriser »* (E 25). Après renseignements, nous en savons un peu plus sur les circonstances de l'accident. Cet agriculteur est originaire du district d'Ananalava (façade maritime de la région Sofia). Il ouvrait la voie à un groupe de six personnes qui sillonnaient la campagne d'Ambarijebby Atsimo, qu'ils ne connaissaient pas. Lors de la traversée d'une rivière, le pied de la victime fut happé par un crocodile. *« Ce type d'accident reste rare mais on en voit plusieurs chaque année. Il est difficile de le prévenir. Les gens connaissent en général les lieux infestés de crocodiles et personne n'habite dans les parages »* (E 25).

- Intoxications marines

Neuf personnes du village de Befotaka (70 km au Nord d'Antsohihy) sont mortes en novembre 2014, suite à l'ingestion de viande de tortue. *« Outre des troubles digestifs, la maladie peut se compliquer de troubles neurologiques, un coma pouvant conduire au décès »* (E 26). Les populations de pêcheurs de la côte ouest de Madagascar sont particulièrement exposées au risque d'intoxication. Ce fut le cas dans la ville de Majunga en mai 2014 - 50 malades dont 6 enfants décédés (E17). L'île de Nosy Be fut également touchée en décembre 2014.

¹¹⁹ Centre Hospitalier Régional de Référence.

Les intoxications par les animaux marins

Elles sont dues à des toxines présentes dans la peau, la chair ou les viscères des poissons. Les syndromes les plus fréquents sont la ciguatera, liée à la production de ciguatoxines par le dinoflagellé *Gambierdiscus toxicus*, et le scombrotisme, intoxication par histamino-formation dans la chair de poissons bleus. C'est l'intoxication par les poissons la plus fréquente dans le monde¹²⁰, due à la consommation de thons, bonites, maquereaux, d'anchois, de sardines et harengs, de carangues, d'espadons ... La masse musculaire de ces poissons est caractérisée par un aspect rouge évoquant la viande (poissons bleus) et par la présence dans leurs tissus de grandes quantités d'histidine. Si les méthodes de conservation sont défectueuses, la chair se charge en quelques heures de grandes quantités d'histamine (médiateur de la réaction allergique). Dix minutes à trois heures après ingestion de quelques bouchées du poisson se développe un tableau clinique « mimant » une allergie (rougeur du visage, tachycardie, bouffées de chaleur...). Les autres intoxications, plus rares, comprennent le tétrodoxisme ou fugu des japonais, le clupéotoxisme, principalement après ingestion de sardines tropicales, le xanthitoxisme dû aux crabes, le carchatoxisme par la chair de grands requins et enfin le chélonitoxisme, suite à l'ingestion de la chair de tortues marines, intoxications, qui, à cause de la taille de l'animal incriminé, sont souvent rapportées sous la forme d'intoxications collectives.

Le chélonitoxisme est dû à l'ingestion de chair de tortues marines (tortues imbriquées, *Eretmochelys imbricata* ou tortue verte, *Chelonia mydas*, à Madagascar). Plusieurs heures voire plusieurs jours après un repas, surviennent des vomissements, une diarrhée, une déshydratation, une hypotension artérielle, des ulcérations de la cavité buccale et de la langue. Le taux de mortalité est élevé (4 à 7,5%). Des décès sont régulièrement rapportés dans la presse écrite malgache (Tuléar, Majunga, Antalaha), mais aussi en Inde, en Polynésie et au Sri Lanka. Les toxines en cause n'ont pas encore été isolées. Pour être complets, signalons que d'autres intoxications sont en rapport avec des toxines d'algues ingérées avec des poissons de récifs, réalisant l'ichtyoalloeinotoxisme, ou sont liées à l'ingestion de coquillages bivalves filtrants.

b) Où l'on reparle de la poliomyélite

C'est une catastrophe nationale. L'Etat malgache devait « enfin » annoncer en décembre 2014 l'éradication de la polio dans le pays. Mais au début du mois, un nouveau cas a été décelé puis confirmé dans le village de Befotaka, et plusieurs cas restaient suspects. Un vent de panique souffle alors sur le ministère de la santé, sans ministre¹²¹ depuis la nomination du nouveau gouvernement un an auparavant ! Le pouvoir décide d'organiser en urgence une vaste campagne de vaccination dans la région Sofia (six régions sont

¹²⁰ Aubry P., Gaüzère B.-A., 2014, « Intoxications par les animaux marins, Actualités 2014 », Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien, Mise à jour 2014.

¹²¹ En effet, le premier ministre de la République est aussi le ministre de la santé. Il avait jusqu'alors négligé ce ministère.

concernées par ce plan), commencée le 15 décembre, pour 10 jours. Tous les personnels des CSB de la région sont sollicités pour une vaccination à grande échelle, ils seront contraints de faire du porte à porte dans tous les villages, à la recherche des enfants de moins de un an. Une partie de la population y résiste néanmoins. Une seconde étape est programmée à partir du 17 janvier 2015. Le directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar¹²² tient toutefois à apporter quelques précisions à propos de ces cas suspects de poliomyélite. « – Il ne s'agit pas de véritable poliomyélite. Cette maladie a disparu de Madagascar depuis de nombreuses années. Les travaux de l'IPM ont montré qu'il s'agissait de paralysies dues à un virus vaccinal qui avait muté, qui serait ainsi devenu capable de rendre malade. Cela arrive parfois lorsque la proportion d'enfants vaccinés est trop faible, circonstance où l'immunité de la population ne suffit plus pour empêcher la circulation de ce genre de virus « déviants ». La réponse consiste alors à améliorer la couverture vaccinale, c'est-à-dire à organiser des campagnes de vaccination de masse et de rattrapage. C'est ce qui a été lancé dans les zones concernées par le Ministère de la santé avec l'aide internationale ».

c) Entre tradition et modernité

S'il ne s'agit pas d'un réel besoin de santé, la circoncision est un geste médico-chirurgical pratiqué sur tous les garçons à Madagascar. Les pratiques sont diverses (on se reportera au chapitre 9 de cette étude).

Photographie 25 : Circoncision de masse

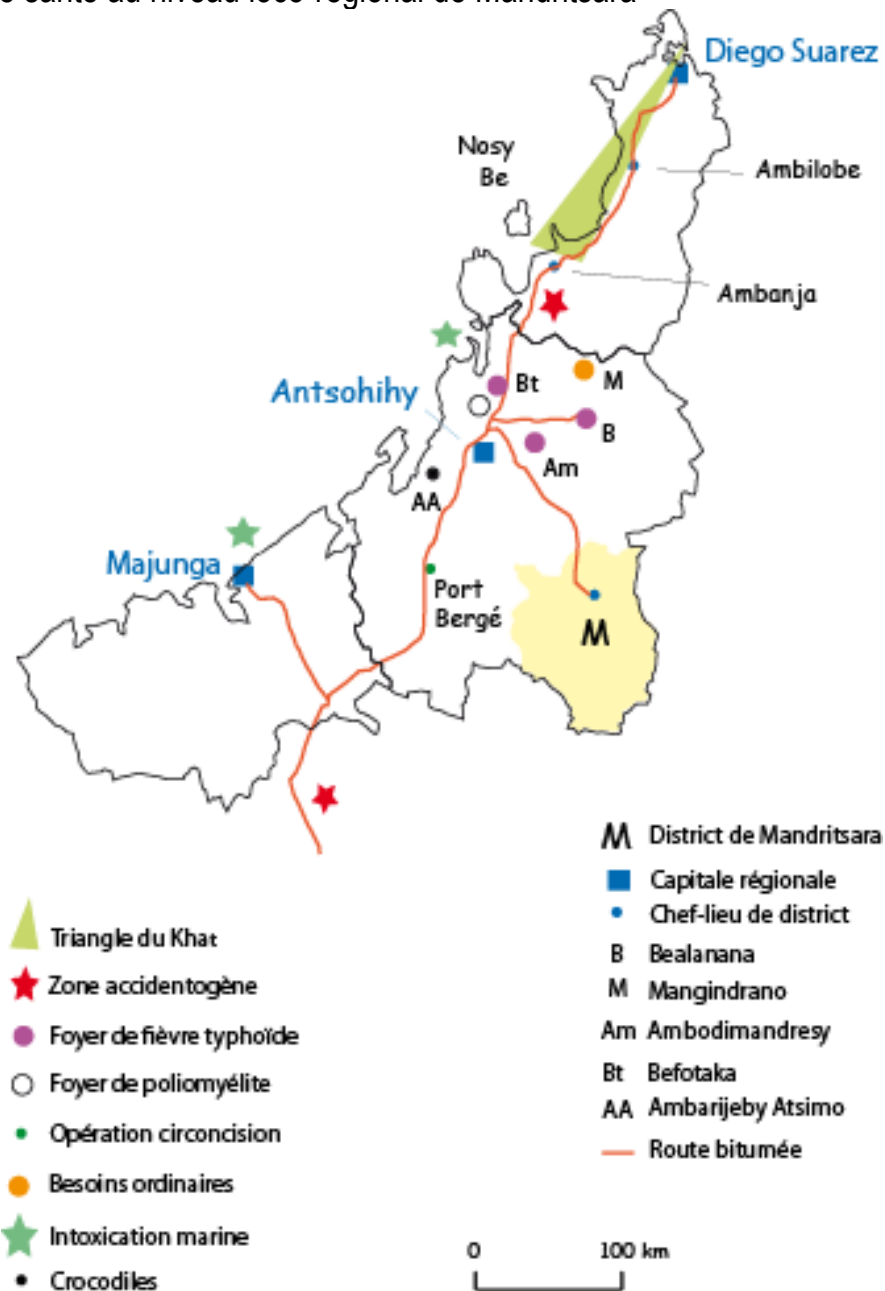
Des associations sanitaires proposent des circoncisions de masse, gratuites. Ce fut le cas dans la cité de Port-Bergé, sur un week-end du mois de juillet 2014. Les praticiens étaient des étudiants en médecine de la faculté de Majunga. Encadrés par un chirurgien et de plusieurs médecins de la ville, les étudiants ont l'occasion d'« apprendre » le métier, dans des conditions d'hygiène satisfaisantes.



Pour une meilleure visualisation de ces faits de santé, nous tenions à les « représenter » (carte 23, page 203) et surtout les situer par rapport au district de Mandritsara. Il s'agit d'un même ensemble régional, interconnecté par une route bitumée, seul lien avec Mandritsara. C'est aussi un lieu de passage obligé pour le chercheur se rendant sur son terrain.

¹²² Cet extrait d'interview appartient à l'article de presse cité page 139.

Carte 23 :
Besoins de santé au niveau loco-régional de Mandritsara



Conception et réalisation : P.Kannapel

Cette carte multicolore n'a pas d'autre ambition que d'être une représentation visuelle de besoins quotidiens de la population rurale. Les couleurs évoquent les caméléons, que nous n'avons pas encore trop vus jusqu'à présent. Y a-t-il quelqu'un pour répondre à ces besoins ? Ces besoins de santé sont l'expression d'observations personnelles, dans le cadre d'une étude qualitative : qualitatif et quotidien se rejoignent donc ici.

B. LES BESOINS DE SANTE AU NIVEAU MICRO-LOCAL DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA

Introduction

Nous essayons de connaître les besoins de santé dans le district de Mandritsara. Pour cela, nous faisons une première escale dans la commune rurale d'Antsirabe-centre et choisissons de nous adresser à un professionnel de santé. Nous nous sommes rendus à moto dans le village principal (petite bourgade) de la commune en fin de saison sèche (novembre 2013). Notre chauffeur était un policier de la ville de Mandritsara ; le trajet a duré 1h30, pour 25 km de piste sableuse. Le médecin du CSB 2 est le seul professionnel de santé pour une population de 9825 habitants. Il nous a accordé un long entretien (E 21) dont des extraits sont reproduits ci-dessous.

Entretien avec un professionnel de santé à Mandritsara

- Avez-vous quelques anecdotes remarquables à nous relater ?

« Hier soir à 23 heures (je dormais), une petite foule m'amenait un malade, un homme de 40 ans, en crise d'asthme sévère. On l'avait transporté en charrette depuis son village, à 25 km d'ici, où il est instituteur. Son état était très grave. Je l'ai gardé en observation toute la nuit. Il est heureusement tiré d'affaire. On voit parfois des choses dramatiques. Il y a un mois est arrivée une femme enceinte à terme. Elle a accouché inopinément en descendant de charrette, le bébé est tombé à terre, il est mort au bout d'une heure ! Les cas de tétanos ne sont pas rares. Je les réfère à l'hôpital de Mandritsara en urgence. Je crois que dans votre pays cette maladie a disparu ».

- Quelle est votre activité moyenne, quels sont les problèmes de santé les plus fréquents ?

« Je vois entre 20 et 30 personnes chaque jour en consultation. Il y a en plus les urgences, la nuit ou le week-end. Cela fait 6 mois que je travaille ici, je suis un jeune diplômé de la faculté de Majunga, c'est mon premier poste. Les maladies de la peau et les troubles digestifs constituent la majorité des motifs de consultation. Il y a aussi pas mal de petite traumatologie, les blessures d'ivrognes du week-end : chutes ou séquelles de bagarres. Il faut les comprendre, il n'y a pas de loisirs ici, seul l'alcool aide à se distraire un tant soit peu ».

- A quoi attribuez-vous les problèmes digestifs ?

« Il y a certes tout un tas de vers intestinaux, source de vomissements et de douleurs abdominales. D'autre part, les gens n'ont pas de toilettes privées. Les conditions d'hygiène pour la défécation sont mauvaises. Le problème principal à mon avis est lié à l'alimentation, insuffisante et peu variée : du riz et du riz, plus ou moins accompagné (bouillon ou soupe) et de la viande occasionnellement. Les carences sont importantes, notamment pour les apports de calcium, vous avez vu l'état dentaire des gens dans la rue quand vous leur parlez ? ».

- Qu'en est-il de la bilharziose ?

« Oh, je vois des cas de bilharziose digestive. Je pense qu'il y en a plus que ce que je consulte personnellement, mais tous ne viennent pas au centre. La rivière que vous apercevez là-bas est un foyer de bilharziose. Mais vous voyez tout ce monde qui se baigne ? Les gens n'ont pas le choix, c'est leur seule source d'eau. Moi-même, je vais chercher de l'eau à la rivière pour le cabinet. Vous imaginez mieux nos conditions de travail. Les malades arrivent généralement en pleine hémorragie digestive, le stade ultime de la maladie, au-delà de toute ressource thérapeutique et donc fatal. C'est une fin très douloureuse. La plus jeune que j'ai vue avait 17 ans. C'est terrible ! ».

- Suivez-vous beaucoup de femmes enceintes ? Délivrez-vous des contraceptifs ?

« Il y a beaucoup de femmes enceintes à la campagne. Pour ce qui est du suivi, elles ne viennent en général que lorsqu'il y a un problème, des saignements, une douleur, ou pour accoucher, ce qui ne facilite pas notre tâche. Plus un problème est dépisté tôt, plus il est facile à régler. Les femmes préfèrent accoucher à la maison, entourées de leur famille. On voit beaucoup de grossesses précoces, autour de 14 ou 15 ans. C'est le moyen pour les jeunes filles d'affirmer leur féminité et surtout de prouver qu'elles ne sont pas stériles. La stérilité est très mal acceptée à la campagne, et on n'a pas les moyens de la soigner ici. Quant à la contraception, c'est préservatifs ... mais rarement tout de même, il y a beaucoup de réticence de la part des hommes ».

- Avez-vous aussi des activités connexes ?

« Eh bien, comme partout à Madagascar, en saison fraîche, nous pratiquons des circoncisions de masse. J'ai même commencé par ça, en arrivant en juin. J'allais chaque jour dans un village différent (j'ai la chance d'avoir une moto) et je faisais 5 à 6 interventions par jour. C'est un très petit complément de revenus pour nous, mais on ne fait cela qu'un mois par an. A part ça, on nous demande parfois notre aide ou assistance pour les mises-bas (je ne connais pas le terme en français) d'animaux domestiques, comme les cochons. Ce n'est pas facile mais cela permet de créer des liens avec la population. Les gens sont très reconnaissants ».

Les notes de l'entretien ont été prises de façon manuscrite dans un cahier. Nous avons parlé de beaucoup d'autres choses, avec ce professionnel très « ouvert » et fier de partager son expérience, seules les questions relatives aux besoins de santé sont reproduites ici. Six mois plus tard, le médecin a pu obtenir un poste dans une grande ville. Son successeur est un infirmier originaire de Mandritsara. Une lourde charge l'attend. Mais il a pour lui l'avantage de la jeunesse.

Nous avons pu consulter les tableaux d'activité¹²³ de trois communes, à deux époques différentes de l'année (février et juillet 2012). La fiche complète comporte une répartition des consultations par âge, en 6 tranches : 0-1 mois, 1 mois-1an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans et plus de 25 ans. Nous n'avons pas jugé utile de les reproduire ici, car elles

¹²³ Chaque mois, le responsable du centre de santé adresse au SSD une fiche détaillée de l'activité de son centre. Un modèle de fiche est placé en ANNEXE (7).

n'apportent aucun élément nouveau à notre travail. Nous citerons, au cas où, les éléments les plus remarquables liés à l'âge dans le détail par commune

1. Activité du CSB 2 de la commune urbaine de Mandritsara

Concernant la fréquentation du CSB urbain, une première remarque s'impose. L'activité du mois de février 2012 est quatre fois plus importante que celle de juillet. Quelle en est la raison ? S'agit-il d'une période de vacances¹²⁴ pour les médecins, ou pour les patients ? Mais dans ce cas, quel est le recours possible pour les malades ? Ou alors les gens seraient moins malades en juillet ? On remarquera qu'il n'y a pas de cas de paludisme durant ce mois (saison sèche et un peu plus fraîche). Si l'on tient compte de 20 jours ouvrables par mois, le nombre moyen de consultations quotidiennes est de 52,5 en février et de 12,5 en juillet.

Les « Autres pathologies » sont nombreuses, plus d'un tiers des cas pour les 2 mois. Que recouvrent-elles ? C'est un mystère ! Est-ce que le médecin n'a pas de diagnostic ? Dans ce cas, a-t-il envoyé le malade faire des examens complémentaires pour en savoir un peu plus ? C'est un autre mystère. Le terme « Autres pathologies » recouvre-t-il les surveillances de grossesse et les vaccinations ? On ne le sait pas. Le terme « Bilharziose » est absent de la fiche.

En février, un malade sur 5 souffre de rhume ou de toux. C'est le milieu de la saison des pluies, la proportion est de un pour 6 en juillet, saison sèche, venteuse et très poussiéreuse : les cas de toux « devraient » être plus nombreux à ce moment. Ce n'est pas logique.

Les pathologies les plus fréquentes sont ensuite les maladies digestives et les affections génitales. Nous relierons les diarrhées et les parasitoses intestinales aux maladies digestives, soit 191 consultations en février, pour un peu moins de 20% du total et 44 consultations en juillet, soit une personne sur 6.

On notera enfin l'absence de maladie mentale dans la ville de Mandritsara, ni en février, ni en juillet.

Tableau 16 : Activité comparée du CSB 2 de Mandritsara à deux périodes de l'année

Maladie	Février 2012	Juillet 2012
Diarrhée sans déshydratation	81	23
Dysenterie sans déshydratation	21	2
(Di) – (Dy) avec deshydratation		
Toux ou rhume	201	45
Pneumonie	17	
Pneumonie grave	1	
Autre IRA	34	7
Paludisme simple	17	
Toux suspecte de tuberculose		
Coqueluche		
Eruption morbilliforme (vacciné)		

¹²⁴ A Madagascar, la période des grandes vacances scolaires va de début juillet à mi-septembre.

Eruption morbilliforme (non vacciné)		
Tétanos		
Ecoulement génital	46	19
Ulcération génitale	7	2
Suspicion VIH		
Méningite		
Parasitose digestive	7	1
Suspicion cysticercose		
Suspicion rage humaine		
Affection cardiovasculaire	6	
Affection cutanée	67	7
Affection bucco-dentaire	4	2
Affection œil et annexes	16	2
Affection digestive	82	18
Affection ostéo-articulaire	22	2
Affection mentale		
Affection neurologique	10	6
Asthme	2	2
Hypertension artérielle	15	9
Affection de l'oreille	6	11
Malnutrition	3	
Spasmophilie	1	
Suspicion de diabète	1	
Suspicion de drépanocytose		
Traumatisme	17	3
Autre pathologie	366	92
Total	1050	253

Source : Service Régional de la Santé, Antsohihy, 2012

2. Activité du CSB 2 de la commune rurale de Marotandrano

La commune compte 18 022 habitants répartis dans 16 villages et un seul médecin. Le volume de consultations mensuelles est quasi identique en février (368) et juillet (363) pour l'année 2012. Pour 20 jours ouvrables mensuels, cela fait une moyenne de 18,4 actes/j en février, et 16,5 en juillet.

Là encore, les « Autres pathologies » sont fréquentes et concernent 26% des consultations en février et 24% en juillet. Que recouvrent donc ces termes ?

Pour février, un autre quart concerne rhumes et toux, mais la proportion passe à 43% en juillet, ce qui paraît logique en saison sèche, fraîche et poussiéreuse. Le paludisme semble rare, aux deux saisons.

Les pathologies digestives représentent 20% des consultations en février et 13% en juillet. Elles semblent moins fréquentes à la campagne qu'en ville.

Le dernier quart des consultations pour les deux mois couvre des pathologies très diverses, de l'œil aux traumatismes, de l'oreille aux affections génitales.

Enfin, il n'y a pas de maladie mentale dans cette commune, du moins pas de malade mental qui consulte !

Tableau 17 : Activité comparée du CSB 2 de Marotandrano à deux périodes de l'année

Maladie	Février 2012	Juillet 2012
Diarrhée sans déshydratation	31	19
Dysenterie sans déshydratation	9	2
(Di) – (Dy) avec deshydratation	2	1
Toux ou rhume	92	145
Pneumonie		1
Pneumonie grave		
Autre IRA	4	2
Paludisme simple	2	1
Toux suspecte de tuberculose		
Coqueluche		
Eruption morbilliforme (vacciné)		
Eruption morbilliforme (non vacciné)		
Tétanos		
Ecoulement génital	13	11
Ulcération génitale	2	1
Suspicion VIH		
Méningite		
Parasitose digestive	13	
Suspicion cysticerose		
Suspicion rage humaine		
Affection cardiovasculaire		3
Affection cutanée	18	13
Affection bucco-dentaire	8	2
Affection œil et annexes	11	11
Affection digestive	24	20
Affection ostéo-articulaire	4	3
Affection mentale		
Affection neurologique		2
Asthme		1
Hypertension artérielle	3	
Affection de l'oreille	4	4
Malnutrition	11	
Spasmophilie	1	
Suspicion de diabète		
Suspicion de drépanocytose		
Traumatisme	22	8
Autre pathologie	94	81
Total	368	333

Source : Service Régional de la Santé, Antsohihy, 2012

3. Activité du CSB 2 de la commune rurale d'Antsirabe Centre¹²⁵

L'activité de ce CSB 2 est faible au mois de février 2012, avec une moyenne quotidienne de 4,75 patients, elle est encore plus faible en juillet (3,95 consultants par jour !). Rappelons que la commune compte près de 10 000 habitants (9825 exactement) et un seul médecin. Quelle est la validité de ces chiffres ? Au milieu de la saison des pluies, un seul malade consulte pour du paludisme. Un tiers des motifs concerne des troubles digestifs et un quart, des affections respiratoires. Par rapport aux communes précédentes, les « Autres pathologies » sont rares et les traumatismes représentent près d'un patient sur dix. Serait-ce une commune où « il fait bon vivre » ? Le médecin était-il présent et disponible durant ces mois, choisis par nos soins au hasard ?

Tableau 18 : Activité comparée du CSB 2 d'Antsirabe Centre à deux périodes de l'année

Maladie	Février 2012	Juillet 2012
Diarrhée sans déshydratation	9	12
Dysenterie sans déshydratation	4	2
(Di) – (Dy) avec deshydratation		1
Toux ou rhume	22	17
Pneumonie	3	
Pneumonie grave		
Autre IRA		1
Paludisme simple	1	
Toux suspecte de tuberculose		
Coqueluche		
Eruption morbilliforme (vacciné)		
Eruption morbilliforme (non vacciné)		
Tétanos		
Ecoulement génital	5	5
Ulcération génitale		1
Suspicion VIH		
Méningite		
Parasitose digestive	1	
Suspicion cysticerose		
Suspicion rage humaine		
Affection cardiovasculaire		1
Affection cutanée	8	6
Affection bucco-dentaire	1	5
Affection œil et annexes	2	1
Affection digestive	18	15
Affection ostéo-articulaire	2	
Affection mentale	3	
Affection neurologique		1
Asthme		1

¹²⁵ Antsirabe Centre est la commune dans laquelle le médecin responsable du CSB nous a accordé un entretien (E 21), reproduit dans l'introduction. Ce médecin est arrivé dans la commune en juin 2013. Les données en référence dans cette partie concernent l'année 2012 ; nous ne connaissons pas le médecin qui les a fournies.

Hypertension artérielle	5	
Affection de l'oreille		1
Malnutrition		
Spasmophilie		
Suspicion de diabète		
Suspicion de drépanocytose		
Traumatisme	8	5
Autre pathologie	3	4
Total	95	79

Source : Service Régional de la Santé, Antsohihy, 2012

Certains besoins de santé nous sont transmis par un professionnel de santé : ils sont justes, mais non chiffrés. L'enquête réalisée sur l'hygiène et l'assainissement (voir chapitre 3) commence à dater. Elle montre néanmoins l'étendue des problèmes liés à l'eau et à l'assainissement, quasi-absent. Peu de villages ont été étudiés (7 sur les 276 que compte le district) mais ils nous semblent tout de même former un échantillon représentatif. Nous nous sommes rendus dans d'autres villages, la situation est la même partout, rien n'a changé au cours des dernières années. Ce constat paraît plutôt inquiétant. La situation sanitaire et sociale paraît immuable dans ce district. Les villages enclavés le sont toujours, un plan global d'assainissement ainsi que l'aménagement d'un réseau routier se font toujours attendre. Une commune rurale, Andohajango (15 170 h), a connu l'installation d'un réseau d'adduction d'eau potable en 2013, grâce au dynamisme de son maire, et à l'aide financière d'une petite ONG française. L'hygiène reste un problème majeur. Les rapports mensuels des CSB nous renseignent peu sur les besoins de la population rurale. L'observation directe de la population permet de « voir » beaucoup de choses, d'autant que cette population vit essentiellement dehors. Beaucoup de maladies sont « visibles » : malnutrition, affections de la peau, hygiène corporelle, état dentaire, parasitoses digestives, troubles oculaires, malformations diverses et séquelles de traumatismes. On ne croise aucune personne atteinte d'obésité à la campagne. La grande majorité des personnes est maigre, voire très maigre, enfants et adultes confondus ; c'est la marque d'une malnutrition chronique et d'une pauvreté chronique, observable également dans les tenues vestimentaires. Il n'y a pas besoin de grande étude statistique pour le confirmer. En conclusion, on peut dire qu'il n'y a pas que des maladies infectieuses à la campagne. Les besoins de santé liés à une mauvaise hygiène semblent très importants. Il y a peu de disparité apparente dans les besoins de santé parmi la population de ce district. Défaut d'hygiène : grosse branche de baobab.

C. LA BILHARZIOSE A BEKILY : ETUDE DE CAS

Introduction : éléments de méthodologie

Pour une recherche à l'échelle micro-locale dans le district de Békily, nous nous intéressons à la bilharziose. La base de cette recherche de terrain est une enquête effectuée par l'institut Pasteur de Tananarive en octobre 2011 à Békily. Cinq communes ont été testées, avec des certitudes biologiques (enfants testés dans les écoles) et des

confirmations malacologiques. Par ailleurs, un bilan établi sur les motifs d'hospitalisation à l'hôpital de Békily (médecins MSF) semblerait montrer que 50% des malades sont atteints de bilharziose chronique, urinaire ou intestinale (E 8). Les diagnostics de certitude manquent, mais la présomption est très forte. On admet par conséquent que le district est une zone endémique active de contamination bilharzienne. La mission de terrain se déroule sous forme d'enquêtes auprès de la population exposée (124 questionnaires domiciliaires ciblés ont été établis – ANNEXE 8), et d'entretiens, auprès de professionnels de la santé et parfois des responsables locaux. On complétera l'étude sur des sites présumés à risque, afin de comprendre les mécanismes de la contamination. Les premiers contacts sont établis (facilement) auprès des autorités administratives, maire, chef de village, chef de quartier, et des autorités sanitaires – médecin – personnel paramédical ou agent communautaire, relativement sous-représentés et parfois absents. La recherche s'est faite en septembre 2012, à la fin de la saison sèche. Nous serons accompagnés d'un étudiant en Deug de géographie (Université de Tuléar). Après une courte formation, il sera interprète et mènera les questionnaires avec beaucoup d'enthousiasme. Ce jeune homme est natif du district de Békily. La bilharziose est une maladie focale, les mécanismes de contamination peuvent varier d'un site à l'autre. Par conséquent, nous présentons les résultats de cette recherche qualitative de façon sectorielle : la commune urbaine de Békily, la commune rurale de Beraketa, à l'Est du district, les communes au Nord-Ouest de la ville et enfin la partie Sud du district. Il n'a pas été possible de se rendre dans toutes les communes, pour des problèmes d'accessibilité ou de sécurité. Il fallait revenir chaque soir en « ville », avant la tombée de la nuit. Certains sites sont distants de 2 à 3 heures de la ville, soit un aller-retour de 5 heures minimum, en véhicule 4x4. D'autres villages ne sont accessibles qu'à pied, le facteur temps fut donc déterminant. L'échelle de cette étude micro-locale est le village ou le quartier (*fokontany*), avec ses multiples ramifications.

La population du district compte un peu plus de 170 000 habitants. Elle est très dispersée sur 19 communes, dont une commune urbaine, Békily et 18 communes rurales. Chaque commune est subdivisée en *fokontany* (*fkt*)¹²⁶ – nous utiliserons cette abréviation par la suite – inégalement répartis sur le territoire. Ils se trouvent en général à proximité d'un point d'eau. Le nombre de communes est sujet à variations, un regroupement ou un redécoupage peuvent survenir inopinément. Dans une des communes visitées (Ambatosola), deux nouveaux *fkt* ont été créés cette année (2012). Le district est complètement enclavé ; il n'y a aucune route bitumée et de nombreuses pistes, sableuses ou pierreuses, sillonnent la région. Nous sommes en fin de saison sèche, cependant, l'eau est présente un peu partout. Les lits des rivières sont verdoyants, par opposition à des sols pierreux ou sableux très pauvres, recouverts d'une forêt d'épineux (*raketa*, *sakoa* ... dont certains sont en floraison). Une faune sauvage abondante vit dans ce milieu en apparence hostile à la vie : oiseaux (tourterelles, perruches, pigeons et autres), serpents et lézards, nombreux sur les berges rocheuses des cours d'eau, caméléons, poissons, insectes,

¹²⁶ Le même terme est utilisé pour désigner les quartiers de la ville. A la tête de ce territoire administratif se trouve le chef de *fokontany*, choisi par la population. Il exerce surtout un rôle de médiateur, dans les conflits de voisinage ou les querelles villageoises diverses. Il jouit d'un grand respect de la part de la population.

sangsues, crocodiles (légende ?) et mollusques, qui retiennent toute notre attention. Les animaux domestiqués comprennent les bœufs à bosse (zébus) – valeur marchande fondamentale pour la population locale. Ils sont regroupés en troupeaux. On compte également des caprins, qui suivent les troupeaux de zébus, des porcs évoluant librement dans les villages, et une volaille importante, pintades, poulets, oies et canards (*kanakana*). L'agriculture, de type agro-pastoral, est le secteur dominant dans cette région. Outre l'élevage, plusieurs cultures vivrières sont pratiquées à la saison des pluies : manioc, patate douce, canne à sucre, riz, arachides, oignons, tomates, salades et autres fruits tropicaux (mangues, bananes, papayes). Ces cultures se pratiquent sur de petits lopins, aux surfaces délimitées par des haies de cactus (un genre de bocage), à proximité des voies d'eau. La riziculture se pratique en saison des pluies, avec une seule récolte annuelle, sur quelques sites. On notera l'existence de mines de mica dans la commune de Beraketa.

1. « Bilharziose » et « Milieu » : une maladie à l'interface de l'homme et de l'environnement

*Les enfants et les adolescents se baignent à toute heure du jour
et ne connaissent aucune contrainte dans leurs ébats aquatiques
comme dans la satisfaction de leurs besoins naturels*
Marc GENTILLINI

Concernant la bilharziose, quelques précisions physiopathologiques s'imposent : cette maladie n'a pas un visage uniforme. Deux formes de bilharziose – sur un mode aigu et sur un mode chronique – sévissent de façon endémique à Madagascar, et ont des spécificités de répartition géographique, une grande partie ouest pour la forme urinaire, le centre, l'Est et le Sud pour la forme intestinale. Les facteurs géographiques sont déterminants. Qu'en est-il pour le district de Békily ? Le risque majeur lié à cette maladie est sa chronicité, avec une évolution fatale. Elle affecte parfois des adultes jeunes. Le traitement (Praziquantel, utilisé par voie orale) est simple et efficace sur les formes aiguës. C'est un traitement minute (une seule prise) qui s'avère onéreux pour une population très pauvre.

En 2011, selon l'OMS¹²⁷, 700 millions de personnes dans 74 pays sont exposées à la bilharziose dans le monde. 234 millions d'individus sont infectés et auraient besoin d'un traitement. Il s'agit de la maladie parasitaire la plus fréquente après le paludisme. La bilharziose, dans ses quatre dimensions¹²⁸ est présente dans les deux districts retenus. Pour des raisons pratiques, nous avons réalisé une **étude de cas** dans le district de Békily.

¹²⁷ Organisation mondiale de la santé, 2011, « Schistosomiases, Rapport de situation 2001-2011 et Plan stratégique 2012-2020 », OMS, Genève, 75 p.

¹²⁸ Les quatre formes sont les deux formes urinaires, aiguë ou chronique, et les deux formes digestives, aiguë ou chronique.

S'il est une maladie infectieuse pour laquelle l'environnement joue un rôle prépondérant, il s'agit bien de la bilharziose. Elle est déjà citée dans un papyrus 1500 ans av. JC. On a par ailleurs découvert des œufs calcifiés dans la vessie d'une momie égyptienne de la XX^e dynastie, soit plus de 1000 ans av. JC. Au Moyen-Âge, les médecins arabes parlent de « pissement de sang » à propos de caravaniers de retour de Tombouctou. Au XVII^e siècle, le trafic d'esclaves avait permis l'installation de *Schistosoma Mansoni*¹²⁹ sur le continent américain. Des cas d'hématurie sont aussi signalés par les chirurgiens accompagnant Bonaparte en Egypte. En 1852, Th. Bilharz décrit pour la première fois des œufs de *Schistosoma Haematobium*, l'agent de la forme urinaire de la maladie, qui se manifeste initialement par la présence de sang dans les urines (hématurie). C'est en 1904 que Manson observe les œufs de *S. Mansoni*, cause de troubles digestifs sérieux, tandis qu'au Japon, Katsudra découvre *S. Japonicum*, responsable d'une atteinte vasculaire, et enfin en 1934 au Zaïre, Fisher individualise *S. Intercalatum*, qui génère une maladie intestinale (GENTILLINI, DUFLO, 1982). On notera que cette maladie n'est pas unique. Seules les deux premiers parasites sont présents à Madagascar. En 1950, bien que répartie sur les deux tiers de l'île, elle n'était pas considérée comme un problème sanitaire majeur. On observait des bilharzioses urinaires le long de la côte ouest, tandis que des formes digestives étaient enregistrées au Sud-Est. Le risque d'extension était déjà noté en raison de conditions malacologiques favorables.

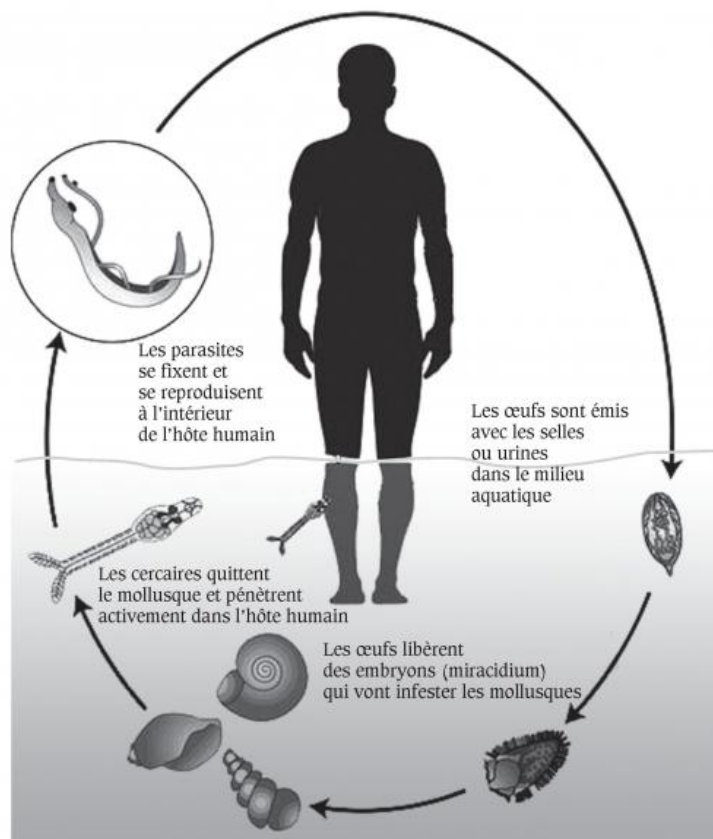
a) Mécanisme d'infestation de l'homme : une logique implacable

La transmission de cette maladie nécessite plusieurs conditions. L'eau douce fait le lien entre l'homme¹³⁰ et son vecteur, c'est un élément indispensable, nécessaire mais pas suffisant. Si l'eau est contaminée par un homme malade, l'eau re-contamine l'homme dans une relation à double sens. La présence d'un mollusque vecteur est obligatoire. Cette maladie n'est pas une fatalité : si l'homme malade cessait de contaminer l'eau, avec ou sans mollusque, la chaîne de contamination serait irrémédiablement rompue. Quels sont les facteurs de la pérennité de cette maladie ? Comment l'eau peut-elle rendre malade ? Que fait l'homme pour contaminer l'eau ? Quelles sont les conditions écologiques utiles et favorables aux mollusques ? Nous allons répondre à ces questions de façon aussi précise et claire que possible, et tout d'abord expliquer la chaîne de transmission. Pour cela, nous partirons de l'homme malade, plus ou moins reconnu, car il existe de nombreux « porteurs sains » - la bilharziose ne fait pas souffrir dans un premier temps. Mais auparavant, il convient de décrire les adjuvants de cette maladie, à savoir les mollusques et les parasites.

¹²⁹ C'est le nom scientifique du parasite de la forme digestive de la bilharziose. *Schistosoma haematobium* est le nom du parasite de la forme urinaire. Il existe deux autres parasites, *S. Intercalatum* et *S. Japonicum*, absents du sol malgache.

¹³⁰ Nous utilisons le terme « homme » dans le sens général d'« être humain », incluant évidemment les hommes, les femmes et les enfants.

Schéma 2 : Transmission de la bilharziose



Source : OLDS, DASARATHY (2001).



Photographie 26 : Le bulinus

Hôte intermédiaire pour *S. Haematobium*, c'est un mollusque gastéropode pulmoné, sa coquille est globuleuse à ouverture sénestre. Il supporte des températures élevées et résiste à la dessiccation. Il peut survivre en anhydrobiose sur des grandes distances et peut être transporté inopinément dans des boues séchées ou les sabots des zébus, par exemple à Madagascar. L'homme est le seul réservoir de ce parasite.

b) Hôtes intermédiaires : des caractères bio-écologiques tranchés

Les hôtes intermédiaires sont des mollusques gastéropodes aquatiques, hermaphrodites et ovipares. Ils vivent dans une eau douce peu profonde, immobile ou avec un courant léger, dont la température est au moins de 25°C. Au-dessous de ce degré, la phase de multiplication asexuée est inhibée. La végétation aquatique leur sert de support et de nourriture. Il n'y a pas de risque de bilharziose dans les régions littorales marines ou dans les lagunes, où l'eau est saumâtre. On peut donc affirmer qu'il n'y a pas de mollusque dans les espaces aquatiques dépourvus de végétation, donc pas de risque bilharzien : c'est un élément fondamental qui permettra de catégoriser les zones à risque de bilharziose.

Le planorbe (*Biomphalaria*) est un mollusque gastéropode pulmoné avec une coquille discoïde à spirale plane. C'est l'hôte intermédiaire de *Schistosoma mansoni*. Plus fragile que le bulin, il ne résiste pas aux fortes chaleurs et colonise les mares permanentes. Il vit dans un milieu chargé de végétation aquatique dense, prioritairement en zone humide et dans les forêts. Plusieurs espèces de mammifères (primates, bovins, rongeurs) peuvent jouer le rôle d'hôte occasionnel mais l'homme est le réservoir principal.

c) Un cycle de développement du parasite en deux phases

La maturation de l'oeuf a lieu dans l'eau douce. La pression osmotique est responsable de l'éclosion, ce qui permet la libération de nombreux miracidium (micro-organismes ciliés de 100 µm), qui nagent à la rencontre des mollusques. Leur survie maximale dans l'eau est de 18 heures. Une **phase asexuée** se passe chez le mollusque. Elle dure de 3 semaines à 2 mois, après la pénétration du miracidium. On observe alors différents stades évolutifs. Les cercaires apparaissent par un mécanisme de polyembryonie. L'élément suivant est le furcocercaire. Les furcocercaires (micro-organismes de 500 µm) représentent la forme infestante de l'hôte définitif. Ils quittent le mollusque aux heures chaudes de la journée (le facteur ensoleillement permet d'élever la température de l'eau) et nagent à la surface de l'eau. Un mollusque peut rejeter jusqu'à 15 000 furcocercaires par jour. Ils sont attirés vers l'hôte définitif par chimiotactisme, lié aux sécrétions cutanées. Ils survivent au maximum 48 h. La **phase sexuée** se déroule chez l'hôte définitif. La pénétration de la larve est active, sous l'action combinée de la mobilité du furcocercaire et des sécrétions de ses glandes. Elle se fait en quelques minutes. Après perte de la queue, la larve devient un schistosomule. La maturation se fait dans le plexus veineux porte (foie), puis l'accouplement s'effectue selon le cas dans le plexus veineux vésical (de la vessie) ou dans le plexus veineux intestinal. La femelle fécondée pond des milliers d'œufs (de 500 à 3000 par jour) dans les veinules des organes concernés. La sortie se fait par voie capillaire ; ils traversent ainsi la paroi des organes creux grâce à des moyens mécaniques et biochimiques. Durant cette phase, de nombreux œufs restent bloqués, se retrouvant exposés aux réactions de défense de l'hôte. C'est ce phénomène de **migration inachevée** qui rend compte de la **bilharziose maladie**.

d) L'infestation est un processus simple : synthèse explicative

Mais comment l'homme va-t-il contaminer l'eau douce ? L'homme malade est porteur du parasite adulte, qui après accouplement, va produire des œufs. Ceux-ci sont éliminés par voie urinaire (ils sont dans les urines) ou par voie digestive (ils se retrouvent dans les matières fécales). C'est bien après une miction ou une défécation aquatique que les œufs du parasite se retrouvent dans l'eau. Les œufs ainsi éliminés vont suivre leur croissance dans l'hôte intermédiaire, c'est-à-dire le mollusque spécifique à chaque forme de la maladie. L'œuf devient une larve, que le gastéropode rejette dans l'eau. Celle-ci est contaminante pour l'homme. Elle pénètre le corps humain par voie transcutanée. La contamination ne se fait donc pas par l'ingestion d'eau souillée, comme pour d'autres maladies, liées au péril fécal. La larve poursuit son chemin et sa maturation dans

l'organisme humain, ainsi la boucle est bouclée. Ce processus d'infestation et de ré-infestation est finalement assez simple.

e) Modes épidémiologiques : une maladie focale

Cette maladie évolue sur le territoire sous la forme d'une endémie. Si elle semble figée dans l'espace, autour de points d'eau, elle a la capacité de diffuser sous l'influence de l'homme ou du bétail. Elle se démarque des autres maladies endémiques. H. Picheral (2001) parle d'une « *grande stabilité* ». Ainsi l'homme infecté peut aller contaminer des espaces jusque là indemnes, mais le bétail est également susceptible de transporter dans ses sabots des mollusques, qui vont pouvoir coloniser des lieux alors vierges. C'est ce que l'on observe à Madagascar (voir ANNEXE 6 pour la répartition des deux formes de la maladie).

Photographies 27 et 28 : Comportement des animaux domestiques



contamination de lieux jusque là indemnes). On distingue bien la végétation aquatique. C'est la source principale de nourriture des mollusques. Dans ces espaces, la bilharziose n'est pas loin.

Si les chèvres restent très prudentes au bord de la rivière (elles gardent soigneusement leurs pattes hors de l'eau), il n'en va pas de même des zébus, qui n'hésitent pas à mettre « les pieds dans le plat » (ils sont un vecteur du transport des mollusques entre plusieurs sites, permettant la



Les schistosomiasés sont focalisées autour de points d'eau contaminés, dans les aires de répartition de la maladie. La distribution géographique n'est donc pas homogène, mais se fait par foyers : innombrables, extrêmement variés en taille, mais souvent ponctuels (limités à un village ou un quartier) et rarement coalescents. Dans ces foyers, les schistosomiasés sévissent sur le mode endémique à un niveau stable. La contamination en zone d'endémie se fait dès le plus jeune âge : enfants et adolescents sont la part la plus active de réservoirs de « virus¹³¹ ». La longévité des parasites et la chronicité de l'affection gommement les possibles fluctuations de la transmission. C'est un aspect fondamental de la maladie.

¹³¹ La bilharziose est bien une maladie parasitaire. L'expression « virus » est un terme générique, utilisé par les scientifiques pour désigner les micro-organismes au sens large. Il s'agit d'un abus de langage.

Les causes favorables de l'existence et de la pérennité de l'endémie bilharzienne dans un lieu sont liées au cycle parasitaire et à la bio-écologie de l'hôte intermédiaire. Elles sont d'ordre géo-climatique et/ou socio-culturel. L'existence d'une collection d'eau douce hébergeant l'hôte intermédiaire est indispensable. Celle-ci doit avoir une température convenant au cycle parasitaire. Elle ne doit pas être excessivement turbide, un courant trop fort va entraîner mollusques et parasites. La contamination de l'eau est due à l'absence d'hygiène fécale et urinaire des populations. Les activités professionnelles (riziculture, pêche), ménagères (lessive) ou récréatives (jeux des enfants, baignades) sont des causes favorisant de l'infestation. D'autres causes favorisent l'extension de l'endémie. Elles peuvent être liées à la création de nouveaux points d'eau. Si les conditions sont favorables, ils seront très rapidement colonisés par des populations de mollusques. Il convient dans les régions tropicales de contrôler les eaux de surface, lors de travaux de mise en valeur de terres agricoles, construction de barrages ou de réseaux d'irrigation. Tout déplacement de population peut entraîner la création de nouveaux foyers dans des régions jusque là indemnes.

f) Aperçu clinique succinct

Sur le plan clinique, la **phase initiale** est la phase de pénétration transcutanée des furcocercaires. Elle se manifeste par une dermatite cercarienne, souvent discrète (prurit et réaction urticarienne transitoire, de quelques heures). La **phase d'invasion** correspond à la réaction de l'organisme mis en contact avec les substances antigéniques et toxiques des vers. On constatera une fièvre et des sueurs, des céphalées et des arthralgies, peu caractéristiques. A la **phase d'état**, l'expression clinique est différente pour les deux formes. La bilharziose urinaire se manifestera par des brûlures urinaires suivies d'une hématurie terminale, avec une sensation d'« urines chaudes ». Les séquelles tardives sont fréquentes et invalidantes : cystite chronique, rétention urinaire sur vessie calcifiée, dégénérescence cancéreuse. La bilharziose intestinale aiguë s'exprimera par une diarrhée, des selles fréquentes, franchement liquides, plus ou moins glaireuses. Elle est associée à des douleurs au niveau du rectum. L'état général est conservé. En absence de traitement, après quelques années, la maladie évolue vers une forme chronique. L'atteinte du foie évoque une cirrhose et s'accompagne d'hémorragies digestives, par rupture de varices oesophagiennes. Le foie est gros, ferme, lisse. Parallèlement, la rate augmente de volume, facteur d'une anémie sévère. Ces formes tardives mettent en jeu le pronostic vital.

Histoire d'une contamination

Un jour de mars 2013, nous étions occupés à « explorer » une rivière isolée, apparemment indemne de risque bilharzien, car éloignée d'un village et donc très peu fréquentée par la population. L'eau avait de plus un bel écoulement, avec des chutes et nous n'avions pas retrouvé de mollusque à proximité des berges. C'est un phénomène assez rare dans le district de Békily pour le signaler. Y a-t-il un tabou sur ce lieu ?

Photographie 29 : Saison des pluies à Békily

Pendant la saison des pluies, il ne pleut pas à longueur de journée, à Békily. Cette saison permet néanmoins de « recharger » les rivières. A 10 km du premier village vers le Nord, nous « découvrons » une rivière sans bilharziose...



Arrive alors un groupe de 20 personnes, dans une forme de procession. Ces gens se rendaient à pied dans un village voisin, pour participer à une cérémonie funéraire. Le groupe menait de surcroît une dizaine de chèvres et quelques zébus. La rivière (l'eau) attire l'homme comme un aimant. En moins de temps qu'il ne faut pour le dire, tout le groupe se retrouvait dans l'eau, les hommes d'un côté, les femmes de l'autre, pour une grande toilette corporelle. Les chèvres boivent, les bœufs se sustennent également, avec leurs « gros sabots ». Après trente minutes, le groupe repart.



Photographie 30 : Des chèvres stressées

Au moment du départ, les bœufs ont franchi le cours d'eau naturellement. Pour faire passer les chèvres, les bouviers ont dû livrer un véritable combat : elles étaient tétanisées, victimes d'une grande panique par rapport à l'élément liquide. Est-ce un instinct de survie ?

Nous poursuivons nos observations. Au bout de deux heures, un camion-taxi-brousse arrive. C'est incroyable, il ne passe qu'une fois par semaine... et c'est aujourd'hui ! Cela nous permet cependant des observations intéressantes. Tout le monde descend, car c'est la pause « pipi ». Qu'à cela ne tienne, en quelques minutes tout le monde est dans l'eau. Le voyage est long et inconfortable. Quel plaisir de pouvoir se rafraîchir ! Ici, ce sont

près de 60 personnes, les hommes d'un côté, les femmes de l'autre. Certains se lavent, d'autres se soulagent... Les passagers viennent de différents endroits, de la ville, de la campagne ? Combien de temps cette rivière restera-t-elle indemne de bilharziose ? En deux heures, nous avons compris comment un lieu « sain » avait pu se contaminer.

2. Etude de cas à Békily

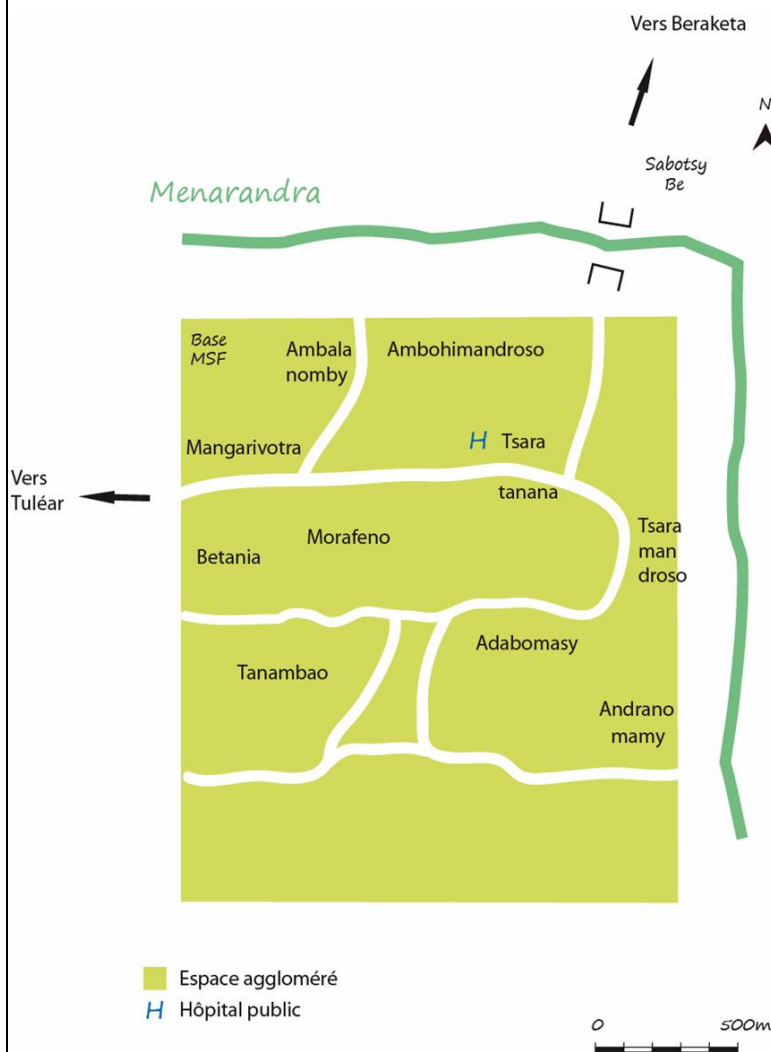
Carte 24 :
Les communes retenues pour la recherche



a) La bilharziose dans la ville de Békily : un mode de contamination très classique.

■ La ville de Békily

Carte 25 :
Centre-ville



La ville est découpée en 9 quartiers. Les quartiers centraux sont occupés par les commerçants et les fonctionnaires (pour la plupart nés hors de la région Androy) et les missions humanitaires (!). On y trouve les édifices religieux, catholique ou protestant ; il y a quelques bâtiments administratifs et des établissements scolaires, publics et privés. Un service public de distribution d'eau et d'électricité fonctionne relativement : les délestages électriques sont fréquents, alternativement selon les quartiers ; l'hôpital dispose d'un groupe électrogène pour pallier ces défauts. Il existe plusieurs puits – bornes fontaines, l'eau y est payante.

Conception et réalisation : P.Kannapel

Les quartiers périphériques ressemblent à des villages. La population est originaire de la région environnante, elle a conservé des activités agricoles, les relations à l'eau sont semblables à celles de la brousse. La population, très pauvre, n'a pas accès aux bornes fontaines pour des raisons financières. Les gens ont un contact quotidien avec la rivière (Menarandra) : eau de boisson, lessive, vaisselle, bain et terrain de jeu des enfants.

L'agglomération de Békily a une structure urbaine, découpée en quartiers. Ils sont séparés par des rues sableuses, fréquentées par des piétons (les seuls véhicules sont ceux des ONG). Nous rencontrons l'adjoint du maire, Mr Gaetan, ancien infirmier, particulièrement sensible à nos recherches, et à la bilharziose en particulier. Il connaît parfaitement cette affection, pour l'avoir observée régulièrement tout au long de sa carrière. Notre étude se passera dans les quartiers de Tsaramandroso, Ambohimandroso, Ambalanomby, Andranomamy. Ces quartiers sont tous situés à proximité de la rivière : 10 à 15 minutes de déplacement à pied.

Photographie 31 : Le marché de Békily

Le grand marché (*Sabotsy Be*), se tient chaque samedi, sur un site proche de la rivière Menarandra (voir carte 25, page 220). Marché aux zébus, c'est aussi un lieu de vente de produits alimentaires et maraîchers, verroteries, médicaments, tissus, tabac ... il est très coloré et animé.



Le marché joue un rôle social majeur dans la vie de la population du district. C'est un lieu de rencontre de toute la population de la ville et des habitants venus des villages voisins. Chacun revêt ses plus beaux vêtements. On observe chaque samedi une véritable « transhumance », gens et troupeaux de bœufs, et un nouveau risque par rapport à la bilharziose apparaît, des gens venus de lieux non contaminés peuvent se contaminer dans la rivière Menarandra, un foyer important de bilharziose urinaire, ou inversement s'ils sont malades, contaminer des lieux jusque là indemnes. C'est à notre avis une des raisons pour laquelle on peut rencontrer des malades dans des sites à priori non classés foyers de bilharziose.



Photographie 32 : La rivière Menarandra

En septembre, la rivière est à sec, il n'y a plus d'écoulement régulier. Le fond est sableux. Cependant il existe plusieurs bassins (mares permanentes), dans le lit de la rivière, tous contaminés par la forme urinaire de la bilharziose. L'eau est stagnante. Chaque quartier donne accès à deux bassins permanents principaux, très fréquentés. Le risque de

transmission de la bilharziose (contamination et re-contamination) y est très important.

En saison sèche, les facteurs de la transmission de la bilharziose sont tous réunis à Békily : présence des mollusques hôtes intermédiaires (photo 33), végétation abondante dans les mares - faible profondeur de l'eau : 10 à 20 cm - eau stagnante - température de 25 à 30°C aux heures les plus chaudes de la journée (12-16h) - mares fréquentées par des malades qui s'ignorent - population qui a l'habitude de fréquenter les bassins aux heures les plus chaudes.

Photographie 33 : Mollusque

Quand on cherche, on trouve. La population connaît bien ces petits mollusques. Le lien avec une maladie infectieuse est plus difficile à comprendre ou à faire comprendre.



Photographie 34 : Il faut creuser

Certaines personnes ont d'autres contacts avec l'eau : elles vont creuser des trous dans le sable. Le bain ou la lessive se pratiquent à l'extérieur du point d'eau, en utilisant des seaux ; le fond est argilo-sableux, sans végétation ni mollusque. L'eau est disponible à une profondeur de 50 cm environ. Il n'y a aucun risque de contamination dans ce cas de figure.

Pendant la saison des pluies, la rivière est soumise à un courant très fort. A ce moment, la population ne pénètre plus dans l'eau, lessive et ablutions se font sur les berges (questionnaires auprès de la population). Le risque de contamination paraît faible, d'autant que la population de mollusques se trouve aussi dispersée. La forme aiguë (hématurie) de la maladie est bien connue des gens des quartiers, ainsi que le traitement par Praziquantel. Par contre, on constate une méconnaissance totale des modes de contamination et des complications tardives et graves de la maladie : les gens ne font plus le lien avec les hématuries de l'enfance.

b) Les villages autour de Békily : des situations contrastées

 Tahimbanga : L'homme qui voit de la bilharziose partout

Nous partons à Tahimbanga (12 km au Sud de Békily – 1h 30 de route en 4x4) avec le Père Alonso, missionnaire catholique francophone, présent à Békily depuis plus de trente ans. Les malades de ce village vont habituellement consulter au CSB de la commune rurale voisine de Tsikolaky (voir carte 24, page 219). L'usage de plantes médicinales (*romba*, *nimo*, *trongatsy*) et les consultations chez l'*ombiasy* sont le premier recours. L'accueil est très chaleureux, notamment par le groupe des « anciens ». On observe une forte présence de population âgée. Très avenant, le Père nous présente comme le « *médecin qui vient voir des malades* » dans ce village. Il n'avait pas bien compris la mission géographique. A peine arrivé, il bat le rappel de malades.... Nous passons 2 heures à examiner des ventres, consulter enfants, femmes enceintes.... Ce sera la seule « entorse » à nos recherches, au cours des trois années sur le terrain. Mon Père, vous êtes pardonné, cela partait d'un bon sentiment. Deux enfants (des frères de 12 et 9 ans sont atteints d'ascite et d'organomégalie abdominale. Nous les reverrons quelques jours plus tard à l'hôpital de Békily, avec le médecin de l'accueil. Ils sont atteints d'une forme de bilharziose digestive à un stade très évolué. S'agissant de cas isolés à Tahimbanga, nous essayons de comprendre le mécanisme de cette contamination particulière. Réflexions, questionnement à la mère : nous finirons par remonter la chaîne ; ces enfants ont en fait vécu durant 3 ans avec leur père, à Isoalana (dans la région Ihorombe), commune à 50 km au Nord de la commune rurale de Beraketa, un foyer connu de bilharziose intestinale. Ils seront désormais suivis comme malades chroniques à l'hôpital de Békily. Les malades examinés par nos soins étaient atteints de parasitoses digestives en nombre. Mais il n'y avait pas de bilharziose urinaire. Nous passons enfin une heure dans la salle de classe, devant tout le village réuni par le brave Père Alonso, à faire un exposé sur la bilharziose. Ce ne fut pas inutile, car certains enfants vivent à Békily durant la semaine (pour leur scolarité) et sont donc potentiellement à risque de se contaminer. Les bergers peuvent également s'infecter lors des déplacements avec leurs troupeaux.


Photographie 35 : La mare de Tahimbanga

Le point d'eau du village (pour environ 150 habitants) est modeste. Il occupe le lit asséché de la rivière Tahimbanga. Celle-ci peut atteindre un mètre de profondeur, à la fin de la saison des pluies. Nous n'y avons pas retrouvé de mollusque.

Ankilibe est un petit village dont la population est originaire du « pays » Tanala. Il est situé à 10 km à l'Ouest de Békily et compte une centaine d'habitants, très dispersés dans la campagne. La rivière Sakavokony est un foyer de contamination pour la bilharziose urinaire. Beaucoup d'enfants sont atteints d'hématurie macroscopique. Ce sont probablement aussi les « agents » contamineurs. Le mécanisme est classique dans cette population d'agriculteurs. Un puits sert à la consommation d'eau quotidienne.

Photographie 36 : La Sakavokony

Les lessives et les bains se font dans une mare permanente, contaminée par la bilharziose urinaire. L'écoulement est faible, la nourriture abondante pour les mollusques. Les zébus utilisent la même eau pour se rafraîchir...



Bedona est un petit village Antandroy (environ 200 habitants) à l'Est de Békily. L'accueil des villageois est excessivement chaleureux.

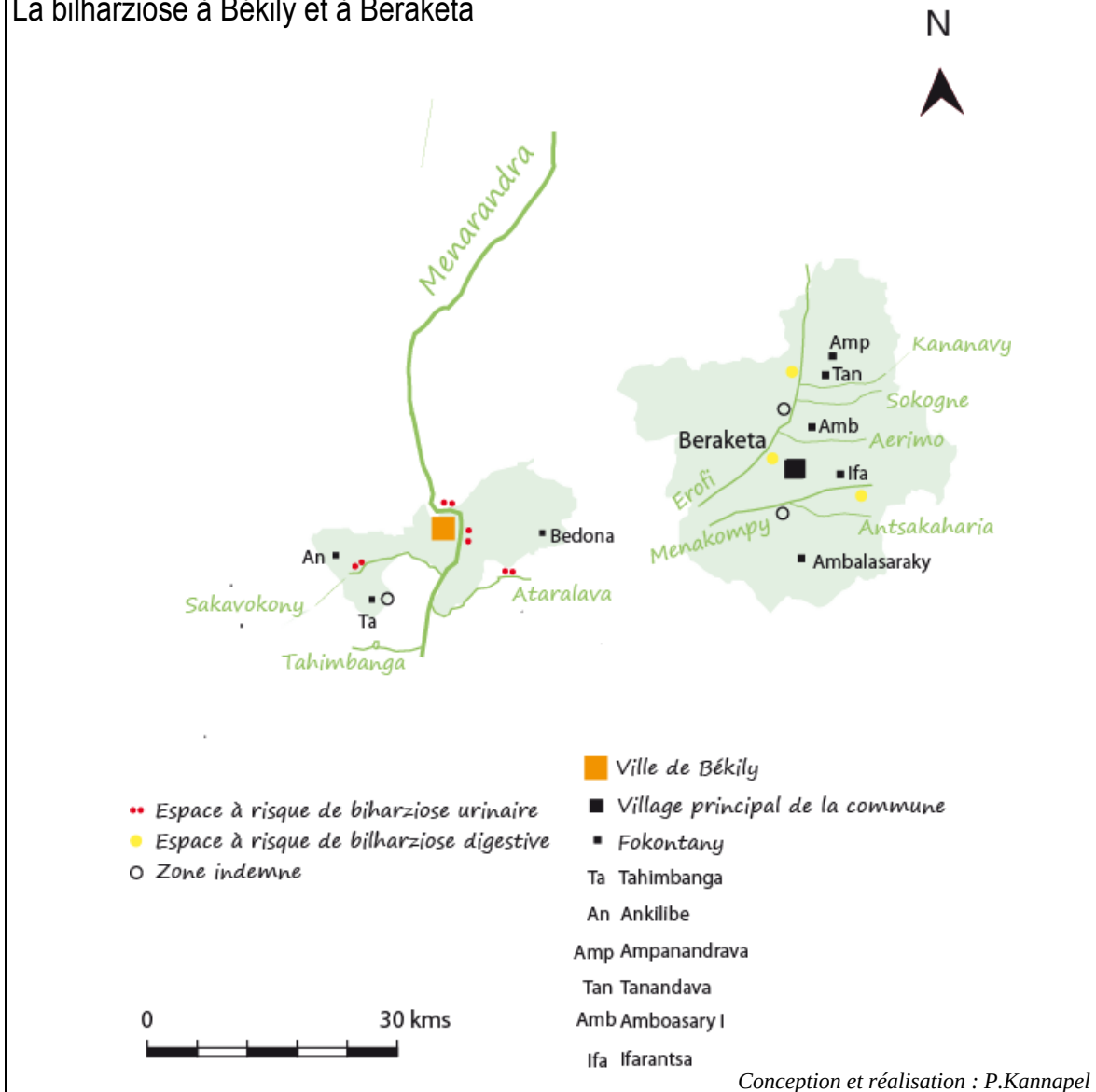


Photographie 37 : L'eau à Bedona

Le point d'eau du village est la rivière Ataralava, affluent du Menarandra, située à 20 minutes à pied du centre du village. Une mare permanente est le lieu de contamination pour la bilharziose urinaire. Même si tous les enfants rencontrés nous affirment ne jamais uriner dans l'eau (!), le doute est permis.

Nous profitons de notre passage pour faire une séance d'information auprès des villageois, insistant sur le fait de ne pas uriner dans l'eau. On va leur conseiller de préférer les bains en tout début de matinée ou en fin de journée, afin d'éviter les heures les plus chaudes où le risque de contamination est maximum. La population, très attentive, semble ne pas connaître cette affection. La bilharziose s'est probablement fixée assez récemment dans ce village, peut-être moins de 10 ans. Notre interprète a passé du temps à discuter avec les personnes les plus âgées, les mémoires sont hélas un peu défaillantes. Quand une personne est malade, on se rend prioritairement chez le praticien, ce n'est qu'en cas d'échec du traitement que l'on ira « éventuellement » à l'hôpital de Békily, cela n'est jamais spontané.

Carte 26 :
La bilharziose à Békily et à Beraketa



c) Dans la commune rurale de Beraketa, on change de monde et on change de maladie

Nous passons quatre jours dans la commune de Beraketa (55 km à l'Est de Békily). L'hébergement se fait chez le Père Garido (mission catholique), dans le fkt d' Ampasimazava, à 4 km au Sud de Beraketa centre et à proximité de la RN 13, qui n'est autre qu'une longue piste sableuse.

Le médecin responsable du CSB 2, Dr H., nous reçoit aimablement (E 6). Il nous affirme que dans cette commune rurale de nombreux cas de bilharziose intestinale sont en phase chronique avancée, atteints d'une hépato-splénomégalie, une ascite et des hémorragies digestives souvent fatales. Il estime entre 30 et 40 décès par an. Les malades dont la

famille possède quelques moyens, sont envoyés à l'hôpital régional d'Ambovombe, pour y subir une intervention chirurgicale (splénectomie). D'autres sont référés à Békily, grâce à MSF. Une part importante de la population tarde à consulter par manque d'argent. Dans les villages isolés, le premier référent est habituellement l'*ombiasy* (devin-guérisseur traditionnel), en cas de maladie, car les gens croient à un empoisonnement pour expliquer les symptômes de la bilharziose. « *Les malades les plus jeunes ont entre 8 et 10 ans, et ils ressemblent déjà à des vieillards, c'est impressionnant* » (E 6). Le praticien a observé des régressions de volume de la rate sous Praziquantel, médicament disponible mais souvent inaccessible pour des raisons financières. « *Un comprimé de Praziquantel coûte de 400 à 800 Ariary*¹³² » (E 6). Il exerce au CSB de Beraketa centre depuis 5 ans, aidé de 3 sages-femmes ; il peut aussi se déplacer à moto vers les *fkt* isolés, en cas d'urgence.

- Au centre du village de **Beraketa**

La rivière Erofy (à l'entrée nord de Beraketa – voir carte 26, page 225), fréquentée quotidiennement par la population, est le lieu actif de contamination pour la bilharziose : mare permanente, eau stagnante. Dans le lit de la rivière, on note la présence de mollusques. Elle est fréquentée par les hommes, les femmes, les enfants ... et les zébus. Nous menons plusieurs questionnaires auprès de la population du centre. Les comportements sont assez similaires : bains aux heures chaudes de la journée dans les lieux à risque. Le recours est prioritairement le CSB en cas de maladie. Rappelons que le médecin est disponible et volontaire.

La rivière Menakompy, à 4 km au Sud, n'est pas contaminée : fond de rivière sableux et rocheux, écoulement fluide. Faible fréquentation : nous rencontrons quelques personnes venues à bicyclette pour faire leur toilette. Pour la majorité de la population, le facteur distance est une contrainte, elle préfère l'usage de la rivière Erofy.

- *Fkt* Ambalasaraky

Le village d'Ambalasaraky se localise à 15 km au Sud de Beraketa. Il est formé de plusieurs quartiers, occupés chacun par un clan (familial), sous l'autorité de l'homme le plus âgé de la famille. Ces quartiers sont cernés d'une épaisse haie de cactus (voir photo 38 sur la page suivante), et bien séparés les uns des autres. Nous comprenons rapidement que chaque clan est issu d'une ethnie différente. Une pompe à eau est disponible au milieu du village, à la disposition des familles. L'activité exclusive repose sur l'agriculture. Le chef du clan Antanala nous reçoit aimablement. Les habitants de son quartier ne connaissent pas la bilharziose. L'usage de plantes médicinales est une pratique courante en cas de maladie dans ce groupe : *vahombe*, *adabo*... souvent le seul recours face à la maladie. Nous n'avons hélas pas le temps d'approfondir ce savoir ancestral.

¹³² L'ariary (Ar) est la monnaie malgache. Un euro vaut en moyenne 3000 Ar.



Photographie 38 : Barrière naturelle

Les villages sont des enclos, ceints d'une épaisse clôture naturelle, faite d'arbustes épineux. Elle assure une protection à la population et aux troupeaux de bœufs. Toutes ces épines ont un effet dissuasif sur les voleurs.

L'accueil est un peu plus « froid » dans le clan Antandroy. On refuse de parler de malade ou de maladie : on craint des jalousies d'un clan à l'autre, il s'agit surtout d'une crainte de révélations sur la santé des uns et des autres. Nous pouvons aisément le comprendre.

Il n'y a pas de rivière à proximité de ce *fkt*. Les besoins en eau sont assurés par la pompe commune (eau gratuite). Si certaines personnes sont atteintes de bilharziose, la contamination a eu lieu ailleurs, notamment pour ceux qui conduisent les troupeaux. Nous ressentons une certaine réticence à nous parler, liée certainement au climat malsain qui sévit dans le secteur, après les exactions commises par les voleurs de zébus. Une malheureuse famille venait de se faire voler ses 2 zébus (leur seule richesse) la semaine précédente.

- *Fkt Ifarantsa*

Le village d'Ifarantsa est situé à 8 km à l'Est de Beraketa, à proximité de la rivière Menakompy. La population appartient à l'ethnie Antanosy. L'accueil est convivial (familial). La bilharziose est bien connue (formes digestives compliquées). Paradoxalement, la croyance populaire majoritaire indique que cette maladie fait suite à un empoisonnement. Le recours aux *ombiasy* reste la règle. Les anciens nous informent cependant que le nombre de malades a bien diminué depuis l'installation d'une pompe dans le village, il y a une vingtaine d'années. L'eau est gratuite. La rivière est un foyer de bilharziose digestive : une mare permanente où de nombreux mollusques ont pu être visualisés. La contamination se produit en saison sèche, car les gens continuent à fréquenter la rivière pour la toilette, la baignade des enfants, la lessive, qui sont des pratiques quotidiennes. Pour lutter contre cette maladie dans ce lieu, on pourrait utiliser des canards (ce sont des prédateurs pour les mollusques et ils sont nombreux dans le village), en début de saison sèche. Ceci pourrait être couplé à une éducation sanitaire : il faudrait inciter les gens à modifier l'horaire des baignades. Avant de quitter ce sympathique village, nous passons une heure à expliquer la bilharziose. Tous les habitants (200 personnes environ) sont réunis sous le manguier au centre du bourg. La population est à l'écoute et très attentive. Les messages transmis semblent compris et assimilés.

- *Fkt Amboasary I*

A 5 km au Nord de Beraketa, ce village est occupé par une seule famille : le chef du village et sa nombreuse descendance, soit 26 enfants et collatéraux. L'accueil est cordial, c'est une profonde fierté pour le patriarche de nous présenter sa grande famille. « *J'ai eu mes enfants avec deux femmes, mais l'une après l'autre* » nous glisse-t-il malicieusement. Il s'agit d'une population d'agriculteurs Antandroy. Le village possède une pompe et se trouve à proximité de la rivière Erofy. Les fonds sont sableux à ce niveau, il n'y a pas de mollusque, donc pas de bilharziose. En cas de maladie, les gens ont recours à l'*ombiasy* en première intention.

- *Fkt Ampanandrava – Fkt Antandava*

Ces 2 villages rapprochés se situent à 11 km et 12 km au Nord de Beraketa, dans une zone de moyenne montagne (700-800 m) ; la rivière Erofy s'écoule dans la vallée en contrebas des villages (30 minutes à pied, en moyenne). La population est originaire du « pays » Androy et n'a pas recours à l'*ombiasy*. Le chef de *fkt*, Mr Gilbert, un très sympathique agriculteur, nous sert de guide. Il parle sans tabou.

■ Les mines de mica

Les secteurs primaire et secondaire sont présents dans ce lieu. En effet, le mica est un pourvoyeur d'emplois pour une part importante de la population : on peut l'extraire dans quatre mines, creusées à flanc de colline.



Photographie 39 : Mica

Des mines ont été creusées dans les collines, à la fin des années 1930, pour une extraction de mica. Le minerai est présent en abondance dans cette région. De profondes excavations déchirent les flancs des collines, procurant aux hommes des villages voisins des emplois de mineur de fond.

Une usine de traitement est aménagée dans le village d'Antandava depuis 1938 ; le travail est physiquement harassant, pour les hommes, mineurs de fond, pour les ouvrières : des femmes jeunes et d'autres très âgées, et enfin pour les enfants (ce sont des filles exclusivement – les garçons s'occupent des animaux) ; elles travaillent dans la rue à même le sol.

Photographies 40 et 41 : Le travail des femmes

Les journées sont longues pour ces ouvrières du mica. La poussière et le bruit sont permanents, ce minéral est heureusement dépourvu de toxicité.

**Photographies 42 et 43 : Le travail des enfants**

Les petites filles ne sont pas employées par l'usine. Elles creusent à même le sol afin de « récolter » le précieux minéral, pour un mince profit financier. Le village est construit sur un filon, les rues débordent de mica.



La rivière Erofy est un foyer de bilharziose digestive. Nous observons sur deux sites des mares temporaires riches en mollusques, fréquentées par les enfants et les bergers, meneurs de troupeaux (zébus et chèvres), qui utilisent les mêmes points d'eau. Ce sont les personnes les plus vulnérables, qu'il conviendrait de mieux informer. Dans ces villages « miniers », un élément est positif par rapport au risque de bilharziose. En effet, les hommes passent la journée à la mine, les femmes sont à l'usine, les enfants grattent le sol à longueur de temps : il s'avère que peu d'entre eux fréquentent la rivière aux heures les plus chaudes de la journée, excepté le dimanche, jour de repos pour tout ce petit monde. Seuls les bergers sont à risque de contamination active.

Photographie 44 : Le lit de la rivière Erofy, en face du village d'Ampanandrava

Pendant la saison des pluies, le niveau de la rivière est haut (2 à 3 mètres) et le courant puissant: il n'y a plus de risque de contamination à cette période : les gens ne pénètrent plus dans la rivière, les ablutions se font sur les berges, en utilisant des seaux.



Photographie 45 : Exonération

Nous assistons en direct à la défécation d'un zébu – dans l'eau de la rivière ! Rappelons que les zébus sont des hôtes définitifs potentiels de la forme intestinale de la bilharziose. Ils sont susceptibles d'évacuer des œufs du parasite dans leurs selles, comme les hommes.

d) Au Nord Ouest de Békily, les formes urinaires sont la règle

- Commune rurale d'**Ambatosola**

Ambatosola, village principal de la commune, est formé par deux quartiers séparés – culturellement – mais proches géographiquement. L'accueil est globalement cordial : nous sommes reçus par le 2^e adjoint du maire. La population de la commune rurale est de 10 403 h (chiffres de 2008) ; elle comptait 5785 h en 2003. Dans le CSB 2, il n'y a pas de médecin. Une sage-femme dirige le centre de santé, elle assure aussi des soins infirmiers. Elle est absente de la commune depuis 2 semaines, le jour de notre passage. Des forages ont été effectués sur la commune, mais il n'y a pas encore de pompe.

Dans le quartier n°1, on nous signale des cas d'hématurie chez les enfants, qui semblent résister au Praziquantel, d'après une mère de famille dont les 4 enfants sont touchés. Cette femme est par ailleurs la marchande de médicaments dans la commune. Elle connaît bien la maladie. Il s'agit probablement de cas de recontamination rapide. Surprise, dans le quartier n°2, le chef du village qui nous accueille, ignore totalement cette maladie. Sa famille vit ici depuis plusieurs générations. Il nous guide vers la rivière Andranolava, fréquentée indistinctement par les habitants des 2 quartiers, à 15 minutes à pied du

village. Des puits y sont creusés à 3-4 m de profondeur (sans risque de bilharziose) dans le lit de la rivière (photo 46).

Photographie 46 : Andranolava, une rivière à sec

En fin de saison sèche, il n'y a plus d'eau en surface, mais il existe des nappes souterraines. Dans ce village, les habitants ont creusé des trous dans le lit de la rivière, où de l'eau (de quelle qualité ?) est disponible toute l'année.



Guidés par le chef du village, nous observons finalement une mare permanente : c'est un lieu de délices pour les porcs et la volaille du village, mais elle est taboue (interdite) pour les humains. Seules quelques femmes ont le « droit » d'y pratiquer une pêche artisanale. Elles se servent d'une moustiquaire, qui tient lieu de filet, la hauteur d'eau est de 90 cm – 1 m. Il n'y a pas de mollusque, le fond est boueux. En saison des pluies, les eaux montent et les gens se baignent, font les lessives sur les rives. En conclusion, existe-t-il un lieu de contamination distinct pour les habitants du quartier n°1 ? Nous restons sceptiques et perplexes, et classerons cette zone en espace « douteux » par rapport au risque bilharzien.

Sur la route, nous faisons escale dans le petit hameau de **Tanambao-Tsiramany**, exempt de bilharziose.

- Commune rurale d'**Ankaranabo-Nord**

L'habitat est dispersé dans cette localité, située à 5 km au Nord de Békily. Un quartier central borde la route (piste). Une EPP (école primaire publique) compte 6 instituteurs. Cette commune dispose d'un CSB 2, de 6 cabines de latrines propres et de 2 urinoirs propres (photo 47), mais non utilisés. Un médecin (Dr Fila) vient y consulter une fois par semaine, elle passe le reste de son temps au CSB de Békily.



Photographie 47 : Des latrines trop propres

Aucun villageois ne fréquente ces latrines. Est-ce une question de tabou ? Une femme nous dit qu'elles sont réservées au médecin, qui vient une fois par semaine. Elles ont été construites dans le cadre d'un programme de coopération chinoise il y a quelques années.

Le foyer de bilharziose urinaire se trouve sur la rivière Ambatobe, au Sud du village. La population fréquente la rivière quotidiennement pour la lessive et la toilette. Les malades atteints de formes aiguës consultent régulièrement au CSB et reçoivent du Praziquantel rapidement.

Photographie 48 : Pompe

Une pompe, située au milieu du village, dispense de l'eau pour la boisson et la préparation des repas. Chaque famille paie un forfait mensuel pour la maintenance de cette pompe collective. Le système est bien organisé, tout le monde y trouve son compte.



- Dans la commune rurale d'**Ambahita**

Le village principal de la commune se situe à 30 km au Nord de Békily.



Photographie 49 : Rue principale du village endormi et très isolé d'Ambahita

L'habitat, précaire, est concentré de part et d'autre de la route (piste) principale. La rue est silencieuse, aucun bruit de moteur. Les habitants sont dans les champs ou à la rivière en ce début d'après-midi.

De petites échoppes côtoient les rares bâtiments « en dur » du village : édifices religieux, écoles primaires, ainsi que le CSB 2. Celui-ci occupe une place centrale, dirigé par un médecin (Dr Berson), assisté d'une sage-femme, Mme Agathe. Il est fermé lors de nos 2 passages. Il existe 4 pompes bornes-fontaines, dont 3 sont en service actuellement. La population est très mixée, Antandroy, Antanosy, Bara, Antaisaka. Nous rencontrons deux instituteurs, salariés de l'Unicef. Ils seront nos guides vers les lieux de la bilharziose, des mares temporaires dans le lit de la rivière Antaravahiny, à 30 - 40 minutes à pied selon le site, à l'Est du village. Une action d'éducation sanitaire pourrait être réalisée ici, grâce à la participation des instituteurs. Ils sont 7 dans le village d'Ambahita, avec un bon niveau d'instruction. Une distribution massive de Praziquantel, l'an dernier, n'a pas empêché une recontamination massive et diffuse de la population.

Photographie 50 : Bilharziose dans la rivière Antaravahiny

La contamination est classique, vécue en direct, par des baignades aux heures chaudes de la journée, les enfants sont particulièrement exposés ; les hommes occupés par le travail dans les champs et les femmes qui font leur lessive sur la rive, et se baignent à des heures différentes, ont moins de risque de contamination.

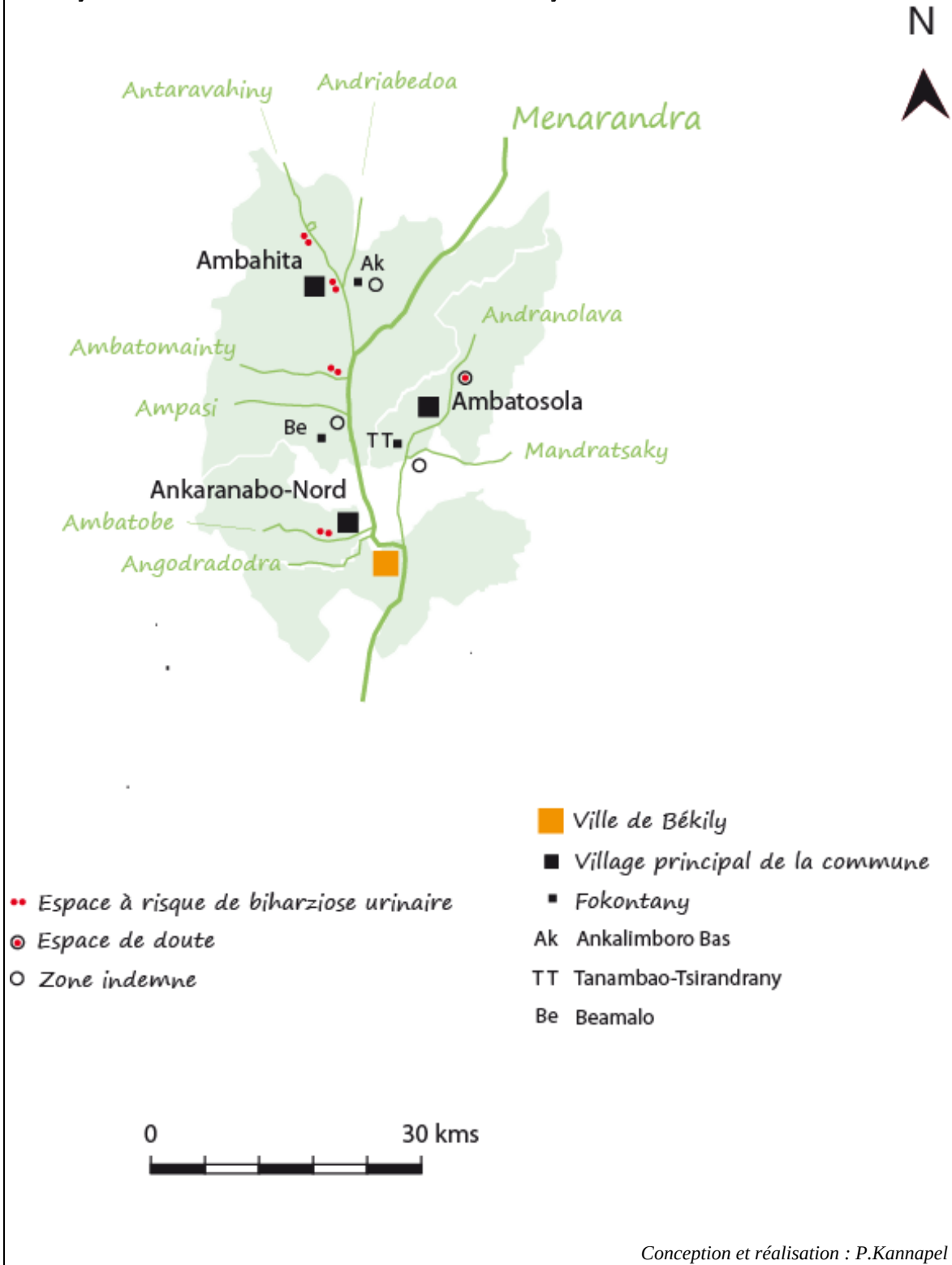


Photographie 51 : Attention les enfants

Un second site dans la rivière rencontre les mêmes problèmes. Pendant que les mères font la lessive, les enfants jouent dans l'eau, inconscients du danger, avant de retourner à l'école pour l'après-midi.

- Le fkt **Beamalo** est un petit village au sud d'Ambahita, qui dispose d'une pompe collective : les familles paient une somme mensuelle pour l'entretien et les réparations. Un CSB (consultations médicales) est ouvert 2 fois par semaine. On observe une forte prévalence de bilharziose urinaire (questionnaire et enquête IPM 2011). La rivière la plus proche (Ampasi) est complètement à sec. Le foyer de contamination se situe dans la rivière Ambatomainty, un peu plus au Nord : c'est une mare temporaire contaminée. Nous observons dans ce village un très mauvais état dentaire parmi la population, concernant les adultes et les enfants. La cause probable est la consommation abusive de canne à sucre.
- Le fkt **Ankalimboro Bas** est occupé par des clans originaires du « pays » Bara. L'accueil est excessivement chaleureux et la population en bonne santé apparente. On ne connaît pas la bilharziose. On nous signale de nombreuses personnes ayant un « gros ventre » dans ce village. Après examen clinique de plusieurs personnes considérées telles, on constate que ce ne sont que des infestations par des vers intestinaux. Aucune hépato-splénomégalie ni ascite ne sont retrouvés. Les gens ont une bonne connaissance de la pharmacopée traditionnelle : *ievoha*, *seva*, *resely*, que nous ne pouvons pas approfondir. On ne fréquente pas d'*ombiasy* dans ce village.

Carte 27 :
Les foyers de bilharziose au Nord-Ouest de Békily



e) Au Sud de Békily

- Commune rurale de **Menakompy**

Nous commençons nos recherches par un entretien avec le Dr L. (E 5), médecin responsable du CSB 2. Ce jeune médecin, recruté par l'Etat malgache, exerce depuis 2 ans à Menakompy. Il travaille avec un infirmier et 2 agents communautaires. Outre une activité dense et variée, il nous signale de très nombreux cas de bilharziose urinaire dans sa commune (il tient correctement son registre de consultations). Il constate le problème d'accès monétaire au médecin d'une part et au Praziquantel d'autre part. Ainsi, selon lui, de nombreuses personnes ne consultent pas et attendent la phase terminale, régulièrement fatale, pour appeler le médecin. Le chef du village, Mr Fanjaria'E, tente de nous expliquer la géographie physique de sa commune. Le centre (600 habitants à peu près), est découpé en 6 quartiers isolés, de part et d'autre de la rivière. Les *fkt* ont parfois le même nom qu'un quartier central. Il n'y a aucun accès pour un véhicule : tout se fait à pied dans cette géographie impossible. Au bord de la rivière Menakompy, un affluent de la Menarandra, l'accès à une population effarouchée est compliqué : des rumeurs circulent à propos de « blancs venus couper la tête des enfants pour leur arracher le cœur ». Notre étudiant-interprète va quand même pousser le questionnaire.



Photographie 52 : Une rivière saine

Nous repérons un lieu sain, sous le pont routier. L'eau s'écoule sur un fond mi-sableux, mi-rocheux, sans aucun mollusque. Mais il y a un peu plus loin deux mares temporaires, très fréquentées (usages habituels de lessive et de bain pour les femmes, de bain pour les enfants). Ces lieux sont potentiellement des foyers de contamination : fond de

rivière végétalisé, profondeur de 10 à 20 cm, eau stagnante, mollusques. Le risque est présent en saison sèche, dans les mares permanentes. Les habitudes ont la vie dure : seuls quelques hommes isolés se baignent dans le lieu sain de la rivière...

Le médecin (E 5) nous informe de nombreux cas de bilharziose, dans le *fkt* d'**Ankazobe**, au Nord-Est de Menakompy centre. Il faut s'y rendre à pied, le long de pistes pierreuses, l'aller-retour prendra plus de 3 heures. Ce petit village nous apparaît très hostile (photos 53 et 54). Les questionnaires sont assurés par notre interprète, la population est très farouche, personne n'ouvre sa porte, les gens ont peur. On relève un fort déni de maladie. Le foyer de bilharziose se situe sur la rivière Kovy, affluent de la rivière Menakompy. Un petit barrage est construit aux fins d'irrigation, l'eau stagnante est contaminée.

Photographies 53 et 54 : Le village d'Ankazobe

Tout est calme, les habitants sont calfeutrés dans leurs habitations, effrayés par notre présence. Notre vaillant interprète ne sera jamais « invité » à entrer dans une maison et le questionnaire se fera à distance respectable. Les réponses seront évasives.



Au total, ce fut une journée très singulière à Menakompy.

- Commune rurale de **Bekitro**

Nous profitons d'une rencontre cordiale avec le maire de la commune, Mr Gilbert. Il se montre curieux de notre travail ; sa commune dispose d'un CSB 2 (consultations quotidiennes) et de 3 dépôts de médicaments. Rencontre brève avec le Dr Haja, médecin responsable du CSB. Accueil réservé de prime abord. Finalement, le contact peut être établi et son constat est simple : « *Bekitro est un cas typique de l'échec du traitement de masse par Praziquantel. Car cette mesure ne fut pas accompagnée de traitement en amont, et la réinfestation a été rapide* ». La commune est un foyer de contamination pour la bilharziose urinaire. Nous avons pu le constater dans la rivière en direct. Nous nous y rendons vers midi, plusieurs groupes d'enfants s'ébattent dans 2 petits bassins d'eau stagnante, dans le fond asséché de la rivière Menambahy.

Photographies 55 et 56 : Il suffit de se baisser pour ramasser les coquillages



A notre question (« y a-t-il des coquillages dans la rivière ? »), les enfants se précipitent sur les berges, fiers de nous montrer l'abondance des mollusques, dans un lieu très fréquenté. Cerise sur le gâteau, huit jeunes garçons s'alignent spontanément pour uriner devant nos yeux. Bilan : huit cas d'hématurie terminale. Ils

connaissent la maladie, mais ne sont pas vraiment conscients des risques sur le long terme. Ils en rigolent même ...

Nous avons des préconisations à formuler pour ce village : il conviendrait de cibler avant tout la population d'enfants. Une éducation sanitaire préalable, ou conjointe à une distribution massive de Praziquantel aux enfants en fin de la saison des pluies, entraînerait une diminution nette du nombre de « contaminateurs », au moment où les bassins sont en constitution. La chaîne serait momentanément rompue. Il conviendrait d'évaluer les cas d'hématuries macroscopiques après 3 mois. Comment envisager une participation du Dr Haja ? L'utilisation de molluscicides pourrait être proposée dans un second temps, en cas d'échec des premières mesures.

- Dans la commune rurale de **Belindo-Mahasoa**

Sur le chemin du Sud, en direction de Bélindo, nous faisons une courte escale et une brève enquête dans le petit village d'**Ampanamperandrotsy**, *fkt* de la commune rurale de Belindo. La population, ignorante de la bilharziose, se livre facilement à nos questions. Une pompe fonctionne dans le village. La rivière proche du village est à sec. Nous y reviendrons un autre jour, pour partager la vie quotidienne de ses habitants (chapitre 10).

Dans le village principal de la commune, nous rencontrons Mr Augustin, agriculteur et chef du village. Il nous reçoit à son domicile. Sa fille, institutrice dans la commune, joue le rôle d'interprète. Ce sont les vacances scolaires, si bien que nous pouvons rencontrer facilement le personnel enseignant, et les enfants sur le bord des rivières. Mr Augustin souhaiterait pouvoir participer à un plan de lutte anti-bilharzienne. « *Le village a pu bénéficier l'an dernier d'une distribution massive de Praziquantel, au début de la saison des pluies, mais apparemment cela n'est pas suffisant* » nous dira Mr Augustin qui s'en souvient très bien. Il nous informe de l'extrême pauvreté de la population, « *tout est trop cher, pour consulter le médecin, pour acheter les médicaments, pour se rendre à l'hôpital...* » (E 1). Le village est équipé de 3 pompes, mais en défaut de fonctionnement actuel (panne de boudruche !). La population n'a pas les moyens de payer les réparations. Un CSB fonctionne avec le Dr Sosthène et une sage-femme. Nous n'avons pas l'occasion de les voir. Les gens du village sont agriculteurs à 100% et appartiennent à l'ethnie Antandroy. Ils n'ont pas l'usage de plantes médicinales ni de recours à l'*ombiasy*. Mercredi est le jour du grand marché hebdomadaire.



Photographie 57 : Les latrines de Bélindo

Des latrines « propres », cernées d'une haie de cactus, jouxtent le centre médical du village. Personne dans ce bourg n'a pris l'initiative de la gestion des latrines. « *Ce n'est pas dans notre culture, ce n'est pas non plus pratique. L'entretien nécessite des frais, nous n'avons pas les moyens financiers de les entretenir* » (E 1).

Nous faisons ensuite une rencontre inopinée avec le Dr Georges, médecin retraité, natif de Belindo. Il a effectué une longue carrière médicale, comme chirurgien viscéral, dans le service public malgache. D'Ambovombe à Majunga, en passant par Soalala et Tamatave, il cessera son exercice professionnel dans la capitale. Il passe son temps de retraite entre Tananarive et Bélindo. Cet entretien est fort instructif, à propos de l'évolution du système de soins sur le territoire malgache au cours des quarante dernières années. Selon ses propos, « *la bilharziose est présente dans le Sud malgache depuis de longues années* » (E 7). Ses compétences chirurgicales nous font l'interroger sur les interventions de splénectomie, pour les malades chroniques de la bilharziose. Il nous assure avoir pratiqué ce type d'opération 2 à 3 fois par mois au cours des dix années passées à Ambovombe, dans les années 1980, sans noter de complication majeure ; ceci nous renforce dans l'idée de proposer des « missions chirurgicales » à des ONG compétentes et volontaires, pour prendre en charge les malades atteints de splénomégalie dans la région de Beraketa. Ils sont en danger permanent de rupture. Le chirurgien le plus proche de Békily (dans le village de Fotadrevo), ne pratique malheureusement pas ces opérations (E 8).

Photographie 58 : La rivière Manambahy

Le village de Bélindo est un foyer reconnu de bilharziose urinaire. La contamination se fait dans la rivière Manambahy, de façon classique et permanente. L'eau de la rivière sert à toute la population et pour tous les usages : boissons, bains, lessives, pour les hommes, femmes et enfants... et les mollusques se ramassent à la pelle. La rivière n'est pas contaminée partout :



seuls les lieux de grande fréquentation sont touchés. Mais la population a l'habitude de se regrouper pour les activités liées à l'eau.

■ Pratiques de l'eau dans le village de Soarano

Photographies 59, 60, 61 et 62 : Des pratiques originales



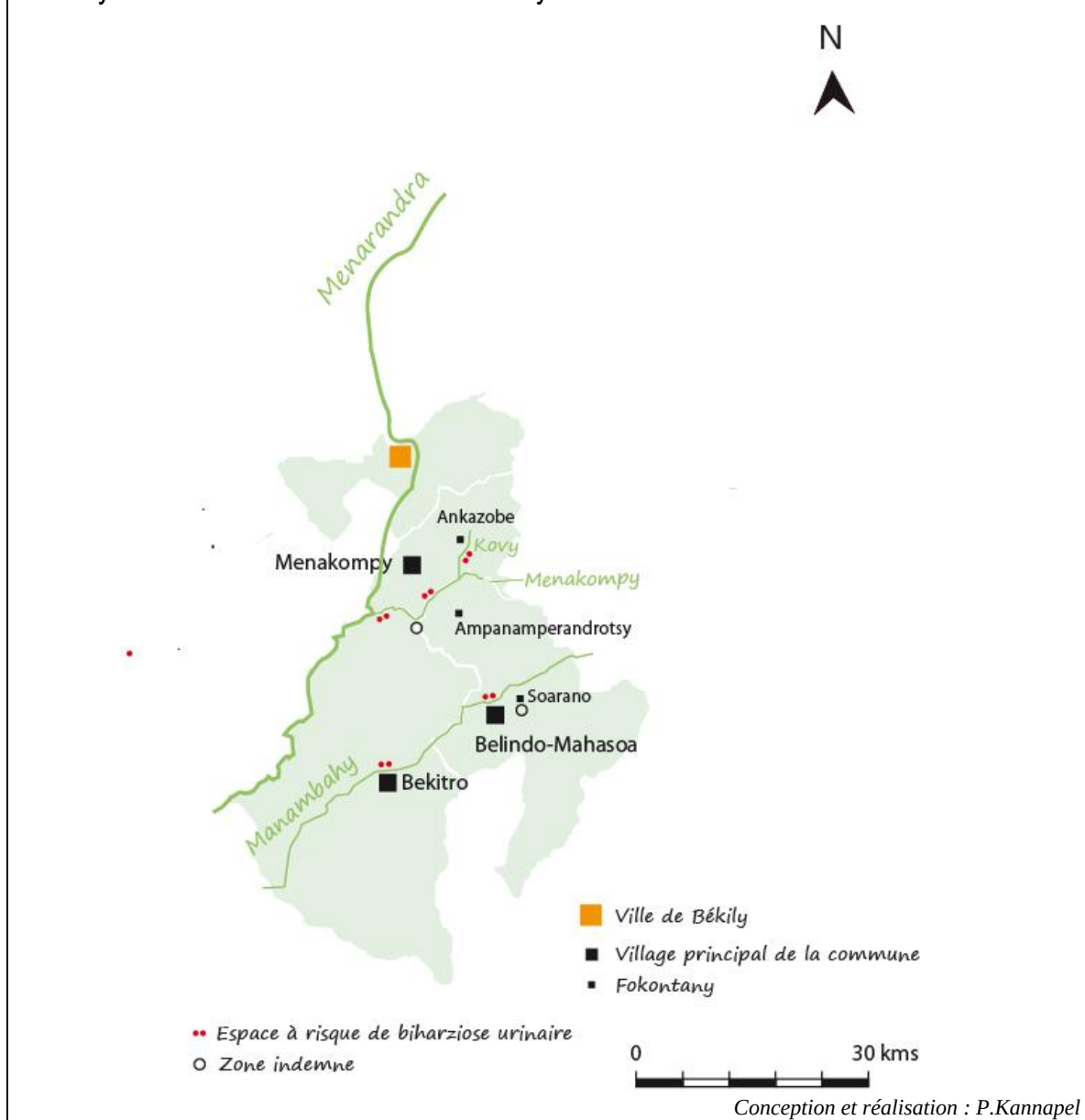
Troisième territoire étudié dans la commune de Bélindo : le petit village de **Soarano**, à 5 km au Nord-Est de Bélindo centre. Surprise, le comportement des habitants, de l'ethnie Tanala, est très différent des précédents. La rivière, au niveau de leur village, est complètement à sec. Mais en creusant sur un mètre de profondeur, de l'eau sourd, un mini-puits apparaît... L'eau servira aux usages domestiques, mais aussi à abreuver le troupeau. Les bergères (eh oui, ce sont les femmes qui mènent les troupes ici !) se servent d'une auge artisanale, les bœufs passent à tour de rôle : belle organisation !



Le trou sera par la suite ceint d'épineux, afin de le préserver des contacts directs avec les animaux, zébus, cochons, volaille, et le garder au propre pour l'eau de boisson.

Inutile de préciser qu'il n'y a pas de bilharziose dans cet espace : CQFD

Carte 28 :
Les foyers de bilharziose au Sud de Békily



Conclusion : des pistes pour un programme

Un plan de lutte contre la bilharziose, dans le district de Békily, ne peut se concevoir que de façon locale : un lieu, un traitement adapté à chaque situation. La maladie étant complexe et multiforme (urinaire – l’homme étant le seul hôte définitif, ou digestive – d’autres mammifères ou rongeurs peuvent intervenir dans la transmission), avec des phases aiguës et chroniques), des actions spécifiques pourront être proposées à différents niveaux, plus ou moins combinées, en fonction du lieu.

- Education sanitaire

Action ciblée auprès des agents communautaires (ce sont des bénévoles, sans formation sanitaire), et des instituteurs (souvent la seule personne instruite dans les villages les plus isolés – la plupart reçoivent leur salaire de l'Unicef). Ces personnes sont natives des lieux et y résident. Elles nous paraissent les intermédiaires privilégiés. Expliquer l'importance de changer les heures des bains dans la rivière, inculquer, surtout aux enfants de ne pas uriner ou déféquer dans l'eau – les enfants sont apparemment les principales sources de contamination des plans d'eau. Il convient de ne pas négliger les formes aiguës (une hématurie paraît normale chez un enfant, surtout quand il en est de même chez ses copains), et la méconnaissance des formes chroniques de la maladie en de nombreux lieux, même si elle est expliquée aux collégiens (une fois durant la scolarité, en classe de sixième...) cela ne semble pas efficace car un certain nombre d'enfants n'arrive jamais en sixième. Trop de personnes sont persuadées d'une intervention maléfique ou parlent d'empoisonnement, au vu de leurs symptômes, d'où le recours à l'*ombiasy*. Celui-ci est souvent le seul référent dans les villages isolés. Le temps imparti à la mission ne nous a pas permis de rencontrer ces hommes. Ils utiliseraient des potions à base de poudre de corne de zébu, associées à différentes mixtures végétales. Cette action de formation nous semble prioritaire et ne nécessite pas forcément de gros moyens.

- Coopération médicale

Travailler avec les quelques médecins des CSB, sachant qu'ils sont souvent isolés, avec une charge de travail déjà importante. Les motiver pour une tenue de registres spécifiques « bilharziose », précisant notamment l'origine géographique des malades, commune rurale, fokontany ou quartier. Envisager une façon de les indemniser.

- Latrines

L'usage de latrines communes est encore tabou, et au sein d'une même famille, cela paraît encore pire que « tabou ». Des latrines ont été installées dans presque tous les villages (coopération chinoise). Elles ont été livrées de façon brute, sans explication ni contact avec la population. Le questionnaire nous renseigne sur les pratiques de miction et de défécation, dans des champs spécialement réservés à ces actes, dans chaque village. C'est la coutume : un large espace à l'Ouest du village assure cette fonction. La population se sent protégée des risques du péril fécal ; ce comportement nous semble plutôt sain. Malgré tout, les parasitoses digestives demeurent légion. Le risque est majoré par le confinement des familles dans des habitations simples au sol de terre battue, toute la famille dormant à même le sol dans une seule pièce. Un équipement de latrines « écologiques » (sciure de bois) dans certaines communautés serait une piste à creuser.

- Traitement chimique (molluscicides)

Agir en début de saison sèche, par un traitement alternatif des bassins, par des agents molluscicides. Fermer temporairement un bassin sur deux, par arrêté municipal strict et information de la population, spécialement dans la ville de Békily. Participation des édiles ou chefs de *fkt*, qui détiennent l'autorité dans un village. Intervention des agents communautaires, préalablement formés en ce sens.

- Traitement chirurgical

Prise en charge des splénomégalies. Envisager des « missions ponctuelles » sur 2 ou 3 semaines, d'un chirurgien viscéral, pour des interventions « à la chaîne » sur les rates volumineuses. Il restera à déterminer le lieu où ces opérations pourraient se faire. Il conviendra d'assurer le suivi des splénectomisés par la participation des médecins des CSB. Des ONG à vocation sanitaire pourraient assurer cette mission.

- Traitement médicamenteux

La distribution massive de Praziquantel n'a pas fait la preuve de son efficacité : si l'on n'agit pas en amont, la recontamination massive peut se faire très rapidement, même avant la disparition de l'hématurie. L'accès monétaire au Praziquantel reste un problème. La vente de médicaments sur les marchés nous paraît dangereuse. Il reste le problème d'approvisionnement, il n'y a pas de Praziquantel en vente dans certaines communes quand ils ne sont pas tout simplement périmés. D'autre part, certains lieux sont épargnés. Par contre, dans les endroits où la bilharziose intestinale est très répandue, on pourrait envisager de distribuer du Praziquantel aux enfants d'âge scolaire à la fin de la saison des pluies (fréquence annuelle), avant que les mares permanentes ne se forment : ainsi la contamination serait moindre. A compléter avec d'autres mesures simultanées.

Photographie 63 : Canards

Les canards sont des prédateurs des mollusques. On pourrait les utiliser dès le début de la saison sèche, quand les mares permanentes sont en phase de constitution. La participation des chefs de *fkt* serait nécessaire. Cette solution ne peut être envisagée que ponctuellement, ou dans des zones test. L'élevage des canards est très répandu dans les villages du « pays » Androy.



Notre questionnaire interrogeait la population sur les pratiques traditionnelles (recours aux devins guérisseurs - *ombiasy*, usage de plantes médicinales), variables selon les ethnies. Un travail plus approfondi serait peut-être instructif. Notre recherche reste un « survol » de la situation de la bilharziose à l'échelle du district. La transmission se fait habituellement dans des mares permanentes en saison sèche. Elle est liée à des pratiques que l'on pourrait certainement faire évoluer. L'éducation au sens large a toute sa place dans ce cadre. Certains cours d'eau étaient vraiment très à sec, sans mollusque ni parasite...

Conclusion de la seconde partie

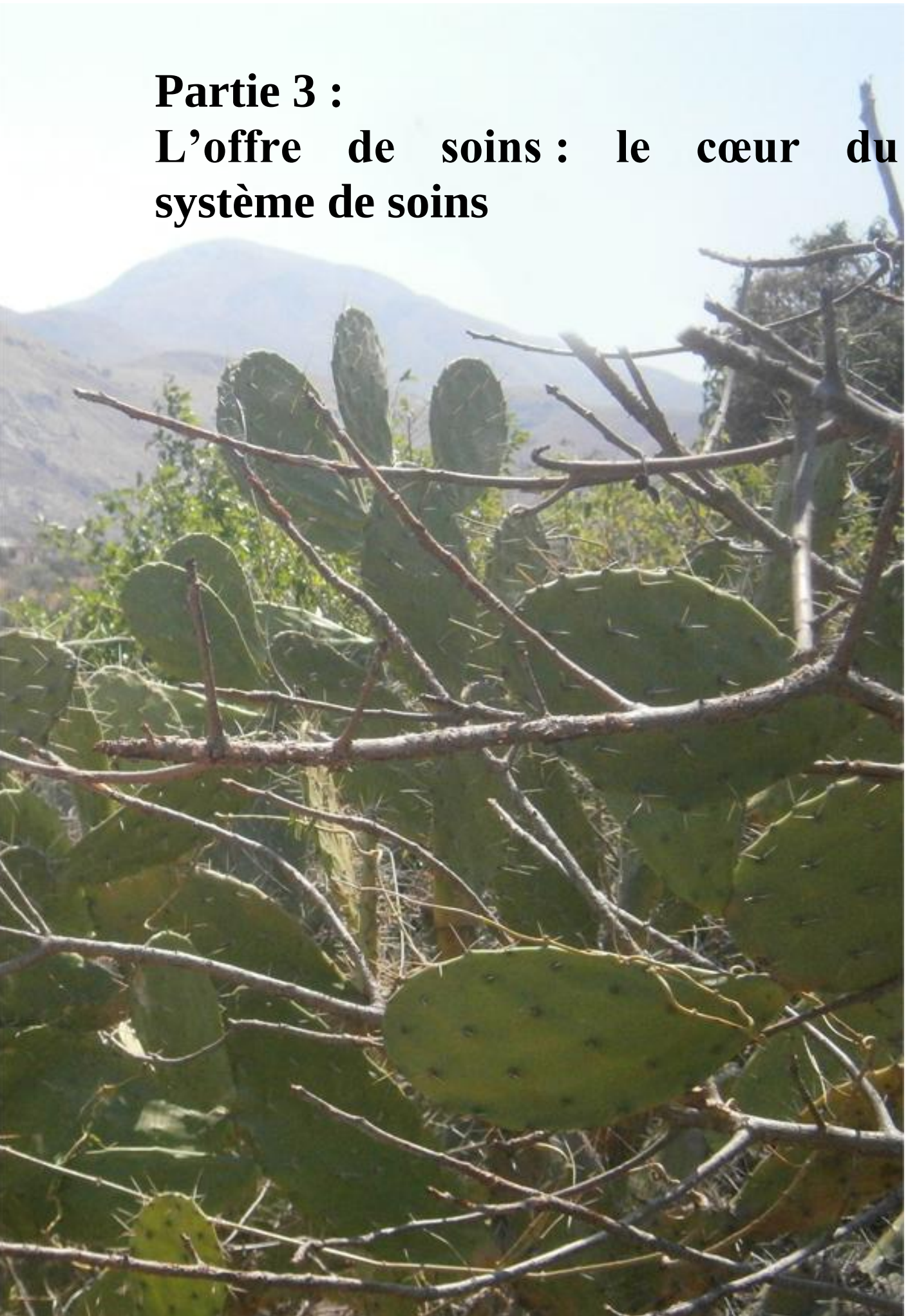
Les besoins de santé sont nombreux et variés dans le milieu rural malgache. Les éléments révélés par nos recherches semblent confirmer ceux issus d'enquêtes d'envergure. Chaque année, une catastrophe naturelle (cyclone, sécheresse ou inondation) affecte une région et ruine les efforts d'entreprise : perte de récolte, réduction de la disponibilité alimentaire, destruction d'habitations et d'infrastructures routières. Le milieu rural en est la principale victime. Ces conditions climatiques défavorables sont les racines les plus profondes du baobab, un déterminant des besoins de santé contre lequel il est difficile de lutter. Seuls 35 % de la population ont un accès à l'eau potable, essentiellement en milieu urbain et 3 % des logements seulement disposent de toilettes privées. Parallèlement aux diverses récessions économiques que traverse le pays depuis 15 ans, les conditions de vie générales des Malgaches se sont détériorées. La santé des enfants a également subi des dégradations, rendant compliquée l'amélioration de leur état sanitaire. Dans ce contexte social désavantagé, les enfants connaissent un état nutritionnel dégradé, et de ce fait, une santé fragile, fortement dépendante de l'environnement au sens large. Les services de santé maternelle et infantile font cruellement défaut dans les zones rurales, et le niveau d'instruction des femmes à la campagne reste confidentiel. D'autres obstacles persistent : accès financier ou géographique aux structures sanitaires, pratiques traditionnelles non adaptées. Il existerait pourtant des moyens d'agir sur les racines sociales des besoins de santé, trop souvent encore considérés comme une fatalité. Les données disponibles sont plus nombreuses sur notre terrain de recherche du Nord. Les besoins de santé sont très liés aux lieux : les accidents de la route là où il y a une route, des foyers de fièvre typhoïde, un milieu rural particulier pour des besoins ordinaires. La recrudescence d'accidents de la route, comme nouveau besoin de santé publique, nous a particulièrement interloqués. Au Sud, puisqu'il n'y a pas de route, il n'y a pas d'accident de la route. La pathologie traumatique est dominée par les chutes, souvent dans un contexte d'imprégnation alcoolique (intoxications diffuses mais non chiffrées, touchant préférentiellement la population masculine et jeune). L'auto-médication ou l'abstention thérapeutique semblent la règle dans ces circonstances. « *Toutes les fins de semaine, c'est une beuverie générale, d'autant que le grand marché a lieu le dimanche, on observe un grand rassemblement de population à Beraketa. Ils se retrouvent entre amis et l'alcool est le seul loisir, un moyen d'oublier ses soucis. Les gens de la campagne ne consultent jamais un médecin pour un problème d'alcool, ni aigu, ni chronique* ». (E 6). L'alcool, c'est une feuille, mais la malnutrition, c'est au moins le tronc d'un baobab géant ! Les données en terme de mortalité infantile semblent montrer une certaine stabilité alors que la mortalité juvénile continue à progresser. La mortalité maternelle affiche des valeurs encore trop fortes : les femmes résidant en milieu rural sont clairement pénalisées.

Dans la partie suivante, nous allons quitter momentanément l'environnement des baobabs et continuer à « zoomer » sur nos terrains de recherche, pour une approche fine du système de soins dans le milieu rural, en espérant rencontrer de nombreux caméléons.



Partie 3 :

L'offre de soins : le cœur du système de soins



Introduction à la troisième partie

Après avoir abordé les problèmes de santé à différentes échelles – Madagascar dans son ensemble, au niveau régional ensuite, puis enfin dans le milieu rural profond – l’objectif de cette troisième partie est de savoir si une réponse y est apportée en terme d’offre de soins. Nous poursuivons pour cela le fil rouge qui guide notre travail : y a-t-il des caméléons à Madagascar et de quelle couleur sont-ils ? Notre démarche reste volontairement multiscale : l’offre de soins au niveau périphérique s’inscrit dans une organisation plus globale, un cadre national.

Madagascar est un Etat constitué. Il est doté d’une administration de la santé publique, au sein de laquelle existe un système de soins. Nous reviendrons dans un premier temps sur les débuts historiques de ce système, afin de comprendre comment il a pu progressivement trouver sa place sur le territoire national. De manière chronologique, nous suivrons son évolution jusqu’à la période actuelle, en évoquant les soubresauts subis au cours de son histoire, au gré d’aléas politico-économiques permanents (chapitre 5). Dans quel état est-il aujourd’hui ?

L’offre de soins dans les deux districts retenus pour nos recherches sera largement détaillée, expliquée et illustrée dans un second temps (chapitre 6). Qui sont les acteurs de l’offre de soins et quelles sont leurs conditions d’exercice ? Nous verrons qu’à l’offre de soins publique s’ajoute une offre de soins privée, dans les deux cas. Quelle est la nature de l’offre privée et comment cette offre est-elle arrivée ? Quel est son rayon d’action ? Y a-t-il une concurrence avec les soins publics ou alors ces différentes offres travaillent-elle en harmonie ?

Pour terminer cette troisième partie, nous reprendrons une démarche d’étude comparative (chapitre 7). Nous travaillons dans deux districts ruraux aux caractéristiques administratives sanitaires similaires. L’offre de soins dans le district sera considérée comme objet géographique. Nous avons ainsi deux « objets » qui se prêtent parfaitement à une comparaison. Allons-nous trouver des éléments similaires ? Ces deux objets sont-ils des copies parfaites ou alors y a-t-il de fortes disparités, en terme spatial ou en terme de ressources ?

Chapitre 5 : L'offre de soins à Madagascar, une histoire chaotique

A. NAISSANCE D'UN SYSTEME DE SOINS DANS LA GRANDE ÎLE

La naissance d'un système de soins organisé à Madagascar est concomitante de la conquête coloniale française, débutée en 1895. Le général Galliéni, à la tête d'un contingent militaire, débarque dans le port de Majunga, sur la côte ouest de Madagascar. Il sera très vite « troublé » par l'extrême fragilité apparente de la population locale, mais aussi par la faible densité de population. La conquête territoriale se passe sans violence excessive, la population n'opposant que peu de résistance. En décembre 1896, un mois seulement après la prise de la capitale, il est décidé la création d'une école de médecine pour des étudiants malgaches - il n'y a pas suffisamment de médecins européens - et d'un hôpital d'enseignement, les « *moyens destinés à fournir à la brousse¹³³ des médecins indigènes indispensables à la lutte contre les maladies et le sorcier* » (LE GARREC, 1945). L'administration coloniale française se met en place, notamment en prenant le relais de l'action médicale commencée - il existe trois hôpitaux à Tananarive -, mais elle choisit de prendre de la distance avec l'activité des religieux. Les médecins du corps d'occupation vont assurer des soins gratuits aux « autochtones », avec pour priorité la vaccination contre la variole, celle-ci faisait alors des ravages dans la population.

1. Des débuts encourageants

Un certain nombre de mesures, eu égard à l'état sanitaire déplorable de la population, vont être prises rapidement :

- Des instructions sont données en juin 1898 pour la repopulation en Emyrne¹³⁴.
- En avril 1899, un arrêté organise le système d'Assistance Médicale Indigène¹³⁵ (AMI) centré sur la région de l'Emyrne, pour le profit de la population locale. Il permet de délivrer soins et médicaments gratuitement. Son financement est assuré par un budget autonome. Les dépenses comprennent les salaires des personnels, la construction et l'entretien des établissements sanitaires, l'achat des médicaments, les frais de transport et le fonctionnement général (RICHARD, 2005). Les recettes sont assurées par le prix des journées d'hospitalisation - certains malades sont admis à titre payant - et par des dons et legs divers. Enfin, pour alimenter cette vaste organisation, Galliéni crée une taxe d'assistance pour tout Malgache adulte non indigent. « *En face des efforts déployés par l'AMI et des résultats facilement contrôlables pour lui, l'indigène comprend très rapidement l'intérêt de cette mesure* » (LE GARREC, 1945).

¹³³ La « brousse » à Madagascar est le terme générique pour désigner la campagne, l'espace rural au sens large. Cette dénomination a toujours cours aujourd'hui, sans aucune connotation péjorative. Nous utiliserons ce terme régulièrement dans le texte.

¹³⁴ Emyrne est l'ancien nom de la région de la capitale, qui deviendra le « pays » Mérimina.

¹³⁵ Ce modèle d'aide médicale sera utilisé dans les autres colonies françaises en Afrique.

- Devant les résultats favorables à Tananarive, l'AMI sera rapidement étendue à toute la colonie : un hôpital est prévu dans chacune des cinq autres provinces, associé à un orphelinat. Le personnel comporte un médecin européen, des assistants médicaux et des sages-femmes malgaches.
- L'institut Pasteur de Madagascar (IPM) est créé en mai 1899 et entame une lutte contre la peste. D'autres créations vont suivre : en octobre 1900, le Corps de Médecins Indigènes, en 1901, le parc vaccino-gène de Diego Suarez et en 1903, une école de sages-femmes dans la capitale.
- Le décret organisant définitivement l'AMI à Madagascar est publié en mars 1904, peu de temps avant le départ définitif de Galliéni (1905). Il n'a pratiquement jamais eu à être modifié.

En dix ans, Galliéni¹³⁶ a doté la colonie d'une organisation sanitaire solide, qui va se développer d'année en année. L'équipement comprend en 1905 un certain nombre de structures d'enseignement, de recherche et des formations sanitaires :

- une école de médecine est créée à Tananarive dès 1896, et depuis 1905 à Fianarantsoa, afin de pourvoir en sages-femmes (SF) les circonscriptions administratives du Sud. Cependant, elle disparut de la ville de province en 1908, faute d'un nombre suffisant d'élèves. Les programmes de l'école sont calqués sur ceux des facultés françaises. Quatre années étaient nécessaires pour obtenir le titre de médecin stagiaire de l'AMI. Les meilleurs élèves ont pu profiter d'une bourse d'étude pour se perfectionner en France. Les autres furent affectés en brousse pour une année, incorporés dans le corps de médecins indigènes de colonisation, instauré depuis 1900. La durée des études des sages-femmes était de trois ans ;
- un institut Pasteur (IPM) ;
- un parc vaccino-gène à Diego Suarez, dans la province du Nord ;
- une pharmacie centrale ;
- 29 hôpitaux dans les villes de province¹³⁷, offrant une capacité de 1867 lits ;
- 10 postes médicaux ou dispensaires dans la brousse ;
- 17 maternités ou postes de SF ;
- 6 léproseries abritant 1500 lépreux.

Le souci de la France de développer son action sanitaire auprès des populations colonisées (la politique fut la même à Madagascar et en Afrique continentale), tenait avant tout à des motivations politiques et économiques. Les aspects humanistes¹³⁸ du colonisateur ne doivent pas masquer le fait que l'idéologie impérialiste française était

¹³⁶ Galliéni, 1905, « *Madagascar de 1896 à 1905* », Rapport au Ministre des Colonies, 30 avril 1905, Imprimerie officielle de Madagascar.

¹³⁷ Hormis pour les capitales provinciales (Diego Suarez au Nord, Majunga à l'Ouest, Tuléar et Fianarantsoa au Sud et Tamatave à l'Est), nous n'avons pas trouvé d'éléments précis sur les lieux d'implantation des autres centres hospitaliers et des dispensaires.

¹³⁸ Ainsi s'exprimait le Dr Le Garrec (1945) à propos de Galliéni : « *Son souci de la santé de l'indigène contribue beaucoup plus à nous rallier les populations malgaches que les opérations de force qu'il a dû engager parfois. D'ailleurs, n'a-t-il pas coutume de répéter : qu'on m'envoie moins de militaires et davantage de médecins* ».

avant tout de nature politique : contrer les influences anglaise et norvégienne. Le développement de la santé publique y contribua ; après trente années de présence, les résultats n'égalèrent jamais ceux de la France, obtenus en quelques années seulement. La santé était alors développée essentiellement dans la capitale. Mais l'AMI se trouvait aussi au service d'une expansion économique de la puissance colonisatrice : mise en valeur agricole par le développement de cultures de plantations dites « de rente », destinées à l'exportation vers la métropole (canne à sucre, café, girofle, poivre, cacao, vanille et huiles essentielles). Ces cultures tropicales sont pratiquées sur les côtes chaudes et humides, préférentiellement à proximité de ports aménagés (Tamatave, Diego Suarez et Nosy Be) fréquentés par les navires long-courriers. Ils sont des points de départ vers la métropole. Un réseau de quatorze ports secondaires, dont Mananjary, Majunga et Farafangana, permet l'évacuation des produits collectés localement vers les ports principaux. Ces cultures nécessitaient une main d'œuvre abondante. Ce fut un facteur de fixation de la population, qui a permis également d'élever le niveau de vie des gens.

Par ailleurs, on a procédé à l'extraction de matières premières (minerais tels le chrome et le mica), et à la constitution d'un marché potentiel de consommateurs de produits manufacturés en France. Il fallait pour cela pouvoir disposer d'une main d'œuvre corvéable, bon marché et en bonne santé. Aussi, le recensement de la population fut une préoccupation prioritaire de la France à Madagascar, et ce, dès le Protectorat (1885). En dépit de nombreuses difficultés à recueillir des statistiques démographiques, il fallait se rendre à l'évidence : l'île de Madagascar était sous-peuplée, avec une mortalité infantile élevée et un médiocre état physiologique des adultes, ce qui ne permettait pas de la mettre rapidement en valeur, c'est-à-dire la rendre rentable. Malgré toutes sortes de difficultés pratiques, les bases d'un système de santé sont en place, et ce système va pouvoir se structurer dans l'espace et dans le temps. Très rapidement, le réseau sanitaire mis sur pied par Galliéni va s'étendre à toute la colonie. Chaque chef-lieu de province devient aussi celui d'une circonscription médicale, avec un médecin-chef européen dirigeant un hôpital central de drainage et d'évacuation des hôpitaux de moindre importance (REGNARD, 2003). La santé publique se décentralisait et s'inscrivait sur le territoire. Les postes médicaux et d'accouchement sont installés en des lieux « convenablement choisis », menés par des médecins et sages-femmes indigènes formés à Tananarive. Par ailleurs, une propagande d'hygiène publique parfaitement comprise est faite dans un journal français en langue malgache et par des brochures illustrées.

Un programme de médecine préventive est élaboré simultanément, visant la lutte contre la dépopulation, la protection de l'enfance et la prophylaxie des maladies transmissibles et des épidémies. Enfin, un service d'aide sociale pour les vieillards et les infirmes voit le jour.

La conquête militaire se poursuivait, le dernier territoire conquis étant le « pays » Androy dans le Sud, en 1904. *« A part quelques razzias, d'ailleurs rares, de chefs de bandes demeurés fidèles aux traditions barbares d'avant la conquête, qui réclament l'intervention de la force armée, la France n'a jamais plus à user de ce moyen »* (LE

GARREC, 1945). Parallèlement au programme de santé publique, il fut arrêté un programme de grands travaux : construction d'écoles, de routes et de voies ferrées (MARTIN, 1993). Hélas, des événements dépassant largement le territoire malgache vont causer un frein aux actions de développement de l'île.

a) Première guerre mondiale : des années sombres pour le système de soins malgache

La guerre de 1914-1918 a causé l'amenuisement des effectifs médicaux avec ses conséquences sur l'AMI. En 1917, Madagascar, comme toutes les possessions françaises, a participé à l'effort de guerre : les convois de troupes vers la métropole nécessitaient la présence d'un médecin sur chaque paquebot. Des médecins malgaches ont été mobilisés et sont partis en métropole également. Par ailleurs, un mouvement nationaliste était apparu dans l'école de médecine, ce qui avait causé une diminution du nombre des élèves et par conséquent moins de médecins formés ; les effectifs de médecins sur le territoire s'en trouvaient fortement réduits. Face à ces carences, l'AMI fut contrainte de former des auxiliaires médicaux. « *Le recrutement eut lieu sur les régions côtières et les Hautes Terres, parmi des jeunes gens possédant une bonne instruction primaire, parlant et écrivant correctement le français* » (GIRARD, 1964). Les approvisionnements sanitaires vont également s'épuiser dans les hôpitaux principaux, mais aussi dans les postes sanitaires de brousse, qui en plus ont souvent « perdu » leur médecin. En outre, les mouvements de population liés indirectement à la guerre ont entraîné une recrudescence d'épidémies. Les jeunes recrues des contingents malgaches vivaient en promiscuité dans des casernements surpeuplés. Elles furent touchées par une épidémie de méningite. La population civile avait néanmoins été peu atteinte. La pandémie grippale de 1918-1919 (grippe espagnole) a touché Madagascar à partir de 1919. La première incursion eut lieu à Diego Suarez : un paquebot venant de l'île de la Réunion y débarque deux gendarmes atteints de grippe. Ceux-ci vont rapidement succomber à l'hôpital. La grippe va ensuite contaminer toute la ville, qui paraîtra « morte ». Le personnel de l'hôpital est lui aussi frappé. Après trois semaines, on estimera la mortalité à un dixième de la population urbaine.

C'est dans le Nord de Madagascar que furent identifiés les premiers cas de bilharziose intestinale, qui jusqu'alors passaient inaperçus, en raison de porteurs sains. Elle ne fera que diffuser dans l'espace dans les années suivantes, certainement par méconnaissance.

Les troupes africaines, et malgaches notamment, ont payé un lourd tribut à la tuberculose au cours de la première guerre mondiale. Fin 1918, un paquebot rapatriait de France de nombreux tirailleurs malgaches contaminés. A l'époque, on connaissait mal l'incidence de cette affection à l'échelle du territoire, on le croyait même indemne. Des mesures d'isolement furent prises à l'égard des soldats, mal reçues parmi eux, d'autant que de façon surprenante leur état s'était considérablement amélioré sous le seul effet d'un traitement symptomatique. Hélas, des rechutes survenaient à leur retour dans les villages, entraînant par la suite la diffusion de cette maladie.

b) Période de l'entre-deux guerres : la capitale privilégiée

La communication du Dr Girard sur la santé publique à Madagascar (GIRARD, 1943) dans l'entre-deux guerres est riche d'enseignements. Pour la période 1918-1921, il notait un manque important de médecins sur l'île (beaucoup étaient partis en métropole pour la guerre) ainsi qu'une recrudescence des épidémies (méningite cérébrospinale, grippe, tuberculose). De 1922 à 1940, il souligne que l'enseignement proposé aux médecins n'était pas assez pratique. Sur le terrain, l'épidémie de peste de 1923 avait occupé tous les efforts de la santé publique. A partir de 1927, il remarque une augmentation sensible des moyens humains et techniques, dont les habitants de Tananarive étaient les principaux bénéficiaires. Des efforts furent fournis dans la formation des professionnels de santé. On assista aussi à l'amélioration matérielle des conditions de travail (les salles de cours se trouvaient alors dans des cases de terre battue : elles furent réhabilitées). L'enseignement de la médecine curative fut privilégié, au détriment de l'hygiène et de la prévention. Il n'y avait alors aucun élève issu des régions côtières. En 1927 fut inauguré à Tananarive l'hôpital de Befelatanana. Il s'en suivit une augmentation des effectifs des soignants. Un lazaret moderne fut aménagé dans la proche banlieue de la capitale. Un hôpital d'enfants fonctionnait grâce aux œuvres religieuses. La fréquence des maladies vénériennes (au premier rang desquelles se trouvait la syphilis), justifia la création d'un dispensaire spécialisé. Il sera intégré secondairement à l'Institut d'Hygiène Sociale (voir page suivante).

c) Organigramme de la santé publique en 1945 : une forme pyramidale

En 1945, la santé publique dans la Grande Île avait une organisation très hiérarchisée. Sous une forme pyramidale, elle comprenait :

1. Une direction centrale du service de santé à Tananarive, en relation directe avec les médecins-chefs de circonscription et les chefs des grands services médicaux de la capitale.
2. Des services périphériques : dans chaque chef-lieu de région administrative ou de district important par la densité de population, se trouve un médecin-chef de circonscription. Trente et une circonscriptions, d'inégale grandeur, comprenant presque toutes plusieurs districts administratifs occupent l'espace insulaire. Au chef-lieu de la circonscription se trouve un hôpital central de drainage et d'évacuation, comprenant toujours une maternité. Y seront amenés les malades difficiles, les cas chirurgicaux et les grandes dystocies. Un dispensaire antivénérien et un centre de stomatologie (dirigé par un médecin-dentiste malgache) fonctionnent en parallèle.
3. Au-dessous de ces formations périphériques, et disséminés dans la brousse, se trouvent des hôpitaux et des maternités de moindre importance, des postes médicaux et des postes d'accouchement ou d'infirmiers, et des petits postes

d'accouchement isolés. Le médecin-chef de circonscription est tenu de faire de fréquentes tournées d'inspection. C'est au cours de ces tournées que sont pratiquées les vaccinations et donnés gratuitement aux populations trop éloignées des centres de soins, consultations, soins et médicaments. Les médicaments sont adressés par la pharmacie centrale de Tananarive (le ravitaillement se produit deux fois par an).

d) Des organismes scientifiques de renommée internationale

A coté de l'administration de la santé publique, sont créés des organismes scientifiques de suivi et d'exécution de la politique de médecine préventive, dont l'importance est grande pour l'AMI :

- **L'institut Pasteur de Madagascar.** En 1899, il fournissait déjà tous les vaccins antivarioliques nécessaires à la Grande Île – les épidémies de variole provoquaient alors des catastrophes sanitaires. Toute la population a pu être vaccinée.
- **L'Institut d'Hygiène Sociale** (1933) fut fondé dans le but de coordonner dans toute l'île les mesures à prendre contre d'une part le paludisme¹³⁹ et d'autre part les maladies vénériennes (douze dispensaires équipés d'un laboratoire furent créés). Une école d'infirmières visiteuses fut mise en place en 1945 au sein de cet organisme, pour intégrer les équipes mobiles de prophylaxie antipaludéenne. Leur mission était de prospecter toute la colonie afin de prendre les bonnes dispositions dans la lutte contre le paludisme.
- Le **service antirabique** puis le **service central** de prophylaxie **de la peste**, joua un rôle important dans l'épidémie qui toucha la capitale en 1921. Cette maladie s'installait alors de façon endémique sur les Hautes Terres. Il convenait d'adopter de nouvelles mesures prophylactiques. Si pour les équipes mobiles spécialement formées, dératisation et désinsectisation étaient aisées dans les centres urbains, cela devint très compliqué en brousse, ou même dans la périphérie immédiate des villes. Il fallut envisager des moyens plus radicaux. Ainsi s'établit le principe de vaccination de masse des populations. Un vaccin fut mis à l'étude en 1926, par les Drs Girard et Robic. Le premier vaccin antipesteux fut expérimenté à Madagascar en 1932¹⁴⁰ et obtint une réputation internationale.
- Des œuvres de **charité** virent le jour pour une action médico-sociale vis-à-vis de l'enfance, essentiellement. Nous citerons la « Goutte de lait », qui assurait une distribution de lait et de vêtements aux enfants indigents et aux orphelins.

¹³⁹ Fléau de l'époque, le paludisme était la principale cause de dénatalité et de mortalité (un tiers des décès pour les Européens et la moitié des causes de décès chez les Malgaches).

¹⁴⁰ Le Dr G. Girard, directeur de l'institut Pasteur de Tananarive, prépara à partir d'une souche de peste humaine douée de propriétés immunisantes, un vaccin « vivant » essayé avec succès sur l'homme en 1932. De fabrication difficile et de protection limitée, il fut abandonné dès l'apparition des antibiotiques. En 1947, Girard obtint la première guérison d'une peste pulmonaire humaine par la Streptomycine (BROSSOLET, MOLLARET, 1994).

- Dans la lutte contre la très forte mortalité infantile, il fut créé en 1943 à Tananarive un **service de protection de la mère et de l'enfant**, avec des consultations pré- et post-natales.

e) Equipements et ressources sanitaires

En 1945, la Grande Île comptait quatre millions d'habitants, très disséminés sur le territoire. L'équipement sanitaire de Madagascar comprend à ce moment :

- Un hôpital principal (central) de l'AMI à Tananarive, de 600 lits, réservé aux Malgaches et assurant l'enseignement médical.
- Un hôpital colonial à Tananarive également, pour les Européens, civils et militaires. La capitale disposait par ailleurs d'un hôpital d'enfants, d'une pharmacie centrale, d'un centre de stomatologie et d'un asile d'aliénés.
- Cinq hôpitaux mixtes, pour Européens et Malgaches, civils ou militaires à Tamatave, Diego Suarez, Majunga, Fianarantsoa et Tuléar.
- 50 hôpitaux secondaires, comportant de 60 à 80 lits et 46 maternités (de 10 à 30 lits) dans les chefs-lieux de circonscription.
- 204 postes médicaux et infirmiers et 237 postes d'accouchement pour la brousse.
- Un institut d'hygiène sociale comprenant un service antipaludique, un service antivénérien et des services antituberculeux et antilépreux. Ces trois services étendent leur action à toute la colonie.
- 13 léproseries.
- 45 lazarets antipesteux.
- 12 dispensaires antivénériens.

Le personnel est composé de 67 médecins européens des troupes coloniales, dont 7 civils – 342 médecins malgaches – 342 sages-femmes – 828 infirmiers dont 60 infirmières visiteuses – 40 assistants d'hygiène antipaludéenne – 9 pharmaciens des troupes coloniales – des officiers d'administration et des sous-officiers infirmiers du service de santé des troupes coloniales.

L'action de ces formations vis-à-vis de la population a toujours été croissante. Les quelques chiffres ci-après en donnent un aperçu suffisant (un début d'épidémiologie ?). En 1895, le chiffre des consultations dans les structures sanitaires de l'AMI s'élevait à 40 000. Dix ans plus tard, on en dénombrait 1,7 millions, soit quarante fois plus. De 1941 à 1945, il y avait une moyenne de 5 à 6 millions de consultations par an, avec une progression de 50 000 à 60 000 par an. 3000 lépreux et 250 aliénés reçoivent des soins dans les formations spécialisées. Chaque année sont pratiquées de 300 à 500 000 vaccinations jénériennes¹⁴¹.

¹⁴¹ Le 14 mai 1796, un médecin de campagne anglais vaccine un jeune garçon, afin de le protéger contre la variole. Il utilise pour cela du pus provenant d'une maladie apparentée, mais bénigne, la vaccine des vaches. Il se distingue de ses prédécesseurs, qui non sans risque, inoculaient la variole elle-même. Edouard Jenner

Les mesures de lutte contre le paludisme dans la capitale

Jusqu'en 1921, la prophylaxie antipaludéenne était une des principales attributions du Bureau municipal d'hygiène. A cette date fut créé un service antipaludique, réorganisé en 1927, avant de s'intégrer dans l'Institut d'Hygiène Social. Il comprenait : un dispensaire, un laboratoire et un magasin de stockage des produits anti-larvaires. Durant la période 1933-1937, un tiers des consultations dans les formations sanitaires de l'île étaient motivées par le paludisme. Dans la capitale, le nombre de consultations à l'institut antipaludique était de 4600 / an, jusqu'en 1933. Il passa à 5400 en 1936. Le personnel comprenait une équipe européenne (le directeur – médecin, et un adjoint, médecin également) et une équipe indigène (un médecin de l'AMI, un infirmier, des agents anti-larvaires et moustiquiers et un écrivain-interprète). Quelles étaient les missions de ce service ?

- Une prophylaxie médicamenteuse (quininisation générale gratuite) et une information pour l'usage des moustiquaires individuelles.
- La lutte contre le réservoir de virus : recherche des gîtes larvaires pour anophèles en vue de l'élimination des larves et des moustiques. Ce fut le rôle des agents moustiquiers. Ils devaient apporter les anophèles récoltées dans un nombre déterminé de maisons ; cela permettait de connaître la densité anophélienne par maison et par quartier. Après prélèvement, les agents avaient pour mission de pulvériser des poudres larvicides sur les gîtes. Un épandage de poudre larvicide par avion a été entrepris pour une expérimentation sur les marais environnant la capitale en 1928.
- Des travaux d'hygiène urbaine furent engagés : assèchement des rizières et marécages, qui formaient l'essentiel de la plaine de la rivière Betsimitatatra, où la ville de Tananarive était en plein développement. On observa à ce titre une opposition de la population à la suppression des rizières ancestrales.
- La lutte par les méthodes de propagande : c'est la mission des services antipaludéens. Il convenait d'éduquer les masses : par les manuels scolaires, la presse, la distribution de tracts et affiches, sur les marchés et dans les lieux publics. Enfin, des films furent projetés dans la capitale puis sur une grande partie de l'île grâce au camion de la Direction du Service de Santé.

2. L'envers du décor : de tristes constats

Madagascar eut le privilège d'être la première colonie française où fut « rationnellement organisée la protection et la santé des « indigènes », mais également l'enseignement de la

va ainsi apporter à la vaccination une caution scientifique. Un siècle plus tard, Louis Pasteur découvre les fondements théoriques de la vaccination et en améliore la pratique (il vaccinera un enfant contre la rage en 1885).

médecine. L'« œuvre sanitaire » de la France à Madagascar connut malheureusement des travers moins reluisants...

La conquête française de 1895 avait considérablement bouleversé un pays déjà marqué par des changements sociaux et politiques, comme l'unification du royaume malgache, dont il est toujours difficile d'évaluer l'impact sur le pays. La colonisation n'avait fait qu'aggraver la déstabilisation du pays. La « pacification » énergique menée par Gallieni avait fini d'assombrir le tableau catastrophique d'une population écrasée par le dénuement et les privations. La lutte antipesteuse avait entraîné l'aménagement de nouveaux espaces urbains, avec le corollaire d'une ségrégation spatiale du « colon » et du « colonisé ». L'apparition de certaines maladies contagieuses était d'autre part contemporaine de l'arrivée des colonisateurs. Il s'en suivit de la suspicion et la crainte d'une contamination dans les rapports colon / colonisé. Enfin, l'abolition de l'esclavage¹⁴² avait jeté dans l'errance et la misère un grand nombre de personnes. Alors, face au déploiement des infrastructures sanitaires, comment la population malgache avait-elle réagi ? O. Helisoa, (1985) apporte une analyse sur les relations colon / colonisé au travers de trois situations : la relation entre l'administration de la santé et le malade malgache, celle reliant l'administration de la santé et le personnel malgache, et enfin celle qui existe entre le médecin malgache et ses patients.

a) Les relations entre l'administration de la santé et la population malade

On observera dans les premières années de la conquête coloniale un certain paternalisme. Cela est particulièrement vérifié lors de l'application des mesures de prophylaxie antipesteuse. Par exemple, avant 1926, la consigne était : « *pour ne pas effrayer les isolés, de ne leur imposer à l'arrivée au camp (lazaret) aucune piqure* » (Rapport du bureau municipal d'hygiène)¹⁴³. Dans un second temps, l'administration, par l'intermédiaire de ses praticiens, prend conscience que le malade « indigène » doit être responsable et conscient de son importance en tant qu'être social. Les médecins de l'AMI rapportent qu'avant 1926, la population indigène se soumet difficilement aux mesures d'isolement dont elle ne saisit pas toute la portée. Après 1926, le médecin major Roques s'est efforcé de « *rendre le séjour au lazaret (camp d'isolement) le moins pénible possible* ». Il déclarait : « *Je suis persuadé que les mesures perdront leur mauvaise réputation. La condition est que les isolés trouvent au lazaret une installation et une nourriture équivalentes ou meilleures que celles qu'ils ont chez eux et qu'ils soient tous les jours visités et au besoin soignés par le médecin européen* ». Il fallait rendre les mesures prophylactiques antipesteuses plus humaines. Les scellés posés sur la maison contaminée ne le furent plus que durant dix jours, au lieu de 2 mois précédemment. Les occupants pouvaient regagner leur domicile à leur sortie du camp. 1927 fut une année

¹⁴² L'esclavage fut aboli le 27 septembre 1896, un mois et demi après l'annexion de Madagascar par la France.

¹⁴³ Cité dans Helisoa, (1985).

importante de l'histoire de la santé publique à Madagascar. Le major Rocques établit une vraie communication avec les malades. En 1930, le médecin Auge donne comme consigne générale la réduction de l'action des formations sanitaires de l'AMI aux simples soins médicaux et chirurgicaux. Le nombre de malades qui contactaient l'AMI s'était beaucoup accru. Pour tout Madagascar, en 1895, on comptait 90 000 consultations, en 1900, 500 000, en 1904, 1 400 000, en 1926, 2 271 000 et en 1930, 2 835 584 (MESTRE, 2007). L'augmentation des coûts se fit en parallèle. En 1930, c'est une rupture en arsénobenzène (traitement des maladies vénériennes) dans les dispensaires. On remet également en question la quininisation prophylactique générale gratuite. Mais à partir de 1935 le prix de la quinine chuta.

La population malgache, dominée, se sent blessée à juste titre dans son orgueil. Le peuple était autrefois indépendant et souverain, ce qui rendait d'autant plus difficile la communication entre lui et l'administration. Cette dernière cumulant une double fonction, politique et sanitaire, adopte une position ambiguë aux yeux de la population autochtone qui collabore difficilement, surtout quand il y a lieu de payer des amendes.

b) Les relations entre l'administration de la santé et le personnel malgache

Dans une première phase, on considère que le personnel indigène est à « civiliser ». Dans tous les services, on assure l'encadrement étroit du personnel indigène par un personnel européen. Il entretient chez les colonisés un certain manque du sens des responsabilités. En cause, ce sont différents préjugés, avec comme conséquence des démissions de médecins qui vont s'installer à leur propre compte. De 1927 à 1929, on déplore 10 démissions par an, alors que les promotions ne comprennent que de 20 à 25 étudiants en médecine chaque année. Le médecin malgache est tiraillé entre l'administration et le public. Dans une seconde période, on constate que le personnel indigène est en manque d'autorité. Le gouvernement colonial discréditait le personnel indigène de l'AMI auprès des malades. Le public considérait ce personnel (agent d'hygiène, agent de dératisation, agent moustiquier) comme un auxiliaire de l'Européen. Il s'en suivit un manque de respect des règlements d'hygiène sanitaire. Le contexte colonial compromettrait toute initiative de la part du personnel de l'AMI. Aux yeux du public, le personnel n'était que l'exécuteur des ordres émanant du colonisateur, d'où une grande ambiguïté également.

c) Les relations entre le médecin malgache et ses patients.

Elles auront un grand intérêt dans le cadre de la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques. Le médecin n'entreprend pas la déclaration par souci de ménager une clientèle hostile aux mesures de désinfection. En 1925, un grand nombre de maladies contagieuses n'est pas déclaré, que ce soit pour le diagnostic, non établi, ou le fait que les médecins négligeaient de faire la déclaration pour ne pas mécontenter leur clientèle (HELISOA, 1985). Il s'en suivit des difficultés dans le dépistage de certaines maladies, comme la peste. De plus, de nombreux malades mouraient sans délivrance de

certificat médical. A propos de la déclaration de la peste, ce furent de grands désagréments et bouleversements dans la vie quotidienne du Malgache :

- mise en observation au lazaret,
- désinfection et mise sous scellés de la maison contaminée,
- enterrement du défunt par les soins du BMH au cimetière spécial d'Ampasampito (assuré par une équipe de prisonniers).

Après une mise en observation de dix jours, les intéressés se retrouvaient sans domicile pendant deux mois. La mise en quarantaine compromettait la récolte (riz). Enfin le pire châtement pour les Malgaches est de ne pas être enterré sur la terre des ancêtres. Et être enseveli par des prisonniers : quel scandale ! En outre le défunt n'avait pas droit aux honneurs du rite coutumier. Les problèmes évoqués et vécus par la population locale étaient provoqués par l'application de règlements prophylactiques non adaptés au contexte socio-économique et culturel. Cela était clairement compréhensible pour le médecin malgache, ce qui explique sa complicité latente avec les patients.

A Madagascar, l'ignorance a été renforcée par le contexte colonial mettant face à face deux cultures différentes. Les Malgaches sont enfermés dans leur monde de méfiance. Les légendes de *mpafaka* (voleur de cœur) et *mpaka* (voleur de sang) sont nées à propos des diagnostics du dispensaire antipaludique, basés sur la prise et l'analyse de sang. Dans son monde européen, l'administration concevait des arrêtés relatifs à des mesures d'hygiène objectivement justifiées, mais ne cadrant aucunement avec les aspirations et les sentiments du peuple auquel elles s'appliquaient. Elle fit une incursion néfaste dans les us et coutumes des Malgaches, dont les rizières constituaient non seulement un patrimoine mais aussi une des principales sources de revenus. La société Mérimina fait partie intégrante d'une civilisation rizicole : lui interdire la culture du riz sur ses terres revient à « signer son arrêt de mort ».

3. Les réactions de la population malgache face à l'arrivée de la médecine moderne

Quelles furent les réactions de la population à l'« œuvre bienfaitrice », à cette mission « civilisatrice » qui allait la sortir de la « barbarie » et de l'influence des « sorciers » ? P. Crozat (1946) note que « *les malades arrivent souvent de façon désespérée et atteints de maladies chroniques incurables et qu'il fallait lutter contre l'apathie des Malgaches presque devenue proverbiale et contre des coutumes profondément ancrées* ». Il rapporte comment en 1906, le médecin de Maevatanana (petite ville située entre Tananarive et Majunga) fit état de l'hostilité à l'hôpital où ne « *viennent que des mourants* ». Les autres supplient le médecin de leur épargner l'hôpital et de leur donner tous les jours à la consultation des *fanafoly* (remèdes ou antidotes) qu'ils iront absorber tranquillement au fond de leur case. La discipline de l'hôpital se relâche considérablement. L'administration coloniale en vint à penser que les anciens élèves de l'Ecole de Médecine avaient tendance à oublier ce qu'ils avaient appris, et malgré l'augmentation constatée du nombre des consultations, elle avait conscience de la limite de son impact. Un autre exemple le montre, issu d'un médecin inspecteur à Farafangana (Sud-Est malgache) en 1913 : « *Les*

indigènes conservent des conceptions rétrogrades, la maladie est toujours assimilée à une manifestation des âmes des ancêtres ou à de mauvais sorts jetés par des sorciers »¹⁴⁴. Au cours de la même année, les hôpitaux de Tananarive furent désertés à cause de la crainte des *mpafaka* (mangeurs de cœur) et *mpaka-ra* (buveurs de sang), représentations qui d'après O. Helisoa (1985) auraient un lien direct avec le prélèvement de sang que l'on faisait dans les dispensaires. Ces considérations persistent aujourd'hui. Lors de notre recherche sur la bilharziose à Békily (chapitre 4), nous entendions régulièrement ce genre de propos : « *C'est un étranger, il vient voler le cœur de nos enfants !* ». Nous avons vu des enfants détalier comme des lapins, à peine nous avaient-ils aperçus. La population du « pays » Androy reste très réticente à toutes sortes d'injections. Elle sait que dans les hôpitaux, on fait des prises de sang et des transfusions sanguines, mais personne n'a jamais essayé de leur en expliquer la raison. Retour vers le passé. Dans d'autres districts, les seuls clients des médecins sont les prisonniers. Les populations faisaient bien appel aux nouveaux médecins et SF, et se laissaient soigner malgré elles. Mais on n'ignorait pas que leur attitude, pleine de déférence pour l'autorité, cachait une confiance limitée. La place que l'institution médicale occupait dans leur représentation était de l'ordre de la superstition en leurs idoles. Le culte des médicaments s'ajoute à celui des ancêtres pour constituer une véritable religion (PAILLARD, 1987). Des médecins de l'AMI en « pays » Betsimisaraka ont également laissé des témoignages intéressants ; les populations avaient une attitude franche de rejet et de peur face aux médecins ; ceux-ci envisageaient leur mission comme un vrai combat.

La qualité des médecins malgaches restait critiquée, ce qui justifiait leur surveillance suspicieuse par leurs supérieurs français. Pourtant les médecins n'hésitaient pas, dans leurs hypothèses scientifiques sur le développement des maladies, à démontrer le rôle délétère de l'implantation coloniale qui avait provoqué des bouleversements sociaux, des modifications des systèmes de culture du riz, le déplacement massif des populations pour des travaux très durs. L'administration coloniale mit du temps à l'admettre, ce fut le cas avec le gouverneur Augagneur qui est d'ailleurs médecin. O. Helisoa (1985) détaille aussi la lutte de l'administration coloniale contre le paludisme : quininothérapie préventive et lutte contre le réservoir de « virus », par des travaux d'hygiène urbaine (assèchement des rizières et des marécages), éducation de la population par la propagande. L'auteur note que les Malgaches de Tananarive « *ne voyaient pas d'un bon œil les interventions et interdictions sur la production du riz, symbole vivant de leur culture. Leur interdire la culture du riz sur leurs propres terres revenait à signer un arrêt de mort* ».

A cette époque, pour le Dr Girard (1943), l'organisation médico-sanitaire de Madagascar « *semble tout à fait comparable avec celle des autres régions colonisées d'Afrique Noire ou d'Indochine* ». L'envoi dans toute l'île de SF formées lui permit d'affirmer que « *l'ère des matrones est depuis des lustres révolue à Madagascar* ». Et pourtant... Nous visitons un jour de 2013 la maternité de l'hôpital de Mandritsara. La sage-femme de garde (E 30) nous fait faire un tour du servive. Face à notre étonnement de voir les 30 lits

¹⁴⁴ Cité par P. Crozat (1946).

d'hospitalisation inoccupés, elle nous déclare : « *La majorité des femmes ne vient à accoucher à l'hôpital qu'en cas de problème. Vous savez, les femmes de la campagne ont plus confiance dans les matrones. Il est très difficile de faire évoluer les mentalités* ». Cependant, malgré les moyens de lutte contre les maladies épidémiques (peste, paludisme, tuberculose, lèpre), les recherches biologiques et le développement de la vaccination, la conclusion du Dr Girard restait mitigée, notant le contraste entre zones urbaines et zones rurales dans l'accès aux soins. Persistait également le problème de la natalité et de l'hygiène, ainsi que celui de l'orientation d'emblée trop curative de la médecine. La France, malgré le bilan contrasté de son action sur la santé publique, a néanmoins marqué de façon définitive la gestion collective de la maladie en l'institutionnalisant au sein de l'appareil administratif et politique. Le développement de l'enseignement médical qui l'accompagnait, n'était pas seulement le développement d'une technique mais la transformation de la vision du corps, de la maladie et donc du monde. Ce savoir s'est constitué contre un autre, celui que nombre de médecins et administrateurs allaient s'efforcer de faire reculer et de ridiculiser : celui des « sorciers » et des *mpisikidy* (devins-guérisseurs).

4. La lutte contre les épidémies : exercice du pouvoir et épreuve de l'autorité

Un autre élément se dégage du parcours de la littérature historique et anthropologique de la médecine coloniale à Madagascar : c'est l'importance de la lutte contre les épidémies. Elle constitua un pari pour l'efficacité de l'institution médicale nouvellement instaurée, et une épreuve pour l'autorité en place. Les périodes de mutation politique influent sur les maladies et les systèmes de santé, et l'apparition de nouvelles épidémies mettent à l'épreuve les systèmes locaux d'interprétation, comme elles sont l'occasion pour les autorités d'en tirer profit, malgré les conflits qu'elles entraînent. L'arrivée de la peste à Madagascar illustre parfaitement la mise à l'épreuve du pouvoir et l'autoritarisme dont il a dû user pour contenir cette nouvelle maladie.

Cette problématique reste d'ailleurs d'actualité, notamment en ce qui concerne l'épidémie de sida en Afrique (DOZON, 1989). « *Une des illustrations les plus probantes du lien entre la modification du pouvoir et l'extension des maladies, se lit dans la coïncidence des bouleversements sociaux apportés par la monarchie Mérimina, puis par la colonisation et l'augmentation des ravages causés par le paludisme. Il est également fort probable que la peste soit arrivée à Madagascar à la suite de la colonisation* » écrit C. Mestre (2007). Le premier fait à commenter est la façon dont l'administration a tenté de convaincre les populations à partir des « anciennes traditions » de lutte contre la variole, qui avait laissé des traces. Maladie considérée comme exterminatrice, la variole décimait la population. F.Koerner (1994) affirme que « *la colonisation a permis l'éradication de la variole. Mais elle avait probablement induit une autre maladie, la peste, et favorisé l'extension du paludisme* ». En 1898, la première épidémie de peste éclate dans la ville portuaire de Tamatave. Le 24 novembre 1898, le Dr Sallabert, médecin-chef de l'hôpital militaire, observe les premiers cas de fièvre bubonique. L'épidémie resurgit dans cette même ville

en 1899, moins meurtrière, et dans la ville portuaire de Diego Suarez. Des mesures prophylactiques policières, brutales mais efficaces, sont engagées. La peste va toucher deux fois Majunga (1902-1907), avant de suivre la voie de chemin de fer en construction, de la côte vers les Hautes Terres. Elle devient endémique à partir de 1921, notamment dans la capitale. Comment la lutte était-elle organisée ? Le Général Galliéni est mis au courant de l'arrivée de la peste à Tamatave et ordonne de prendre des mesures efficaces. Un comité d'hygiène et de salubrité publique voit le jour et déclare :

- la limitation des transports entre Tamatave et Tananarive,
- la mise en place de lazarets,
- l'installation d'un cordon sanitaire autour de Tamatave avec mise en quarantaine pour les suspects et mort pour les récalcitrants !
- la destruction par le feu des objets appartenant aux personnes atteintes,
- l'extermination des rats et des souris dans toutes les grandes agglomérations.

Malgré la sévérité de ces mesures, le fléau s'étendit vers d'autres villages. D'autres mesures durent être prises pour protéger Tananarive : on recommanda aux fonctionnaires de gagner le soutien des populations, en s'appuyant sur les « anciennes traditions » (qui permettait de se défendre contre la variole) et en essayant d'obtenir la confiance du chef du village. Dans la capitale, les voyageurs en provenance de Tamatave étaient isolés pendant huit jours et leurs colis étaient désinfectés : on construisit des fosses d'aisance, les « tinettes », qui resteront en service jusqu'en 1967. Si un malade était repéré, il était immédiatement isolé au fort Duchene et son habitat était brûlé. A Tamatave les autorités s'efforcèrent de nettoyer la ville et des latrines publiques furent construites. Les marais furent asséchés. Face aux conséquences économiques (hausse des prix à Tamatave, arrêt du ravitaillement de Tananarive), les protestations de commerçants de Tamatave poussent Galliéni à assouplir les mesures.

Les actions médicales préventives et politiques furent étroitement liées sous la colonisation, d'où certainement l'une des causes de la résistance des populations aux mesures prophylactiques. Les mesures jugées trop contraignantes avaient bouleversé la vie sociale et l'économie traditionnelle. La peste était vraiment une nouvelle maladie pour les colonisés, dont les premières expériences étaient fortement liées à l'état de soumission dans lequel ils vivaient. Le Dr Girard, alors directeur de l'IPM, écrivit divers articles sur les épidémies de peste (GIRARD, 1943), en défendant l'argument que les « coutumes ancestrales » étaient un obstacle fondamental à l'application d'une prophylaxie rationnelle en milieu malgache. De plus, « *les vaccinations contre la peste induisaient des résistances que celles contre la variole ne connaissaient pas car les populations en reconnaissaient l'efficacité* ». La peste arrivant à Tananarive en 1922, les Mérimina se mirent à discuter l'opportunité des procédés employés à leur égard : des lazarets d'où ils n'en sortaient que morts, des enterrements arbitraires dans un cimetière de « pestiférés ». Ils ne pouvaient visiter leurs malades ni pratiquer leurs rites. Les Malgaches dissimulaient leurs morts aux autorités ou les déclaraient morts d'accident, car les rites traditionnels d'inhumation étaient impossibles. Les notables redoutaient de subir la promiscuité avec les « esclaves » dans les lazarets, alors qu'ils auraient aimé être soignés dans un hôpital

pour Européens. Pour eux c'était une « perte de face infligée ». Ces mesures étaient d'autant plus mal supportées que l'épidémie de grippe de 1921 n'avait entraîné aucune mesure coercitive. Un porte-parole malgache s'adressa en ces termes au gouverneur : « *Mourir de peste ou d'autre chose, qu'importe, personne n'échappe à son destin. Mais ce qui nous angoisse, c'est de penser que nous pourrions ne pas rejoindre ceux qui nous attendent au tombeau de famille.* ». Ainsi toutes les mesures de lutte étaient vécues comme des vexations, si bien que les Malgaches ne déclaraient pas les décès, pratiquaient clandestinement inhumations et exhumations, et dissimulaient les rats crevés. O. Helisoa, (1985) reprend les propos de médecins européens, particulièrement un certain Dr Roques, évoquant les soucis permanents rencontrés dans la lutte anti-pestreuse et la difficulté d'agir efficacement « *sans effaroucher les isolés* » – d'améliorer les conditions d'isolement pour les rendre moins pénibles – et les mesures prophylactiques pour les rendre plus humaines. Ces mesures « paternalistes » ont été certainement une des causes de l'amélioration, après 1927, de la santé publique malgache. Mais l'augmentation des coûts occasionnés obligea l'administration à infléchir ces mesures préventives au profit de soins médicaux et chirurgicaux. Les médecins malgaches, qui avaient joué le jeu, avaient été appelés par la population « faiseurs de peste » et avaient perdu leur clientèle. D'autres avaient été corrompus, demandant de l'argent aux malades terrifiés qui, anonymement, se plaignaient d'avoir à vendre leurs « hardes » pour satisfaire le médecin. L'administration assouplit ses mesures : il fut décidé de rendre les corps des pestiférés à leurs familles trois ans plus tard, mais ce décret ne modifia pas la situation. Pire, en 1938 apparut une propagande subversive diffusée par des « libérateurs » malgaches qui mettaient en doute l'intention même de l'Etat dans ses slogans : « La peste est-elle une maladie politique ? » Avait-elle été utilisée par les vainqueurs pour détruire les vaincus ? Le vaccin anti-pestueux avait entraîné les mêmes suspicions.

L'analyse de G. Girard (1943) occulte la dimension politique et ne voit dans l'action médicale qu'une action bienfaitrice. Sa place, et le fait de s'être battu professionnellement contre cette épidémie (il a mis au point un vaccin efficace avec son collègue Robic) ne pouvait qu'influencer sa vision. Ce souci « bienfaisant » est bien sûr présent à l'esprit des médecins alors en poste : les médecins coloniaux étaient certes les courroies de transmission d'un pouvoir jugé oppressant, surtout en période d'épidémie. Ceci n'empêche pas que la préoccupation éthique de soulagement et de soins n'était pas absente de leur esprit. Enfin, ces épisodes relatés par Girard mettent également en évidence le lien étroit entre organisation de la santé publique et administration coloniale, l'action de la première permettant de juger la seconde. C'est pourquoi, au plus fort de la lutte antipesteuse, les populations jugées malmenées ne pouvaient que soupçonner l'Etat colonial d'utiliser une maladie pour les écraser encore plus et pourquoi ne l'aurait-il pas inventée pour les supprimer ? Dès 1929, les nationalistes utilisèrent l'argument de la peste pour leurs revendications égalitaires. En 1936, l'avènement du Front Populaire en France, permit l'expression ouverte des Mérima contre le système oppressif de l'administration coloniale. Aussi les refus de la vaccination étaient brandis au même titre que le non paiement des impôts ou la grève. A partir de 1937, le vaccin mis au point à l'IPM par

Girard et Robic permet un contrôle de la peste ; dans les années 1950, les découvertes de la chloroquine et du DDT permettront l'élimination du paludisme des Hautes Terres.

B. UN SYSTEME DE SOINS VICTIME DE CRISES : SANTE DE L'ETAT ET ETAT DE LA SANTE A MADAGASCAR DEPUIS L'INDEPENDANCE

Depuis son indépendance, l'Etat malgache subit l'alternance de pouvoirs légitimes, mais tous conclus dans la douleur et la violence, et de périodes de transition troublées. En 2013, la santé du pays n'est pas bonne, le système de soins est une des principales victimes. Nous allons retracer l'histoire récente du pays et au travers des événements sociaux, économiques et politiques, constater comment le système de santé et son corollaire, le système de soins, ont pu être bonifiés ou sacrifiés au nom d'idéologies variées. Les cinquante années depuis l'indépendance de Madagascar ont été fort troublées. Elles peuvent être regroupées en quelques périodes, plus ou moins longues, de doutes mais aussi parfois de rares embellies. Pour chacune des périodes, nous situerons le contexte politique général du pays et son influence dans le domaine socio-économique. Les impacts sur la santé seront examinés au fur et à mesure.

1. Indépendance et transition

La première période qui suit l'indépendance du pays dure douze ans (1960-72) : c'est le temps de la première République, dirigée par le président P. Tsiranana. Sur le plan de la **politique** pure, l'indépendance de Madagascar est proclamée le 26 juin 1960. Dès le lendemain sont signés des accords de coopération, maintenant des liens étroits avec la France dans divers domaines : défense, monnaie, économie, santé, enseignement. Les Malgaches perçoivent la présence française comme le signe d'une indépendance purement formelle. Si l'industrialisation progresse, le président Tsiranana ne peut éviter les difficultés économiques. De plus, l'administration continue à contrôler étroitement les populations rurales et la nature des impôts reste inchangée. Le parti social-démocrate règne sans partage. Les deux principaux partis d'opposition sont l'AFKM (« Parti du congrès de l'Indépendance ») et le « Monima » (Madagascar aux Malgaches) de Monja Jaona. Le pouvoir colonial avait régulièrement échoué dans ses ambitions de décentralisation administrative, le jeune Etat n'y changera rien.

La première République essaya d'affirmer et de réaliser un projet **économique**, mais avec une marge de manœuvre limitée, par le développement des investissements publics¹⁴⁵ et une limitation de la croissance des dépenses de fonctionnement (en 1966, elles représentaient 87% du budget et 74% en 1969). La forte augmentation des emplois administratifs fut compensée par le blocage des traitements et salaires, et une pression fiscale accrue. Dans le monde rural, le pouvoir d'achat des riziculteurs n'a cessé de se

¹⁴⁵ Les dépenses publiques passeront de un cinquième à un quart du PNB entre 1960 et 1972. On assiste à un accroissement des investissements publics de 32% de 1960 à 1966 et de 45% de 1966 à 1970. Cet effort permit de donner un coup d'arrêt à la dégradation de la situation alimentaire (entre 1964 et 1965, il fallut importer 78 000 tonnes de riz).

détériorer de 1950 à 1973. Une pression sur les salaires a pu maintenir aussi bas que possible le prix du riz. Le surplus de riz a toujours été extorqué aux paysans par la contrainte : l'hostilité de la campagne pour la ville est si fondamentale que l'exode rural s'en trouve par là même limité. Comme à l'époque actuelle, il ne rendrait compte que de 15% de la croissance urbaine. Les trois principaux foyers de production rizicole, Hautes Terres, lac Aloatra et Marovoay, voient une augmentation de la production de 200 000 tonnes en 1963 à 310 000 tonnes en 1970, mais les gains sont rapidement annulés par la croissance démographique. Une opération « productivité rizicole » entre 1965 et 1970, sera l'amorce d'une révolution verte : petite mécanisation et intensification par le recours aux engrais chimiques en seront la base. On fera par ailleurs une tentative d'association élevage et culture dans le moyen-Ouest sur des terres neuves (FREMIGACCI, 2007). Le secteur industriel va se développer dans plusieurs domaines : textile, construction, industrie alimentaire, petite mécanique. Il souffre néanmoins d'une étroitesse du marché et de la faiblesse du pouvoir d'achat de la population. Le commerce extérieur reste structurellement déficitaire. La dépendance extérieure est forte, puisqu'en 1969, 90% des entreprises sont étrangères.

Dans le domaine de la **santé**, à Madagascar comme dans les autres ex-colonies françaises, les hôpitaux et dispensaires datant de l'époque coloniale furent conservés après les indépendances. Ils étaient entretenus grâce à la coopération intergouvernementale. La France a notamment maintenu un important réseau d'hôpitaux et de médecins coopérants dans ses ex-colonies, jusque à la fin des années 1970. Survinrent alors des restrictions budgétaires, ayant entraîné la fin de ce type d'aide. Parallèlement, des médecins nationaux avaient été formés, mais le faible budget accordé à la santé par les gouvernements des pays du Sud n'ont pas permis d'assurer une relève efficace par les professionnels de santé locaux. On se rendait alors compte que les grands hôpitaux des capitales n'étaient que des copies conformes de structures conçues pour un pays industrialisé, par conséquent inadaptés pour faire face aux besoins de santé des populations (BRAUMAN, 2009). Sans entretien, ces structures de soins se sont très vite dégradées, avec des répercussions sur la qualité des soins, la motivation des personnels et l'hygiène globale. A la dégradation des formations sanitaires des capitales, a succédé une rapide détérioration des structures rurales, totalement négligées, oubliées, ignorées, abandonnées. Mais corriger au moins en partie le déséquilibre villes/campagnes, en portant des efforts sur les zones défavorisées, à l'écart des centres urbains, allait de soi pour de nouveaux organismes d'entraide privés¹⁴⁶. L'échelle plus réduite requise pour un centre de soins offrant un service à tous, était une raison supplémentaire pour s'installer dans les campagnes. Les hôpitaux et centres de santé à vocation confessionnelle, créés à l'époque coloniale représentaient un modèle pour les intervenants internationaux. Ce type de structures occupe encore à nos jours une part importante dans le système de soins des pays défavorisés ; ils sont accessibles aux plus démunis.

¹⁴⁶ Les organismes d'entraide privés sont globalement des associations humanitaires ou confessionnelles, non gouvernementales, mais régies par les lois du pays dans lequel elles coopèrent.

Madagascar est devenu un Etat démocratique et social. Sur le plan administratif, le pays est divisé en six provinces (voir carte 12, page 73). A la tête du ministère de la santé, se trouve la Direction Générale de la Santé publique (DGSP), qui gère plusieurs services :

- le service général d'hygiène et de prophylaxie ;
- le service des œuvres sociales ;
- les services provinciaux de santé ;
- les hôpitaux et les établissements d'intérêt général.

Les formations sanitaires fixes relevant du service public étaient de huit ordres et niveaux d'importance, renforcées par des établissements spécialisés urbains. Leur mission était de dispenser des soins aux malades et d'assurer des activités de prévention, de prophylaxie et d'éducation sanitaire et nutritionnelle. Du haut en bas de la pyramide sanitaire, on trouvera :

- l'hôpital général, installé dans la capitale. C'est un complexe regroupant trois établissements : Ampefiloha, Befelatanana et l'hôpital militaire Soavinandriana.
- les hôpitaux principaux (HP), au nombre de cinq, situés dans chaque province (*faritany*). Centres de diagnostic et de traitement, ils sont aussi la référence pour des examens de laboratoire. Ils comportent un service de chirurgie générale, une maternité, des services spécialisés (odontologie) et un service de médecine préventive, éducative et sociale (REGNARD, 2003). Le Service provincial de Santé est l'échelon intermédiaire dans l'organisation sanitaire sur le territoire. Il forme une unité géographique à l'intérieur de laquelle l'autorité sanitaire est exercée par un médecin ; il occupe le poste de chef de service. Ce dernier représente le ministère de la Santé dans le *faritany*. Il est chargé de coordonner et d'évaluer à l'échelle provinciale les programmes de médecine curative, préventive, éducative et sociale, et d'autre part de gérer les ressources (personnel, matériel et finances).
- les hôpitaux secondaires, médico-chirurgicaux (HMC) assurent, outre des soins médicaux, une petite activité chirurgicale. On en compte un dans les provinces de Tananarive, Tamatave et Diego Suarez et trois dans la province de Tuléar.
- les hôpitaux secondaires simples (HSS) sont au nombre de 60, répartis dans toutes les provinces. Ils possèdent un service de médecine et un petit laboratoire d'analyse pour les hôpitaux du chef-lieu de circonscription médicale¹⁴⁷. A noter que les provinces de Majunga et de Tuléar sont faiblement équipées en hôpitaux : 9 pour 18 sous-préfectures pour la première, 10 pour 19 pour la seconde.
- les centres médicaux (Cm) pratiquent des soins de médecine générale. Il y a parfois quelques lits de secours. On en dénombre 96 sur le territoire.
- les postes sanitaires (PS) sont dirigés par un infirmier assisté d'une sage-femme. Ce sont les formations sanitaires les plus nombreuses (321).

¹⁴⁷ Les Circonscriptions Médicales (CM) correspondent à un élément administratif charnière entre le niveau intermédiaire et le niveau périphérique. Elles sont une subdivision du service provincial de santé et représentent le ministère de la Santé. Un médecin inspecteur est à la tête d'une circonscription. On y trouve des activités et structures sanitaires variées, fixes et mobiles, publiques et privées.

- les postes d'accouchement (PA) au nombre de 63, sont dirigés par une sage-femme assistée d'une servante. Ils comportent un nombre variable de lits et ont une mission de médecine préventive : protection mère-enfant, vaccinations et éducation sanitaire dans les écoles.
- les postes d'infirmiers (PI) sont dirigés par un infirmier aidé d'un servent. Il y en a 135 à travers le pays. Ils assurent un traitement de premier secours et font le dépistage clinique des grandes endémies, effectuent des vaccinations et une éducation nutritionnelle et sanitaire. Ce sont aussi des centres de nivaquinisation (distribution préventive de Nivaquine contre le paludisme).

Quelle était la population de chaque province et comment était-elle répartie ? Quelles sont les limites des circonscriptions médicales et la taille des sous-préfectures ? Il nous manque ces informations essentielles. Le souci était de doter chaque territoire rural d'un minimum d'équipement sanitaire et de personnel de santé. Globalement durant cette période (RICHARD, 2005), on a assisté à un essor important des hôpitaux des grandes villes avec l'appauvrissement et le dépérissement des hôpitaux secondaires et des centres ruraux. Les budgets provinciaux qui supportaient le fonctionnement des hôpitaux secondaires et de toutes les formations sanitaires rurales étaient moins nantis que le budget prenant en charge l'hôpital général et les hôpitaux spécialisés situés à Tananarive, ainsi que les cinq hôpitaux principaux des chefs-lieux de province. Les hôpitaux assuraient un rôle essentiellement curatif, vu la prédominance du service de la médecine de soins au niveau du ministère.

Tableau 19 : Les formations sanitaires à Madagascar au 31 décembre 1974

Provinces	Nombre de CM	Nombre de SP	HG	HP	HMC	HSS	CM	PS	PA	PI
Tananarive	4	12	1	-	1	14	23	86	3	34
Fianarantsoa	6	19	-	1	-	14	17	69	26	14
Tamatave	6	15	-	1	1	13	11	68	4	10
Diego Suarez	3	8	-	1	1	5	8	7	2	26
Majunga	6	18	-	1	-	8	20	44	16	27
Tuléar	8	19	-	1	3	6	17	47	12	24
Total	33	91	1	5	6	60	96	321	63	135

Source : Régnaud (2003).

La courte période suivante (1972-75) est une phase de transition. Au niveau **politique**, c'est le temps de la révolution malgache, renversant la première République très liée à la France. Un soulèvement populaire, animé par le parti politique de la Monima, éclate en 1971 dans le « pays » Androy. Il sera durement réprimé. En 1972, quelques semaines après la réélection du président Tsiranana, des mouvements populaires urbains renversent le régime auquel ils reprochent sa politique néocolonialiste, son autoritarisme et sa corruption. Tsiranana remet les pleins pouvoirs au général Ramanantsoa le 18 mai 1972. Une réorientation radicale s'opère alors. Didier Ratsiraka, ex-ministre des affaires étrangères, négocie en juin 1973 une révision des accords de coopération franco-malgache. Les bases militaires françaises sont évacuées le 1^{er} septembre 1973 et

Madagascar quitte la zone franc. Des relations diplomatiques sont nouées avec les pays socialistes. L'Etat malgache crée plusieurs sociétés d'intérêt national qui doivent à terme, remplacer les anciennes compagnies coloniales. Par ailleurs, l'impôt sur les bœufs et la capitation sont abolis. Enfin, le ministre de l'intérieur, le colonel Ratsimandrava, remet à l'honneur le *fokonolona*¹⁴⁸, communauté villageoise siégeant en assemblée, dans le cadre d'une « *restructuration du monde rural en vue de la maîtrise populaire du développement* » (FREMIGACCI, 2007). Ce programme suscite des dissensions au sein même du gouvernement et vaut à Ratsimandrava l'hostilité de certains milieux d'affaires. Il sera néanmoins nommé chef de l'Etat mais disparaîtra de façon tragique, par assassinat, le 11 février 1975.

Est-ce un comble ou une plaisanterie ? Des cas de malnutrition par excès de nourriture

Au début des années 1970, un article (RAHARISON et al, 1972) paraît sur les maladies de surcharge parmi les cadres malgaches. Nous en citons quelques morceaux choisis. « *La fréquence de la malnutrition est reconnue depuis longtemps à Madagascar. De nombreux et nécessaires efforts de prévention et de traitement sont dirigés contre ce fléau social (...). Mais la pathologie des pays tropicaux tend à ressembler à celle des pays tempérés et développés et nous croyons de notre devoir d'attirer l'attention sur l'existence de maladies de surcharge qui, pour être plus rares que les maladies carencielles n'en posent pas moins un problème (...). Ces maladies, dites de civilisation, commencent en effet à être un facteur de morbidité et de mortalité à Madagascar, leur complication essentielle est représentée par l'athérosclérose coronarienne ...* » (...) « *A l'hôpital Befelatanana (Tananarive), on a relevé 35 observations de malades : fonctionnaires, cadres supérieurs et professions libérales. Des facteurs psychosomatiques (sédentarité, surmenage) et diététiques (repas trop copieux, excès de graisses et d'alcool) sont notés. L'hypertension artérielle et le tabagisme complètent les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires* ». Est-ce une farce, un paradoxe ou le résultat d'une grande enquête dans la caste dominante ? Depuis ces années 1970, on a vu (se reporter au chapitre 4) que les mal-nutritions par défaut étaient largement dominantes dans ce pays.

2. Seize années difficiles, vers la faillite du pays (1975-1991)

Le régime de la République Démocratique de Madagascar a conduit le pays à la faillite. Le Directoire Militaire à la tête de l'Etat pendant trois ans, va porter D. Ratsiraka au pouvoir le 15 juin 1975. En août de cette même année paraît le *boky mena* (« livre rouge »), contenant la charte de la révolution socialiste malgache. Approuvée par référendum, elle est promulguée en décembre. Il s'agit de mettre en œuvre, notamment dans les domaines de l'éducation et de l'économie, les revendications de 1972 :

¹⁴⁸ Le *fokonolona* est l'unité communautaire de référence dans la société malgache (*foko* signifie ensemble, ou par extension la cellule familiale, *lona* désigne la personne). C'est un exemple d'entraide et de solidarité active : si un incendie survient quelque part, par exemple, toute la population du quartier vient apporter son aide.

démocratisation, malgachisation et décentralisation. Les biens français et les secteurs économiques vitaux sont nationalisés, l'autogestion ouvrière et une réforme agraire instaurées, des accords de coopération signés avec les pays socialistes. Mais la démocratie régresse, la corruption revient et l'économie subit les contrecoups des deux crises pétrolières mondiales et de la chute du prix des matières premières. D'où l'épuisement des réserves de devises au début des années 1980 et l'instauration d'une économie de pénurie. Ces difficultés contraignent le gouvernement à engager des négociations avec les institutions internationales¹⁴⁹, donc à renouer avec le monde occidental et à adopter, à partir de 1982, une politique d'ajustement structurel. Le président initialement nommé, sera élu au suffrage universel en 1982 et 1989, mais la fermeture du pays va le conduire à la faillite.

A partir du début des années 1970, Madagascar a connu une grave **crise économique** qui a eu des répercussions dans tous les domaines de la vie du pays (FOURNET-GUERIN, 2007, B). De nombreuses études ont été réalisées dans le monde rural¹⁵⁰. La capitale n'a pas été épargnée, subissant directement les effets de cette crise : dégradation du niveau de vie dans la population urbaine, dégradation très forte de l'aspect de la ville, restriction voire disparition des loisirs. La perception des aspects de la crise est traumatique pour la population. La capitale est touchée par deux biais :

- en 1970, on note une accélération de l'exode rural depuis les campagnes avoisinantes : incitation est donnée aux « petits¹⁵¹ », pour qu'ils s'installent en ville ; la ville prospère, concentrant les services de santé et d'éducation, et les emplois. Elle se devait d'accueillir les paysans pauvres, mal soignés et analphabètes.
- Une très forte croissance démographique de la population de Tananarive ; depuis 1960, la population a été multipliée par presque cinq.

Nationalisations et « malgachisation » sont les marques de la révolution socialiste. L'annonce des nationalisations est faite le 31 août 1973. Elles concernent tous les domaines de la vie sociale : banques, assurances, commerce extérieur, transports intérieurs et extérieurs, énergie, mines, industrie pharmaceutique. Dès 1977, l'Etat contrôlait plus de 60% de l'économie, un tiers de l'industrie, 60% des exportations et 70% des importations.

a) Le problème de la dépendance alimentaire

Sur le plan économique, la collecte et la distribution des produits agricoles, du riz en particulier, sont libéralisées. Il en résulte une hausse substantielle des prix des denrées de base que l'Etat, en « bon élève » du FMI, ne peut plus subventionner. Ces mesures, qu'accompagnent des dévaluations successives, entraînent un appauvrissement général. Les campagnes se sont retrouvées abandonnées à elles-mêmes. En 1973, la collecte du riz

¹⁴⁹ Les chartes, directives et conventions internationales (Alma-Ata 1978, Lusaka 1985, Harare 1987 et Bamako 1987) ont toutes été signées par le gouvernement malgache (EBOKO, 2003).

¹⁵⁰ On lira avec intérêt sur ce sujet les ouvrages de J.-P. Raison (1984), de C. Blanc-Pamard (1986, 1995) ou de B. Koto (1995).

¹⁵¹ Un des slogans du président Ratsiraka était : « Le pouvoir aux petits ».

baisse de 30% (près de 100 000 tonnes), d'où l'impératif d'en importer. En 1974, c'est un nouveau record des importations de riz : 125 000 tonnes puis ce sera l'escalade : en 1980, 173 000 tonnes et 200 000 en 1981. La charge pour les finances publiques est amplifiée par les chocs pétroliers. Quelles sont les causes majeures de la crise et son évolution depuis les années 1970 ? La dégradation de la situation économique du pays s'est produite en raison des choix opérés par le régime d'inspiration socialiste de D. Ratsiraka :

- la rupture des liens avec la France ;
- le choix d'une politique économique autarcique ;
- une profonde désorganisation des circuits commerciaux ;
- l'effondrement de la production agricole et industrielle ;
- des nationalisations hasardeuses.

Il s'en suit un appauvrissement rapide et marqué, tant du pays que de ses habitants : effondrement du pouvoir d'achat, régression du réseau de transport à l'échelle du pays, les systèmes d'éducation et de santé subissent des dégradations considérables, le tout dans un contexte de corruption généralisée et de clientélisme politique qui a malgré tout permis au régime de se maintenir.

b) « *D'Alma Ata à Bamako, l'échec d'un système* » (BRAUMAN, 2009)

La concentration des moyens médicaux dans les villes, et principalement les capitales, a fait l'objet de critiques dès les années 1970. Des associations, des experts, des mouvements politiques progressistes mettent en cause, avec raison, l'injustice résultant du gigantisme et de la centralisation des structures médicales qui allaient de pair, mais aussi l'accent mis sur les **soins curatifs** au détriment de la prévention. La conférence organisée par l'OMS à Alma Ata (Kazakhstan) en 1978 est un moment important de cette critique. Elle se fixa pour but de « *donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive* ». Les moyens retenus pour atteindre cet objectif ambitieux furent les « soins de santé primaires » mis en œuvre par des « agents de santé communautaires ». Le principe de la gratuité des soins, affirmé dans les déclarations d'indépendance et les constitutions de la plupart des pays nouvellement indépendants, était réaffirmé. La priorité était donnée à l'éducation pour la santé, à la promotion d'une alimentation saine et à la fourniture d'eau potable, mesures mises au même rang que la vaccination, le traitement des maladies courantes et le contrôle des endémies. Les agents de santé villageois choisis pour leur dévouement à la communauté, étaient formés en quelques semaines à des techniques simples de prévention, supposées efficaces pour venir à bout de l'essentiel des pathologies courantes.

Ces recommandations, qui n'excluaient nullement les centres de santé et hôpitaux (soins dits respectivement secondaires et tertiaires), furent diversement interprétées par les gouvernements concernés. Mais nombre d'entre eux, en particulier en Afrique, s'en saisissent comme d'une aubaine, car elles leur fournissaient « **une stratégie légitime de sous-médecine pour les pauvres** » (BRAUMAN, 2009), en reportant sur la population la

charge de sa santé. Pour de toutes autres raisons, les principes d'Alma Ata trouvèrent également au-delà des gouvernements un large soutien. Le modèle du médecin « aux pieds nus » agissant sur la santé de tous par la vertu de ses conseils, confortait en effet le paradigme préventif selon lequel la santé est d'abord le produit d'un comportement conforme aux normes de l'hygiène. De nombreuses ONG s'en emparèrent également pour ces raisons. Eduquer les mères à l'alimentation correcte de leurs enfants, creuser et protéger des puits, fournir des équipements de base aux postes de santé constituait un programme modeste et accessible, marqué par un apparent pragmatisme et entériné par les plus hautes autorités de santé. Il présentait également à leurs yeux le grand mérite de soustraire la santé à l'autorité des médecins et à l'emprise des laboratoires pharmaceutiques, puisque la quasi-totalité des maladies résultaient, selon les tenants d'Alma Ata, d'un manque de prévention. Celle-ci mise en place, le savoir-faire clinique et thérapeutique n'était plus qu'un accessoire.

L'échec de cette stratégie fut à peu près total. La critique des excès du centralisme sanitaire avait débouché sur une dispersion, une fragmentation et un effondrement de la qualité des soins, dont le marché privé de la santé fut le premier et l'unique bénéficiaire. La vente sauvage de médicaments se développa ; les praticiens auto-proclamés, traditionnels ou non, se multiplièrent, répondant à une demande de soins qui allait croissant et ne trouvait pas de réponse crédible aux yeux de la population. Moins d'une décennie plus tard, en 1987, les ministres de la santé se réunissaient à Bamako, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef, pour réfléchir aux moyens de relancer leurs systèmes de santé défaillants. Cette conférence, dite « **Initiative de Bamako** » se fixait pour objectif d'élever le niveau médical dans le **système de soins** de santé primaire, et de le pourvoir en médicaments génériques essentiels. Outre cette attention nouvelle portée aux soins médicaux curatifs, la nouveauté résidait dans la participation financière des patients, l'insuffisance de fonds étant considérée comme une cause primordiale de l'échec. Qu'il soit forfaitaire ou réglé à la prestation, le paiement des soins était désormais à l'ordre du jour, sous le contrôle d'un comité villageois chargé de veiller à la bonne utilisation des fonds recueillis. Le financement par la « participation communautaire » devait assurer la pérennité d'un dispositif permettant à tous l'accès aux médicaments essentiels à un prix abordable.

c) Mise en place d'un plan d'ajustement structurel draconien

Dans les années 1980 (MESTRE, 2003), les gouvernements des pays en voie de développement (PEVD) ont vu se développer de sérieux problèmes dans le financement de leurs services de santé. Sous l'effet de la crise mondiale, les budgets de la santé s'effondrent alors que les besoins de santé augmentent parallèlement à la croissance démographique. Les programmes d'ajustement structurel ont eu des effets délétères : baisse globale des budgets de fonctionnement des services de santé, arrêt du recrutement de personnel de santé, manque chronique de médicaments et de petits équipements. Les Etats ne pouvaient plus garantir la gratuité des soins. L'une des réponses à cette situation complexe fut l'« Initiative de Bamako » (1987), comme modèle de développement

sanitaire. L'objectif principal est l'accès pour tous aux soins de santé primaire (SSP). Le district de santé sera retenu comme cellule de base du système de soins. Ses grandes lignes en sont :

- L'accès pour tous aux soins de santé primaire à travers la décentralisation des décisions de santé au niveau des districts.
- La participation communautaire aux SSP (dont une participation financière).
- L'approvisionnement en médicaments essentiels.
- La promotion de la santé maternelle et infantile.

La question monétaire fut une véritable préoccupation pour une population appauvrie.

Depuis l'indépendance, la santé est gérée par l'Etat malgache. La charte de la Révolution Socialiste Malgache fixe le « droit à la santé » comme le droit le plus légitime du peuple (REGNARD, 2003). D. Ratsiraka reprochait au système de santé d'avoir été conçu « en fonction des besoins de la minorité dominante » pendant l'ère coloniale, avec pour conséquence une concentration des hôpitaux et des postes sanitaires dans les villes, au détriment des campagnes. Fidèle à sa volonté de promouvoir le développement du système de santé sur l'ensemble de l'île, le gouvernement a mis en œuvre, entre 1975 et 1985, une politique ayant notamment pour conséquences :

- l'intensification de la formation du personnel médical,
- la création d'un peu plus d'un millier de centres de soins de santé primaire, afin de renforcer le quadrillage sanitaire des zones rurales défavorisées,
- le renforcement et la réhabilitation des formations sanitaires de niveau intermédiaire (HSS, Cm...),
- l'ouverture de nouveaux établissements de soins à différents niveaux (HCN, Ps en milieu rural),
- la construction et l'ouverture d'une usine pharmaceutique à Tananarive,
- l'installation d'équipes sanitaires mobiles au niveau des centres médicaux et des dotations en équipement (ambulances).

Tableau 20 : Eléments structuraux du système de santé malgache

	1975	1980	1985	1990	1995
Part du budget de la santé (%)	9,6	6,5	6,9	5,4	7,1
Effectifs de médecins / 1000 h	1,2	1,5	2,6	3,4	4,8
Nombre de lits / 1000 h	23,8	21,7	21	19,4	
Hôpitaux généraux	2	3	3	3	5
Hôpitaux principaux	5	5	5	5	5
Hôpitaux médico-chirurgicaux		15	13		20
Hôpitaux secondaires	69	69	70	71	72
Centres médicaux (Cm)	125	131	154	156	161
Postes sanitaires (Ps)	525	581	635	671	648
Centres de soins de santé primaire (CSSP)		670	1103	1098	1078

Sources : Régnaud (2003).

Les valeurs indiquées dans ce tableau sont à prendre avec des réserves. La part du budget de la santé serait en 1995 de 2,3% ou 2,7% selon d'autres sources. Les cases vides correspondent à une absence de donnée.

Mais des problèmes relatifs aux ressources persistent. Ils correspondent essentiellement à des discordances entre les postes budgétaires, les possibilités d'emplois et les effectifs des diplômés sortants (REGNARD, 2003). Ils sont imputables également à des insuffisances de moyens de soutien de la politique sanitaire (crédits en médicaments, équipements...) et à l'insuffisance des crédits de fonctionnement. Dans la pratique, un tel système est très lourd à gérer, et il s'avère que le fonctionnement d'une circonscription médicale est très complexe.

Dans ce système, l'hôpital général (dans la capitale) et l'hôpital principal (dans les chefs-lieux de province) sont la référence de toutes les évacuations de la province. Mais quand un malade arrive à l'hôpital, rien ne permet au médecin inspecteur de connaître l'origine et les mouvements de déplacement de ce malade. Les rapports d'activité des services manquent de précision.

Chaque circonscription médicale est donc rattachée à un hôpital de référence (HMC ou HSS). Si le médecin inspecteur est le premier responsable, il n'a pas de rôle administratif ou opérationnel dans le fonctionnement de l'hôpital, dirigé par un autre médecin qui a la fonction de directeur. Les centres médicaux sont tenus par un médecin : le médecin-chef du secteur, à qui le médecin inspecteur délègue son pouvoir de superviser tous les services de santé du secteur médical. Le médecin-chef d'un centre médical est responsable du fonctionnement de tous les services de santé dans son secteur et aussi de la prise en charge des problèmes de santé de la population. Ainsi, il est tenu :

- de coordonner et d'intégrer les activités sanitaires des formations sanitaires de base ;
- de résoudre les problèmes médicaux et sanitaires dépassant la compétence technique du personnel de base ;
- d'assurer la formation continue de ce personnel ;
- d'inculquer, de maintenir et d'animer le travail en équipe dans son secteur ;
- d'assurer la supervision et l'évaluation des différentes tâches réalisées dans le service de base.

De manière récurrente, les centres médicaux ne disposaient ni d'une autonomie financière ni de crédits de fonctionnement. Le médecin-chef devait établir ses besoins en fourniture de service une fois par an, puis les envoyer au médecin inspecteur. Celui-ci disposait des crédits de fonctionnement de toute la circonscription médicale (CM) et dressait les priorités de ces besoins. Cette dépendance se traduisait, le plus souvent, par une méconnaissance des besoins prioritaires réels. Ainsi, les critères de répartition des médicaments s'établissaient, au niveau de la CM, par le médecin inspecteur et ses collaborateurs, suivant des quotas basés sur l'importance du type de formation, de la population, des principales activités curatives et préventives et de la morbidité. Cela a eu notamment pour effet de favoriser le recours à la médecine traditionnelle. L'Etat souhaite

développer l'éducation sanitaire et la prévention, mais aussi démocratiser les collectivités communautaires¹⁵², en les associant aux programmes de santé.

Administrativement, le découpage de l'île en six provinces a persisté. Trois d'entre elles ont vu augmenter d'une unité le nombre de CM (Tananarive, Fianarantsoa et Tamatave). Le nombre de sous-préfectures est passé de 91 à 109. L'orientation politique de Madagascar durant la seconde République vers le socialisme a entraîné l'adoption d'une nouvelle politique sanitaire basée sur :

- la prépondérance accordée à la médecine préventive sur la médecine curative ;
- la primauté de la médecine communautaire sur la médecine individuelle ;
- l'intérêt accru porté sur la santé de la masse rurale, qui constituait plus de 80% de la population ;
- l'importance de l'éducation sanitaire de la population.

C'est ainsi que sur le terrain, on a assisté à la création de trois entités supplémentaires (RICHARD, 2005), une forme de démocratisation des prestations sanitaires : les centres de soins de santé primaire (CSSP), au nombre de 1100, les services médicaux (Sm) – 202 centres, et les services de santé (Ss), 190 structures venant en plus des formations pré-existantes et compliquant un peu plus la carte sanitaire.

Les établissements de soins publics ont connu une période difficile :

- les bâtiments, n'ayant pas eu d'entretien depuis leur construction, nécessitaient un programme de réhabilitation, des travaux courants en régie étaient à faire ;
- d'une manière générale, l'hôpital était sous-équipé et les matériels existants étaient usagés ou obsolètes ;
- les ateliers n'assuraient plus ou peu de maintenance, par manque d'outillage et de matières premières ;
- les médicaments et consommables médicaux ainsi que les produits d'entretien et les fournitures de bureau étaient insuffisants.

Deux problèmes majeurs se sont posés. Le premier est inhérent au système même de santé, trop lourd à gérer : il y avait fréquemment des discordances entre les postes budgétaires, des insuffisances de moyens de soutien de la politique sanitaire (crédits en équipements) et des crédits de fonctionnement. Cela a généré un certain nombre de dérèglements dans le système, notamment une pénurie récurrente de médicaments et/ou de matériels médical et chirurgical. Le second relève d'un choix de politique économique qui a amplifié ces pénuries. En effet, souhaitant promouvoir le traitement des produits domestiques et encourager les industries de substitution, l'Etat décide de limiter les importations, y compris dans le domaine médical (médicaments, matériels). Cependant, cela est moins vrai des médicaments. En effet, les importations ont vraisemblablement été limitées mais elles n'ont pas cessé. Face à ces problèmes, conformément à la constitution

¹⁵² Dans la société malgache, la collectivité de base est le *foko* (cellule familiale), le niveau supérieur est le *fokontany*, village, quartier de la ville ou arrondissement, présent sur tout le territoire. Le chef du *fokontany*, nommé par la population, est le premier recours dans les rapports de la population avec l'administration. Garant du « bon droit », il gère notamment les conflits de voisinage ; son autorité est certaine.

adoptée par référendum le 19 août 1992 – reconnaissant le droit à la santé et au bien-être pour tous, adoptant comme principe la lutte contre l'injustice, les inégalités et la discrimination sous toutes ses formes ainsi que l'application de la décentralisation effective – diverses réorganisations primordiales furent effectuées dans le système hospitalier du pays.

d) La santé dans la capitale pendant la crise

Depuis le début de la crise, la population de la capitale a presque doublé. En 1975 elle comptait 451 000 habitants, en 2000 presque 1 million. Cette croissance est un des facteurs de la crise : la ville n'avait pas les moyens d'accueillir de façon satisfaisante des centaines de milliers d'habitants supplémentaires. De plus, les choix annoncés sous la colonisation d'urbaniser les quartiers de plaine (inondables) a renforcé les difficultés : le coût des aménagements y est beaucoup plus élevé que sur les collines. Le régime a mené une politique indirectement hostile à la capitale, en délaissant la gestion municipale, en livrant la ville à elle-même, avec comme conséquence la dégradation rapide des équipements publics, des services, des infrastructures et du paysage urbain.

Le recours à la médecine moderne est très largement développé dans la capitale malgache, depuis longtemps et qui plus est pour toutes les couches de la société. A Tananarive, les pratiques traditionnelles n'ont longtemps joué qu'un rôle résiduel pour plusieurs raisons : implantation précoce d'équipements sanitaires créés au XIX^e siècle par les missionnaires puis sous la colonisation (hôpitaux et dispensaires). Les tananariviens sont largement consommateurs de médicaments occidentaux (l'existence d'une industrie pharmaceutique malgache, qui produit des médicaments génériques de base, permet à une population nombreuse de se soigner à un coût modique). L'offre de soins (FOURNET-GUERIN, 2007, A) est par ailleurs fort diversifiée et permet aux plus pauvres de se soigner d'une manière ou d'une autre :

- médecins libres percevant des honoraires réduits ;
- dispensaires tenus par des Eglises ou des ONG ;
- beaucoup de salariés et de fonctionnaires sont pris en charge par des dispensaires de médecine du travail et bénéficient d'une sécurité sociale minimum.

Durant la crise, se soigner est devenu trop coûteux. On assiste à une augmentation du prix des médicaments importés. Le moindre imprévu de santé met en péril l'équilibre du budget des ménages et contraint souvent à s'endetter. Des choix sont alors opérés : on va plutôt au dispensaire que chez le médecin libéral (les gens déplorent la qualité médiocre des soins). Pour certains, les plantes médicinales remplacent les médicaments en raison de leur moindre coût. Certaines maladies sont soignées de façon privilégiée avec des plantes : la grippe, les douleurs articulaires, les problèmes d'estomac – c'est-à-dire les petites maladies, quand ce n'est pas grave. Une partie de la population ne se soigne plus du tout : c'est une réduction entre la ville et la campagne. On compte de plus en plus de gens mal soignés en ville, d'où la résurgence de certaines maladies : paludisme, peste, tuberculose (la maladie de la pauvreté), maladies qui avaient pourtant fortement reculé.

Là encore, l'écart avec les campagnes se réduit, les avantages de l'urbanisation se font moins évidents en raison de la crise qui conduit à un renchérissement du coût des soins et à une dégradation des politiques de santé.

3. La troisième République (1993-1997) : un certain libéralisme et des confusions

La presse, libre à partir de 1989, se fait l'écho du mécontentement populaire. Le Conseil permanent des « Forces Vives », créé par l'opposition en 1990, décrète le 8 juillet 1991 une grève générale. Par la Convention du 31 octobre, D. Ratsiraka accepte la création d'une Haute Autorité de l'Etat et d'un gouvernement de transition (1991-1992). Il s'en suivra un mouvement de contestation populaire. Une nouvelle constitution, équilibrant les pouvoirs entre un président élu au suffrage universel et une Assemblée Nationale souveraine, est adoptée en août 1992. A. ZAFY, professeur de médecine et candidat du parti des « Forces Vives », remporte les élections de février 1993. Il affirme privilégier la lutte contre la pauvreté et vouloir faire de son pays le « dragon économique » de l'océan Indien. Mais des conflits entre le premier ministre et les députés entraînent une grande instabilité. En 3 ans se succéderont trois premiers ministres et huit gouvernements. La monnaie perd 60% de sa valeur, la corruption atteint des sommets, et les conditions de vie de la population ne cessent de se détériorer. Le président sera finalement destitué.

a) « *Une société moribonde sous dialyse de l'aide internationale* » ¹⁵³

Madagascar est un pays qui souffre de disette chronique, alors que son agriculture constitue sa principale richesse, mais elle ne bénéficie d'aucune aide nationale de quelque importance. L'essentiel de l'aide internationale est octroyé à l'Etat, pour le soutenir notamment dans ses projets économiques (les sommes sont allouées directement à l'Etat, sans contrôle réel ni co-gestion). Or, aucune stratégie majeure ne concerne de près ou de loin l'avenir de l'agriculture malgache. Il n'y a que quelques projets de coopération, dont Madagascar bénéficie depuis sa réouverture au concert des nations (1989-1990), et un flux croissant d'aides internationales. L'Etat est censé se consacrer exclusivement à la valorisation de ses prérogatives régaliennes (sécurité, enseignement, infrastructures, santé, autosuffisance alimentaire) ; celles précisément que l'Etat malgache est incapable d'honorer. L'Union européenne est le premier donateur du pays, 95% sont des dons (prêts non remboursables). Mais elle n'est ni le seul ni le principal bailleur de fonds (place qui revient à la Banque Mondiale). Dans le milieu des années 1990 cependant, la conjoncture économique présentait des signes encourageants. On assista à l'installation de centaines d'entreprises industrielles en zone franche dans la capitale, employant plus de 100 000 personnes, chiffre considérable pour une agglomération de 1,5 à 2 millions d'habitants. Le FMI, par le biais de ses créanciers (dont la France) impose un rééchelonnement des

¹⁵³ LE LOUVIER AUMONT de BAZOUGES H., 1999, « *Madagascar. L'île de nulle part ailleurs* », L'Harmattan, Paris, 466 p.

dettes. Les conséquences, directes ou indirectes, sont l'inflation, la spéculation, la corruption et une extension de la pauvreté. La majeure partie de la population, essentiellement rurale, subit l'inflation et ne peut compter que sur elle-même. Le chômage est faible, mais les activités parallèles (informelles) proliférantes. Pour la population la plus pauvre, c'est une majoration de l'analphabétisme, de la morbidité et de la malnutrition infantile. Les dépenses sociales sont assurées par des ONG. La situation sanitaire est globalement précaire : un faible nombre de médecins, concentrés dans les villes, surtout Tananarive, une mortalité infantile élevée et une espérance de vie globale à 52 ans. Sur le plan épidémiologique, les principales maladies sont les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les maladies diarrhéiques.

Les instances internationales ont besoin d'encourager le renforcement des structures de l'Etat. L'ajustement structurel s'accompagne toujours de la réduction du nombre des fonctionnaires. La situation économique aidant, cette baisse des effectifs est aussitôt suivie des corollaires que sont l'effondrement des systèmes éducatif et sanitaire (le budget de la santé chute à 3% en 1994), l'abandon de l'entretien des infrastructures nationales et la corruption endémique des appareils administratif, policier – voire militaire ou judiciaire. Dans un PMA, la crise économique est toujours la résultante de l'effondrement ou de la non-existence de l'appareil étatique.

Les difficultés rencontrées par l'Etat malgache sont de plusieurs ordres :

- ponction fiscale insuffisante du fait des sommes non recouvrées ;
- insécurité endémique dans les campagnes (vols organisés de troupeaux de zébus, attaque de villages ou de particuliers) ;
- délabrement général des infrastructures routières, ferroviaires et portuaires.

Le pays s'efforce de résorber le poids de sa dette. Il s'est engagé dans un processus qui semble porter ses fruits : des mutations modestes mais profondes de la société elle-même apparaissent. En 1997, deux courants contraires s'opposent – l'un ouvert et libéral, réclamant une certaine forme d'autonomie provinciale, pour agir en pôle indépendant et qui tend de ce fait à déstructurer l'omnipotence de l'Etat et son hyper-centralisation – l'autre d'un pouvoir étatique représenté par un appareil qui en a les attributs : Président, Gouvernement, Parlement, appareil judiciaire, sans en avoir la force.

b) La santé publique malgache amorce un grand virage

Il est difficile de retracer en quelques mots l'état de la santé publique malgache sans le resituer dans un contexte historique et politique plus large. Sous la pression des institutions de Bretton-Woods (MESTRE, 2003), Madagascar s'est engagé en 1996 dans un vaste effort au profit de la santé et de l'éducation (lutte contre la pauvreté).

- Les grandes lignes de la politique nationale de santé

En mai 1996, le Ministère de la santé a édité le document de référence de sa « Politique Nationale de Santé (PNS) », qui a servi de base à la planification de tous les projets et

programmes de développement sanitaire pour la période 1996-2000 (RICHARD, 2005). Il traduit une réforme profonde du secteur de la santé, dans plusieurs domaines considérés comme prioritaires :

- la **décentralisation** du système national de santé. Elle fut assumée avec comme élément de base **le district sanitaire**, et impliquait un transfert effectif de pouvoir et de ressources, ainsi que l'intégration des activités des programmes de santé au niveau local. Les mots d'ordre étaient réhabilitation, équipement, appui fonctionnel.
- la **participation communautaire** au développement sanitaire se faisait au travers des Comités de Gestion des Centres de Santé (CGCS), autant pour la participation financière que dans la cogestion du système de soins.
- le **recouvrement des coûts** et le financement communautaire vont constituer un élément fondamental du financement du secteur de la santé. Il prendra désormais en compte la contribution de l'Etat, des individus (ménages) et d'autres partenaires au développement sanitaire, qu'ils soient nationaux ou extérieurs.
- la disponibilité de **médicaments et consommables** essentiels doit être assurée à tous les échelons du système de soins par la mise en place d'un système d'approvisionnement fiable à travers une centrale d'achat disposant d'une vraie autonomie de gestion et de ressources. La volonté politique était de fournir à l'ensemble de la population des médicaments de qualité, par un accès physique et monétaire.
- le développement quantitatif et qualitatif des **ressources humaines** pour la santé. Il convient de planifier les besoins, redéployer le personnel dans le sens de l'équité et rationaliser la formation initiale et continue des personnels de santé. Celle-ci doit être harmonisée et intégrée en collaboration avec les différents programmes de promotion de la santé et de lutte contre la maladie.
- la **promotion et la protection de la santé** étaient axées sur la santé du couple mère/enfant, la santé génésique et la planification familiale, la santé des adolescents et la malnutrition. Plusieurs objectifs pour l'an 2000 furent ainsi définis : réduction de la mortalité infantile de 114 à 76 p. mille – réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 166 à 111 p. 1000 – réduction de la mortalité maternelle de 570 à 285 pour 100 000 naissances vivantes – atteindre 20% de couverture contraceptive – réduire la malnutrition modérée et sévère de 40 à 20%.
- la **lutte contre les maladies** doit prendre en compte tout particulièrement :
 - ✓ Le programme élargi de vaccination (PEV) ;
 - ✓ La prise en charge intégrée des principales maladies de l'enfance ;
 - ✓ La lutte contre les endémies et épidémies majeures afin de minimiser l'impact des maladies sur le développement socio-économique du pays.

- A propos du recouvrement des coûts

Le paiement d'une partie des soins par les usagers suppose que ceux-ci puissent payer ! Les conclusions de recherches menées par C. Mestre (2003) à Tamatave traduisent les échecs de cette politique de recouvrement des coûts. Les décideurs n'avaient pas vraiment pris en compte le niveau de perception de la santé et des services de soins par les populations, et omis de diffuser une information préalable. Le budget des ménages les plus pauvres ne permettait pas de faire face à ces dépenses supplémentaires car, outre les frais d'hospitalisation, il fallait tenir compte des dépenses de transport, d'alimentation du patient et de son garde-malade¹⁵⁴, d'achat de médicaments, les gens n'ayant pour la plupart, pas d'argent immédiatement disponible. Par ailleurs, les soignants – ils ne représentent pas une classe sociale aisée – profitèrent de certaines familles pour réclamer de l'argent supplémentaire. La « logique marchande » de la santé n'était pas comprise ni acceptée. Il est apparu rapidement une baisse de fréquentation des services de médecine et de chirurgie. S'agissait-il d'une résistance de la population, d'une rétention de clientèle de la part des médecins libéraux de la ville, d'une désinformation ? Une certaine arrogance de la part des coopérants français, en conflit larvé avec les chirurgiens malgaches, fait que l'hôpital devient, pour la majorité de la population de Tamatave, « *un lieu trop lointain, trop cher et socialement inadapté* » (MESTRE, 2003). Ressurgissait alors le spectre du passé colonial, et le fossé entre riches et pauvres continuait à se creuser. Il se développa au bout du compte un profond ressentiment envers l'Etat.

Force est de constater une accumulation de situations difficiles pour les ménages les plus pauvres (REGNARD, 2003) ; faute de ressources suffisantes, ils n'avaient pas non plus la possibilité de se faire soigner dans une structure de soins moderne. Ils étaient certes reçus aux consultations, mais ils n'avaient que très rarement de quoi honorer le pharmacien. « *Si on n'avait pas d'argent, on ne pouvait rien faire* » (E 20), « *On ne voulait pas aller à l'hôpital car on n'avait pas d'argent, la consultation était payante et en plus il n'y a pas de médicaments, donc il vaut mieux rester à la maison. Mon père est mort en 1995, il avait 68 ans. Mais on ne sait pas de quoi il est mort* », (E 1). Plus généralement, l'ensemble de la population n'a pas été épargné par la désorganisation du système de santé. En effet, le coût médical ayant atteint des niveaux très élevés, il est devenu difficile à assumer pour les ménages, même lorsqu'ils ont une activité professionnelle « *Quand on tombe malade, on n'arrive pas à acheter des médicaments car ils sont très chers et mon salaire ne permet pas de supporter toutes les dépenses* » (E 16), « *C'était un effort financier très important. Il suffisait qu'il y ait une grande maladie dans la famille pour que tout le salaire y passe* » (E 30).

¹⁵⁴ Le malade ne reste jamais isolé lors d'une hospitalisation. Il y a au moins un membre de sa famille, appelé « garde-malade », qui l'assiste. Il s'occupe notamment de préparer les repas. Parfois, c'est une famille entière qui est présente ; elle vit alors dans la cour de l'hôpital durant tout le séjour hospitalier. C'est la conséquence d'une carence en personnel soignant et aide-soignant, et une habitude donnée à la population de prendre en charge son malade pour la partie hôtellerie-restauration.

4. Un nouvel échec en dépit de bonnes intentions (1997-2001)

L'année 1997 marque le retour de l'ex-président D. Ratsiraka, qui renoue avec l'ajustement structurel et normalise les relations extérieures. Sa promesse de « république humanisée écologique » est rapidement oubliée. Madagascar redevient solvable, mais de manière factice. L'Etat assure le paiement des arriérés pour avoir à nouveau accès au crédit international. Le service de la dette en 1998 représente 48% des exportations. Il faut contracter de nouveaux emprunts. D. Ratsiraka nationalise les banques, les sociétés d'import-export, les secteurs clés de l'économie. Une très mauvaise gestion conduit encore à l'échec politique. En l'an 2000, Madagascar est toujours un pays pauvre, et toujours endetté. Une initiative pour un allègement des dettes des Pays Pauvres Très Endettés (PPTe), est alors prise par le G 7. Un certain nombre d'accords et de prêts ont accompagné le retour de D. Ratsiraka en 1997 :

- En mars 1997 s'opère la facilité d'Ajustement Structurel Renforcé. 81,6 millions de US \$ sont fournis par le FMI et un Crédit d'Ajustement structurel de 70,6 millions de US \$ par la Banque Mondiale. La lutte contre la pauvreté est sa priorité. En 1998, la Banque Mondiale finance une vingtaine de projets à Madagascar sans en assurer la réalisation.
- L'Union européenne apporte 162,5 millions de US \$.
- La France a octroyé un financement de 120 millions de FF au titre de l'aide à l'ajustement structurel.
- Les Etats-Unis apportent une aide assez limitée voire marginale (12 millions de US \$). Ils s'intéressent surtout à la prospection minière, à la propagation de la langue anglaise et au soutien des sectes protestantes, qui se répandent tout en soutenant quelques projets ruraux (irrigation) et la protection de l'environnement.
- La banque africaine de développement (Tananarive se trouvait sous le coup de sanctions depuis plusieurs années) apporte 68,3 millions de US \$.
- Des négociations se tiennent avec le Club de Paris et des accords interviennent sur l'annulation et le réaménagement des dettes extérieures du pays, qui s'élèvent à près de 20 milliards de FF.
- L'aide japonaise, depuis 1983, s'exprime sous forme de dons en nature (véhicules automobiles, cars, construction d'écoles et de ponts). Une coopération au projet de développement de la pêche est entreprise.
- Le PNUD lutte contre la pauvreté des populations les plus déshéritées des régions de Tuléar et de Fianarantsoa (1998-2000).

« Il est à noter qu'aucun organisme de coopération internationale ou multinationale capable de fusionner les actions ou de gérer les capacités respectives n'existe, chacun considérant le pré carré de la coopération comme un appendice de la diplomatie et non comme la contribution à une œuvre commune relevant du principe humanitaire de solidarité, sans doute jugé supranational » (LE LOUVIER, 1999). Inversement, ce sont les « organisations mondiales » des Nations Unies (PNUD, UNICEF, FAO, etc) qui, fortes d'une culture globale des maux dont souffre l'humanité, s'attachent à les soigner avec le

plus grand discernement et la plus grande « intelligence », mais elles sont malheureusement desservies par l'engagement relatif auxquelles elles sont condamnées. Faisant suite au Sommet mondial de l'alimentation (Rome, 1996) et à son rapport sur les prochains risques de crise alimentaire du Tiers-Monde, la FAO, en coopération avec la France et le gouvernement malgache, a engagé un programme de trois ans intitulé « Programme spécial de sécurité alimentaire (PSSA) à Madagascar », dont l'objet est d'assurer de façon durable la gestion de l'eau, de développer les élevages de cycle court et les pratiques améliorées de la riziculture, la culture améliorée du manioc, de la patate douce et les cultures maraîchères de contre-saison (développement de la pomme de terre). Au coté des techniciens de l'aide oeuvrent les agents plus anonymes d'une aide non quantifiée, mais tout aussi fondamentale, parce qu'elle touche directement la population la plus nécessiteuse, ou celle qui accepte de prendre le plus de risques ; il s'agit des nombreuses ONG ou associations caritatives, bien souvent bénévoles, qui se substituent aux fonctions vitales que l'Etat n'est plus en mesure d'assumer. Si certaines sont les ambassadrices d'un courant humaniste quelque peu « artisanal », les autres apparaissent plutôt comme les commerciaux de l'« industrie humanitaire », dont les relations avec les organismes internationaux ou communautaires comme avec les industries pharmaceutiques ou agro-alimentaires, sont parfois opaques. Le domaine le plus porteur demeure celui de la santé, du fait du caractère spectaculaire qui est toujours lié aux conséquences malheureuses des insuffisances rencontrées. *« Alors que la santé est une des priorités intangibles des discours électoraux depuis 10 ans, les effets déclamatoires sont rarement suivis d'effets »* (LE LOUVIER, 1999). Et chaque nouveau gouvernement de constater que le ministère précédent a brillé par ses performances médiocres ou par l'opacité de la gestion du budget qui lui était alloué. Le nouveau budget est alors diminué au prorata des résultats non obtenus. Quelle fut la réaction chez les bailleurs de fonds ? Le 31 juillet 1998, l'Union européenne signait une convention de financement au profit de la politique nationale de santé (PNS) malgache sur 4 ans (1998- 2002).

5. Une nouvelle période de transition et d'instabilité (2002-2009)

a) Elections de décembre 2001 : fraude massive

En décembre 2001, le résultat des élections présidentielles sera contesté pour cause de fraude massive. C'est le début d'une nouvelle crise politique. On assiste à des affrontements armés entre les candidats M. Ravalomanana, alors maire de Tananarive et le président sortant D. Ratsiraka. Le premier sera déclaré vainqueur et le second exilé en France, pendant onze ans. La population réagit par une grève générale qui se transforme en mouvement politique, réclamant une révolution démocratique. En réaction, les gouverneurs des six provinces tentent de susciter une guerre civile et « ethnique ». Début mars 2002, le président M. Ravalomanana lance un appel avec le slogan : *« La patrie en danger »*. Durant cinq mois, le pays subit la crise la plus grave depuis l'indépendance. Madagascar se trouve au bord de la guerre civile, l'économie est paralysée pendant huit mois. Cette crise a eu un effet dévastateur sur l'économie, évalué à 500 millions d'euros, l'équivalent de l'aide publique au développement versée au pays en 2000. Selon les

estimations officielles pour 2002, un effondrement du taux de croissance est prévisible (– 11 % du PIB), les secteurs secondaires (– 25 %) et tertiaire (– 12,5 %) étant les plus touchés, tandis que le secteur primaire s'en sortirait un peu mieux (– 1,4 %). La crise a provoqué le départ d'investisseurs étrangers, surtout dans le secteur du textile. Nombre de clients des usines textiles malgaches, lassés d'attendre leurs livraisons, se sont tournés vers d'autres fournisseurs. Environ 150 000 emplois ont été perdus et bien des entreprises sont dans l'impossibilité d'honorer leurs obligations fiscales et sociales, tout comme leurs échéances bancaires. Ce qui, par ricochet, a mis les banques en difficulté.

b) Un désastre pour le pays

Les recettes publiques ont fortement chuté et le gouvernement malgache a besoin de 220 millions d'euros pour financer un programme d'urgence, pour lequel la Banque mondiale lui a octroyé à la mi-novembre 2002 un crédit de 50 millions d'euros à taux préférentiel, remboursable en quarante ans. Une partie de cet argent va servir à solder les arriérés de paiement de l'Etat envers les entreprises. Selon une étude de la mission économique française à Tananarive, datée de septembre 2002, ces arriérés à l'égard des seules entreprises privées à capitaux français ont atteint 95 millions d'euros. Le non paiement des dettes fait entrer le pays dans une nouvelle « crise de la dette ». En juin, le nouveau régime reçoit finalement le soutien des grandes puissances étrangères. La crise de l'Etat malgache est matérialisée par l'acceptation de l'ajustement structurel imposé par le FMI : la politique économique est déterminée par les créanciers, qui fixent le budget annuel de l'Etat et définissent ce qu'il va entreprendre pour améliorer le bien-être de la population : relancer l'économie, aménager le territoire. L'Etat est soumis chaque année à l'examen de ses performances (Banque Mondiale). Par la dévaluation de la monnaie, les exportations coûteront moins cher et seront compétitives, les débouchés plus larges avec effet positif sur la production et les recettes repartent à la hausse. L'Etat réduit son train de vie : diminution du nombre de fonctionnaires, qui seront moins bien payés, austérité des services publics, sous-administration, sans évoquer les problèmes dans l'éducation et la santé. L'Etat est discrédité. En dépit du retour en force des sociétés étrangères, l'opinion déconsidère l'Etat. Elle le taxe d'accepter une nouvelle colonisation. D'autres dettes sont contractées pour la survie du pays, l'apprentissage de la démocratie est un long chemin semé d'embûches... Cette crise de la dette entraîne une crise de l'Etat et une crise de l'espace malgache. Trois aspects sont particulièrement spectaculaires : la crise des villes, la crise des routes et l'aggravation du déséquilibre spatial. Le réseau routier actuel est inférieur à celui hérité de la période coloniale : sur 33 000 km de routes, 8 000 seraient encore carrossables. Il s'agit d'un obstacle majeur au développement, dans le cadre des échanges intérieurs, et pour l'acheminement des denrées d'exportation vers les ports.

Deux éléments permettaient quelques espoirs, fin 2002 : la stabilisation du nouveau pouvoir du président M. Ravalomanana et la confiance manifestée à son égard par les principaux bailleurs de fonds. Les élections anticipées du 15 décembre, organisées à la demande expresse des donateurs internationaux, ont donné au président la majorité parlementaire dont il avait besoin. Lors d'une réunion des « Amis de Madagascar », qui

s'est tenue à Paris sous l'égide de la Banque mondiale, fin juillet 2002, les bailleurs de fonds ont promis au total 2,47 milliards d'euros sur quatre ans, dont 900 millions correspondant à des engagements antérieurs.

6. La période récente : coup d'Etat, statut quo et nouveaux espoirs

M. Ravalomanana est réélu fin 2006, malgré un pouvoir de plus en plus contesté. Pendant ses deux mandats, il exerce une politique très liberticide. Il est vivement critiqué par la population qui avait fondé en lui de grands espoirs. En décembre 2008, le conflit larvé entre le président et le nouveau maire de Tananarive, A. Rajoelina, se transforme en crise ouverte. Des manifestations populaires, émaillées de violences, secouent l'île pendant plusieurs semaines. A. Rajoelina se présente comme le porte-parole de la contestation. En février 2009, un coup d'Etat sanglant entraîne l'exil du président¹⁵⁵. A. Rajoelina prend alors le pouvoir, mais sans légitimité. Le pays s'enlise dans la corruption et entre dans une période de grande incertitude. Pour sortir de la crise, A. Rajoelina, très controversé, nomme en novembre 2011 un nouveau gouvernement de transition et d'union nationale. En 2012, la croissance de Madagascar est restée faible (1,9 %) au regard du potentiel du pays. Il a perdu 4,8 milliards d'euros depuis le début de la crise politique qui l'agite, selon la Banque mondiale. Le FMI prévoit toutefois une augmentation du taux de croissance pour 2013 (2,6 %) et une inflation de 6,5 %, légèrement inférieure à celle de 2012 (MADAGASCAR, 2013). Quatre ans après le renversement de M. Ravalomanana, 2013 sera-t-elle pour Madagascar l'année du retour à la normale ? Une élection présidentielle est programmée le 8 mai 2013, suivie par des législatives en juillet et des municipales en octobre. Mais à la fin de 2012, le « président de la transition », et possible candidat, empêchait toujours l'ex-chef de l'Etat, en exil en Afrique du Sud, de rentrer au pays : M. Ravalomanana a été condamné par contumace à la prison à vie et aux travaux forcés, pour avoir fait tirer sur des manifestants pro-Rajoelina. Une trentaine d'entre eux sont morts lors du coup d'Etat de 2009. Depuis lors, la Grande Île, un des pays les plus pauvres au monde, est privée des aides des bailleurs de fonds internationaux. En novembre 2012, la Banque mondiale lui a néanmoins accordé un prêt d'urgence de 128 millions d'euros, pour éviter que les services publics et certaines infrastructures ne se dégradent davantage. Trois ménages malgaches sur quatre vivent sous le seuil de pauvreté. L'instabilité institutionnelle a aussi favorisé la criminalité et le développement de trafics illégaux (bois de rose, zébus), dans lesquels des responsables politiques seraient impliqués. Sur le plan environnemental, la déforestation se poursuit, hors de tout contrôle. Les premières victimes sont les lémuriens, emblème de Madagascar. Ils ont été classés en 2012 sur la liste des espèces menacées. Plus de 80 % des palmiers de l'île risquent aussi de disparaître.

La crise dans la zone euros a eu des effets collatéraux à Madagascar. Elle a pesé sur le tourisme, qui était déjà à un niveau bas, ainsi que sur l'industrie de la pêche à la crevette. Celle-ci a toutefois bénéficié d'une demande accrue en provenance des pays émergents,

¹⁵⁵ Une revue de la presse écrite malgache, relative aux événements politiques des années 2009-2013, est proposée dans l'ANNEXE 9.

comme la Chine. Premier exportateur mondial de vanille (60 % de la production), Madagascar devrait profiter de la stabilité des cours. L'économie devrait aussi être tirée par un secteur minier en expansion. En octobre 2012, la compagnie canadienne Sherritt a démarré un gigantesque projet dans lequel elle a investi plus de 4 milliards d'euros. Elle espère à terme exploiter 60 000 tonnes de nickel et 5500 tonnes de cobalt chaque année.

Madagascar, futur exportateur de pétrole ?

Le sous-sol de la Grande Île regorge de richesses, et ses dirigeants espèrent que la manne pétrolière sortira le pays de la grande pauvreté dans les années à venir. Les récentes découvertes dans les pays voisins, Tanzanie et Mozambique, nourrissent l'espoir de voir du pétrole dans la partie malgache du canal du Mozambique. Pour l'instant, les 15 compagnies pétrolières présentes sont en phase de recherche, sur 18 blocs *onshore* et 6 blocs *offshore*. Une exploitation rentable à grande échelle est encore hypothétique. Début 2013, le pays a pu extraire ses premiers barils de pétrole, à titre expérimental, sur les sites de Tsimiroro¹⁵⁶ et Bemolanga (région du Menabe, à l'Ouest de la capitale) bien que le démarrage de la production industrielle ne devrait pas s'effectuer avant 2019. L'« *Express de Madagascar* », dans son édition du 1^{er} avril 2013, indique par ailleurs que « *l'exploration d'un bloc pétrolier dans la commune de Bezaha (Nord-Ouest de Fort-Dauphin), jusque là sous-estimé, a créé la surprise, avec des résultats montrant une réserve d'environ un milliard de barils de pétrole de bonne qualité. Il s'agirait d'une huile légère, selon la compagnie minière Petromad. La première production est annoncée pour 2014.* ». Tous ces éléments ont de quoi rassurer les investisseurs sur le fait que Madagascar recèle des hydrocarbures exploitables, auxquels les pays asiatiques, dont le Japon, ne seraient pas indifférents.

Sur le plan sanitaire, il n'y a pas eu de changement notable¹⁵⁷ ni de réforme majeure entreprise. La dégradation de l'ensemble du système de soins se poursuit, inexorablement.

La situation politique évolue rapidement à Madagascar. Les élections présidentielles se sont tenues en décembre 2013, dans le calme, sans contestation du scrutin. La tension sociale est retombée, augurant des perspectives favorables. Les bailleurs de fonds sont de retour dans la Grande Île, jouant à la fois le rôle de caution pour le pays, et de garantie pour l'avenir. Une forme de sérénité règne désormais parmi la population. Mais les problèmes économiques de fond, profondément ancrés, demeurent. La tâche du nouveau gouvernement s'annonce donc longue et fastidieuse, tant les problèmes sont graves dans tous les secteurs d'activité.

¹⁵⁶ On pense que le site de Tsimiroro renfermerait des réserves de l'ordre de trois milliards de barils et serait capable d'atteindre la production d'au moins 100 000 barils par jour, pendant près de 20 ans (Madagascar Oil S.A.).

¹⁵⁷ Signalons néanmoins la construction de six hôpitaux modernes, dans chacune des capitales provinciales. Les bâtiments sont visibles, flambant neufs, mais la fonctionnalité n'est pas encore assurée en totalité, faute d'étude d'impact préalable, et de ressources humaines, essentiellement. L'Etat a une fois de plus privilégié les espaces urbains, pourtant déjà bien mieux équipés que les campagnes.

C. LA SANTE SUR LE TERRITOIRE : REGLES ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS A MADAGASCAR

1. Législation de la santé publique à Madagascar

a) Les textes législatifs concernant la santé publique à Madagascar

Ils sont codifiés par l'ordonnance N° 62-072 du 29 septembre 1962 (RICHARD, 2005), encore valable de nos jours. Le code contient huit livres.

Le **livre 1** traite de la protection générale de la santé publique, c'est-à-dire des contrôles sanitaires aux frontières aériennes et maritimes, de la lutte contre les épidémies liées à des mesures de prévention et enfin des règlements sanitaires obligatoires et des sanctions propres à chaque « préfecture ».

Le **livre 2** définit les conditions d'exercice légal des professions médicales (médecin, chirurgien-dentiste, sage femme et infirmier), ainsi que des auxiliaires médicaux (masseur kinésithérapeute, opticien, pédicure).

Le **livre 3** définit le médicament et les conditions d'ouverture des officines et les conditions générales d'exercice de la profession de pharmacien et de son rôle.

Le **livre 4** traite des institutions de santé publique. Il définit l'organisation de l'ensemble des services médicaux administratifs, prévoit la mise en place de la Commission Nationale d'Hygiène et de Santé Publique (CNHSP) constituée par le Comité Supérieur d'Hygiène (CSH) et la Commission Nationale d'Organisation Hospitalière (CNOH). Les équipes mobiles de l'AMI sont remplacées par des Comités d'Hygiène et de Santé Publique (CHSP), au niveau des préfectures, sous-préfectures et communes.

Le **livre 5** traite de la création, l'ouverture ou la fermeture des hôpitaux, hospices, maternités, postes d'accouchements et dispensaires, soit tout établissement de soins.

Le **livre 6** concerne la lutte contre les fléaux sociaux : – vaccination obligatoire contre la tuberculose – déclaration obligatoire des maladies vénériennes – établissement d'une fiche nominative de traitement de tout lépreux – déclaration obligatoire des zones impaludées, lutte par les insecticides et chimioprophylaxie – déclaration, dépistage, vérification obligatoire et chimioprophylaxie des sujets menacés par la peste avec désinsectisation des zones contaminées – cancer, bilharziose, poliomyélite et maladies mentales.

Le **livre 7** est consacré à la protection sanitaire de la famille et de l'enfance, avec l'obligation périodique de visites médicales scolaires.

Le **livre 8** concerne les laboratoires d'analyse médicale, qui ne peuvent être ouverts sans l'autorisation du Ministère chargé de la santé, après avis du CHSP. Tout manipulateur de produits d'origine microbienne doit déclarer son identité, sa fonction ainsi que les substances manipulées.

b) Politique sanitaire et système de soins : satisfaction de normes internationales

Les bases de la **Politique Nationale de Santé** (PNS – 1996) devaient servir de référence à la réforme voulue du système de santé. Elle a pour axes principaux : la décentralisation, la participation communautaire, le recouvrement des coûts, la disponibilité des médicaments et consommables essentiels. Des objectifs précis étaient fixés pour l'an 2000, à savoir :

- 50% au moins des districts sanitaires disposeront de services de santé fonctionnels,
- les médicaments essentiels seront régulièrement disponibles dans au moins 50% des districts,
- les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants à 5 ans seront ramenés respectivement à 76 et 111 p. mille.

D'autres objectifs concernent la mortalité maternelle, la morbidité par maladie diarrhéique ou par MST, ainsi que l'éradication de maladies infectieuses (lèpre, tétanos ombilical, poliomyélite, paludisme)¹⁵⁸.

2. Les caractéristiques marquantes du système de soins de Madagascar

a) Un système de soins dépendant du système de santé du pays

Un système de santé est évolutif dans le temps et l'espace : la vie socio-politique d'un pays peut transformer rapidement la physionomie d'un système de santé. Nous l'avons observé pour Madagascar dans le chapitre précédent. Nous le constatons également pour quelques pays de l'Afrique de l'Ouest (GOBBERS, PICHARD, 2000), dont le système de soins a dû s'adapter pour affronter une redoutable épidémie de FHVE¹⁵⁹ depuis le milieu de l'année 2014.

- Le système de santé, par son offre de soins, doit pouvoir répondre aux **grands problèmes de santé publique**.

Ce ne sont pas l'hygiène, l'alimentation ou l'environnement, qui sont présentés d'emblée comme des considérants des problèmes de santé publique, mais principalement des pathologies découlant des conditions locales. Madagascar identifie, comme de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne, et avec certes quelques variations, certains problèmes majeurs. Le paludisme est la première cause de morbidité (GOBBERS, PICHARD, 2000), mais d'autres pathologies tropicales prélèvent un lourd tribut (schistosomias, lèpre). A coté de ces grandes endémies, les affections respiratoires aiguës, la malnutrition et les maladies diarrhéiques occupent une place importante. Les mortalités maternelle et infantile restent élevées, malgré les programmes de santé mère-enfant. Il n'y a pas de

¹⁵⁸ On retrouvera les détails complets de ce plan de santé publique dans l'ouvrage de B.N. Richard (2005).

¹⁵⁹ La FHVE est la fièvre hémorragique à virus Ebola, étudiée largement dans GASQUET (2010).

service de santé scolaire ou universitaire. La planification familiale est intégrée depuis une quinzaine d'années sous l'impulsion de projets financés par la Banque mondiale et le FNUAP¹⁶⁰ ; mais les crédits ont été suspendus ces dernières années pour des raisons politiques. Les infections sexuellement transmissibles continuent à diffuser : les messages de prévention de l'Etat et de certaines ONG locales diffusent aussi mais ne semblent pas porteurs. Le programme élargi de vaccination (PEV) a permis de réduire l'incidence de maladies potentiellement graves (rougeole), mais n'a pas fait régresser la tuberculose, qui au contraire semble amorcer une nouvelle recrudescence.

- Le financement **du système de soins** est majoritairement public, parce que les structures de soins le sont.

Les difficultés économiques qui ont marqué les années 1980, ont entraîné des performances de plus en plus mauvaises de la part des structures sanitaires publiques, subissant en fin de chaîne la raréfaction des ressources budgétaires. Sous l'effet de différentes philosophies (Initiative de Bamako...), le recouvrement des coûts devient désormais la règle. Le programme de la PNS reconnaît que l'Etat ne peut plus supporter seul le secteur de la santé, fut-elle dénommée publique. Les consommateurs paient désormais les prestations de soins, à des niveaux variables selon une « tarification sociale » fixée par les autorités publiques. Simultanément à l'instauration des lois de décentralisation, fut mise en place une politique nouvelle de recouvrement des coûts (REGNARD, 2003). Elle établissait le principe de la participation financière des usagers, en espérant obtenir une autonomie administrative et surtout financière des établissements hospitaliers. *« Le ministère de la santé a mis en place une politique de recouvrement du coût du médicament, c'est-à-dire que quand les gens vont se faire soigner à l'hôpital, ils doivent payer, pour que l'hôpital puisse s'auto-alimenter en médicaments ».* (E 26) Autrefois gratuites, les consultations dans les hôpitaux font dès lors l'objet de frais nouveaux, tout comme les journées d'hospitalisation, facturées forfaitairement selon la catégorie d'établissement et selon la catégorie socioprofessionnelle (niveau de ressources) du malade. En revanche, les consultations dans les centres médicaux privés ont toujours été payantes, les cas de gratuité étant très rares et correspondant le plus souvent à des « relations personnelles ». Dans un premier temps, le système de recouvrement a eu un effet répulsif, la population rechignant à payer pour se faire soigner. Le problème majeur reste la précarité d'une grande partie de la population : le contexte de crise économique et de pénurie alimentaire a en effet affaibli bien des ménages, qui ont du mal, encore aujourd'hui, à retrouver un certain niveau de vie. Adopter une médecine publique payante revient parfois à les exclure du système de santé. Des structures confessionnelles ou caritatives (héritage historique) sont, dans certains lieux, associées au service public de santé, mais ne reçoivent pas de subvention de l'Etat. Un système de soins privé balbutiant est présent, essentiellement dans la capitale, où le niveau de vie de certaines personnes est élevé. Enfin, l'offre de soins de type « médecine d'entreprise », existe pour certains travailleurs salariés, dans les grandes villes du pays. C'est par exemple le cas pour la

¹⁶⁰ Fonds des Nations Unies pour la population.

société Jirama, fournisseur de l'énergie électrique et de l'eau courante à Madagascar. Elle prend en charge la santé de ses employés et de leurs familles. La proportion de salariés, hormis les fonctionnaires, dont la santé est garantie par l'Etat, reste toutefois modeste voire nulle dans les campagnes.

- Hiérarchie sanitaire

Selon H. Picheral (2001), « *la répartition géographique des ressources sanitaires contribue à l'organisation de l'espace et détermine le niveau de desserte, d'accessibilité et de recours aux soins de la population* ». Pour améliorer le niveau de desserte sur l'ensemble du territoire, l'Etat malgache a opté pour la multiplication des services de base, et plus précisément des Centres de santé de base (CSB). Ceux-ci remplacent les dispensaires et autres postes médicaux et d'accouchements. La **pyramide sanitaire et la primauté des soins de santé primaire** sont la base du système de santé malgache. Face à la vétusté des infrastructures sanitaires, leur sous-équipement et l'absence de maintenance, ainsi que du manque chronique de médicaments au début des années 1990, l'Etat s'est lancé le défi de réformer son système de santé. Il s'était fixé pour objectifs l'accès de la population à un service de santé de qualité, notamment par la réhabilitation des formations sanitaires, et l'accès aux médicaments de base pour le plus grand nombre. Les établissements de soins publics se répartissent désormais en trois niveaux. Chacun possède des moyens et des responsabilités différents :

- les centres hospitaliers régionaux ou universitaires (CHR-CHU). Dans les CHU, l'éventail des activités est à la hauteur des missions, mais ils connaissent, malgré leur statut d'établissement public leur conférant une plus grande autonomie de gestion, de grandes difficultés. Ils ont vocation à accueillir les malades de l'ensemble du territoire ; cependant les difficultés d'accès et leurs tarifs les tournent plus particulièrement vers les urbains de leur zone d'attraction. Ils concentrent la quasi-totalité des médecins spécialistes du pays, qui sont par ailleurs chargés d'enseignement dans les facultés de médecine. La fonction « recherche » est le parent pauvre, elle est très dépendante des financements des institutions internationales de coopération.
- les centres hospitaliers de district (CHD). Les CHD 1 sont les anciens hôpitaux secondaires, dépourvus de service de chirurgie. Ils offrent une palette de soins de consultations externes, avec de l'hospitalisation dans trois secteurs : médecine, pédiatrie et maternité. Il y a une pharmacie mais pas de service d'urgence. Les plateaux techniques y sont vétustes avec trop souvent des équipements de laboratoire et une radiologie peu fonctionnels, par défaut de crédits de maintenance. Les effectifs médicaux sont toujours insuffisants. Ce type d'établissement existe dans les villes de Mandritsara et de Békily. Les CHD 2 sont les anciens hôpitaux médico-chirurgicaux, dans lesquels des actes chirurgicaux peuvent être pratiqués. Dans la majorité des cas, les malades doivent acheter eux-mêmes les médicaments et les consommables (y compris pour les interventions chirurgicales), à la pharmacie de l'établissement, ou hors de celle-ci ; pour

certaines actes (accouchement, appendicectomie, cure de hernie inguinale...), les malades peuvent acquérir des « kits opératoires ». La nourriture n'est pas servie par l'hôpital, les familles doivent préparer les repas - souvent dans l'enceinte même de l'hôpital. Le linge hospitalier est toujours insuffisant et les malades sont tenus également d'apporter leurs draps. Les affections nosocomiales sont nombreuses, favorisées par le manque de crédit pour les produits d'hygiène courante.

- les centres de santé de base (CSB). Les CSB 1 étaient autrefois les postes sanitaires, postes infirmiers ou postes d'accouchement, avec un personnel paramédical. Les CSB 2 étaient les dispensaires urbains. Un médecin y assure des consultations.

Les personnels font tous partie de la fonction publique. Dans cette organisation, il existe un district sanitaire pour chacun des chefs-lieux de *fivondronana*, responsables pleinement de la gestion des CHD et des CSB. L'allocation des ressources de chacun des districts est réalisée au niveau central, mais la répartition des budgets entre les différents centres de soins du *fivondronana* dépend entièrement des responsables de district. On doit enfin signaler l'existence de nombreux établissements publics nationaux spécialisés dans un domaine de santé publique : Institut d'Hygiène Sociale, laboratoires de lutte contre les endémies (rattachés à l'Institut Pasteur de Madagascar).

- Bien que prédominante, l'action des structures publiques de soins est complétée par des **acteurs privés** à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Longtemps marginale, la place de ces acteurs devient importante par l'arrivée sur le marché de professionnels de santé qui n'ont plus de destin naturel dans la fonction publique, du fait des contraintes budgétaires. A côté des tradi-praticiens présents depuis toujours, les cabinets de soins privés sont d'abord de type infirmier, et de plus en plus médical. Officiellement réglementé, l'exercice privé de la médecine ou des soins infirmiers est dans beaucoup de cas pratiqué sans réel contrôle. Ainsi il permet à des non-diplômés d'exercer : nous avons rencontré dans la campagne proche de Mandritsara un jeune « médecin » qui exerce depuis cinq ans dans un cabinet privé : il nous explique qu'il ne peut pas être fonctionnaire car il n'est pas diplômé. Il a dû malheureusement interrompre ses études de médecine en sixième année, pour des raisons familiales. Un autre, sans aucune formation, avait exercé illégalement durant dix ans avant d'être « rattrapé » par le conseil de l'ordre des médecins, sur dénonciation malveillante. Dans de nombreux cas, ces pratiques se font en complément d'un exercice public, afin d'améliorer les revenus. Il n'existe pas de recensement de ces praticiens (voir chapitre 9).

On assiste par ailleurs au développement du secteur de l'hospitalisation privée, dans quelques villes, dans des formations appelées « cliniques ». C'est généralement le choix d'un médecin qui a décidé d'investir le secteur, parfois couplé à une école de formation de para-médicaux, privée elle aussi : cela permet ainsi de garantir un budget à la clinique et de procéder à de nouveaux investissements. On parle ainsi de la « clinique du Dr. X ou du Dr. Y ». La participation des médecins du secteur public, contre rémunération,

contribue également à faire « tourner » ces structures, ayant dorénavant pignon sur rue. Dans l'ensemble, les coûts des prestations sanitaires privées sont nettement plus élevés que ceux pratiqués dans le public.

Les structures confessionnelles ou caritatives, classées privées par définition, souvent présentes avant l'indépendance du pays et vitales en terme de carte sanitaire, sont pareillement présentes dans les milieux ruraux et urbains.

Enfin depuis une vingtaine d'années, l'aide médicale mise en œuvre par les organismes sanitaires privés sans but lucratif (ONG internationales, humanitaires, organismes divers d'entraide) concernent principalement le monde rural. Ils se multiplient allègrement chaque année, pour faire face au désengagement des pouvoirs publics en matière de santé. Il peut s'agir de « grosses » ONG reconnues ou des petites structures visant la coopération avec un village en particulier ou pour traiter un problème de santé ponctuel.

- La politique des **médicaments essentiels** à Madagascar

Elle s'est fixée pour objectifs de rendre disponibles les médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires et d'en promouvoir l'utilisation rationnelle. L'adoption de cette politique a été accompagnée par une liste de médicaments jugés essentiels. Editée en 1996, cette liste comprend 245 substances actives désignées par leur dénomination commune internationale (DCI), et classées en différentes sections selon leur classe thérapeutique. Partie intégrante des systèmes de santé, comment se présente le marché du médicament, très contraint par les pouvoirs d'achat locaux ? La pharmacopée traditionnelle est encore très présente, y compris dans les centres urbains. Mais elle n'est pas utilisée dans les structures sanitaires, où elle cède la place au médicament moderne, en corrélation avec l'élévation du niveau de vie et d'instruction des malades. Le poste « médicaments » pèse peu dans le budget public de santé, mais pas dans la dépense nationale de santé : il est constitué de spécialités pharmaceutiques dont l'importation est réglementée par la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché. Les importateurs sont en nombre limité et la diffusion dans le pays est confiée à la centrale d'achat « Salama¹⁶¹ », association à but non lucratif, constituée le 10 octobre 1995. Régie par un règlement intérieur, elle est chargée par l'Etat (pour des périodes de dix années renouvelables), d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et consommables médicaux, à toute la population de Madagascar. Son programme d'action est développé selon trois orientations principales :

- l'approvisionnement en médicaments essentiels sous forme générique, et en consommables médicaux de qualité, conformément à la réglementation en vigueur définie par le ministère chargé de la santé, des formations sanitaires publiques et des structures de soins, et des organisations privées à but non lucratif ou conventionnées par le ministère de la santé ;

¹⁶¹ *Salama* signifie santé en malgache.

- la passation sur le territoire national et à l'étranger des commandes auprès des fournisseurs, en respectant les règles de la concurrence entre les fournisseurs nationaux et étrangers ;
- la cession au comptant ou par bon de commande administratif réglementaire, à un prix social lui permettant d'assurer son autofinancement, ses investissements et son développement, aux formations sanitaires publiques, aux structures de soins et de distribution privées à but non lucratif.

Les clients de Salama sont de façon précise les CHU, CHR et CHD, les dispensaires ministériels, les pharmacies d'approvisionnement des forces armées, les services de santé de district, les organisations sanitaires inter-entreprises et les formations sanitaires privées.

- L'administration sanitaire

Elle est définie comme un ensemble de structures chargées de la gestion, de l'animation et du contrôle de la politique de santé. Elle présente deux caractéristiques : la centralisation et l'adhésion au concept du district sanitaire, promu par l'OMS et l'Unicef. Le ministère de la Santé et ses programmes nationaux de lutte contre les maladies, est relayé sur le territoire par des directions régionales. Ses actions sont perturbées par une déconcentration théorique mais démentie par des moyens humains et budgétaires dérisoires. Les marges de manoeuvre réelles en matière de gestion des ressources humaines et des budgets de fonctionnement des structures sanitaires publiques sont très étroites. Le district sanitaire, dont l'équipe « cadre » est constituée des cadres des hôpitaux et des centres de santé de la zone, est l'organe de cohérence, mais il n'est pas toujours en harmonie avec l'organisation administrative du territoire. Les directeurs régionaux et locaux sont en général des médecins, peu préparés aux tâches administratives, dont une grande partie du temps est absorbée par des missions de représentation. Leur rôle n'est pas non plus facilité par une gestion de calendriers multiples, parrainés par des financeurs extérieurs : les journées nationales de vaccination, celles contre le sida, la journée mondiale sans tabac etc. Si elles apportent quelques ressources additionnelles aux activités, elles bousculent sensiblement une organisation du travail encore fragile. Rappelons aussi que tous ces médecins, assurant des tâches administratives, ne pratiquent plus la médecine, c'est autant de ressources professionnelles en moins sur le territoire. Avec l'aide d'organes de coopération, le ministère de la santé a mis en place des systèmes d'information sanitaire (SIS) qui collectent, depuis le centre de santé rural jusqu'aux hôpitaux de région, des données épidémiologiques (voir ANNEXE 7). Il s'agit d'une activité excessivement chronophage pour les médecins ruraux. Ils envoient les rapports mensuels au SSD (service de santé de district), qui les font remonter à la région. Ils n'ont par ailleurs, aucun retour d'informations. Ces SIS se révèlent ainsi être plus des moyens d'information rétrospective que des outils d'aide à la décision. Les SIS, comprenant de l'ordre de 200 indicateurs, ne sont jamais considérés par les pouvoirs centraux comme un argumentaire pour les allocations de ressource. Madagascar avait opéré à partir de 1994 une restructuration de

son système de santé. L'administration s'est décentralisée au niveau des régions et des districts sanitaires. Le système de santé, en suivant les fluctuations administratives, gardera malgré tout une forme pyramidale, avec 4 échelons fonctionnels bien distincts dont les domaines de compétence sont clairement circonscrits.

b) La nouvelle organisation du système de soins

Les institutions et le mécanisme de gestion du système de santé, ainsi que les formations sanitaires, sont désormais organisés dans un système à quatre étages, un niveau central en haut de la pyramide, un niveau intermédiaire puis un niveau périphérique et enfin le niveau communautaire à la base de cet édifice.

- **L'échelon central** assure l'orientation globale de la politique nationale du secteur santé, les grands axes stratégiques et la mise en œuvre.

Il est constitué des services centraux du Ministère de la santé publique, regroupés autour du Cabinet du Ministre. L'administration sanitaire comprend le Secrétariat Général et huit Directions principales, incluant elles-mêmes plusieurs services. Ce sont :

- la Direction des études et de la planification ;
- la Direction de la lutte contre les maladies infectieuses ;
- la Direction de la médecine préventive ;
- la Direction des établissements de soins ;
- la Direction des pharmacies et des laboratoires ;
- la Direction des affaires administratives ;
- la Direction du développement des districts sanitaires ;
- la Direction interrégionale de développement sanitaire (DIRDS) supervise le Service de santé du district.

Cette dernière direction intervient à l'échelon du **district sanitaire** (D.S.), et s'est fixée un certain nombre de missions :

- Le contrôle de la qualité des services de santé publics et privés, en tenant compte de la législation en vigueur, et le contrôle de l'application des normes et standards dans les formations sanitaires publiques.
- L'appui technique aux districts sanitaires par l'élaboration de plans de développement, la formation des chefs de D.S. à la méthodologie de planification et de management, en collaboration avec le niveau central, le développement d'un système d'information sanitaire au niveau de la région.
- La supervision de l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan de développement du D.S.
- L'appui technique à la formation.
- La planification des besoins au niveau intermédiaire.
- La coordination des activités des D.S.
- L'appui à l'intégration, au niveau des D.S., des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et des programmes prioritaires définis par le Ministère.

- L'appui à l'animation sanitaire (évaluation du niveau d'engagement communautaire en matière de santé).
 - Appui financier et logistique : aide à la mobilisation des ressources pour les D.S., suivi de l'utilisation des ressources au niveau des D.S., y compris les ressources des systèmes de recouvrement des coûts gérés par les communautés ; suivi de l'exécution budgétaire ; appui à l'entretien des matériels et des infrastructures.
 - Un appui à la recherche opérationnelle du système de santé.
- **L'échelon régional** comprend 22 Directions Régionales de la Santé (DRS), coordonnant l'exécution de la politique nationale et sa mise en œuvre au niveau de la région administrative.

Elles sont censées alléger les mécanismes bureaucratiques à l'échelon régional. Elles ont un rôle stratégique important dans plusieurs domaines :

- le contrôle de la qualité des services de santé (publics ou privés) selon la législation en vigueur et le contrôle de l'application des normes et standards dans les formations sanitaires publiques ;
 - l'appui technique aux D.S., par l'élaboration de plans de développement, la mise en place d'un système d'information sanitaire au niveau de la région ;
 - la supervision de l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan de développement du D.S. : suivi des indicateurs de performance, appréciation régulière des progrès sur la base d'une grille de contrôle, analyse des résultats et rétroinformation ;
 - l'appui technique à la formation ;
 - la planification des besoins au niveau intermédiaire ;
 - la coordination des activités des D.S ;
 - l'appui à l'intégration, au niveau des D.S., des programmes de lutte contre les maladies transmissibles et des programmes prioritaires définis par le ministère ;
 - l'appui à l'animation sanitaire au niveau de la communauté ;
 - l'appui logistique et financier (aide à la mobilisation des ressources pour les D.S., suivi de l'utilisation des ressources dans les D.S., y compris les ressources des systèmes de recouvrement des coûts gérés par les communautés) ;
 - le redéploiement des ressources humaines et matérielles ;
 - l'appui à l'entretien des matériels et des infrastructures.
- L'administration sanitaire regroupe 111 Services de Santé de District (SSD), au niveau de **l'échelon périphérique**.

Leur mission première est l'activation des programmes au niveau des Centres Hospitaliers de District (CHD 1 et 2) et des Centres de Santé de Base (CSB 1 et 2). Les limites géographiques des 111 districts sanitaires du niveau périphérique se superposent à celles des « départements » du projet de réorganisation territoriale fixé par la loi N° 93-005 du 26/02/94, portant orientation générale de la politique de décentralisation et relative aux pouvoirs, compétences et ressources des collectivités territoriales

décentralisées. Le district sanitaire assure les activités opérationnelles de développement sanitaire au niveau périphérique, avec la participation des communautés, et veille à la qualité des prestations curatives et préventives menées par les centres de santé et les hôpitaux publics et privés se trouvant dans sa zone de compétence. Un district sanitaire comprend en moyenne 112 000 habitants (la moitié a une population de plus de 100 000 personnes). Tous les districts ruraux disposent d'un CHD¹⁶² et une moyenne de 17 CSB¹⁶³.

- Enfin, **l'échelon communautaire** est à la base du système.

Il réunit agents communautaires, agents de santé ainsi que la population bénéficiaire des prestations des services de santé.

c) Les personnels de santé

Cinq décennies après l'indépendance du pays, les personnels des divers métiers utiles aux structures sanitaires sont en nombre limité, ce qui légitime l'existence de certains acteurs comme les matrones (accoucheuses traditionnelles), surtout en milieu rural. Les carences sont observables pour tous les métiers : médecins, infirmiers, soignants qualifiés, techniciens de laboratoire et travailleurs sociaux. Les médecins exercent en majorité dans une ville, donnant ainsi aux infirmiers et aux sages-femmes un rôle plus large dans le secteur rural : ils exercent, par la force des choses, le rôle de « faisant fonction de médecin ». Les universités (les facultés de médecine de Tananarive et de Majunga ont des effectifs respectifs d'à peu près une centaine et une soixantaine d'étudiants par promotion)¹⁶⁴ et écoles nationales ont un potentiel de production limité. Elles subissent régulièrement des soubresauts : crises socio-politiques, difficultés budgétaires, grèves itératives des enseignants, quand ce ne sont pas les étudiants qui entament une grève illimitée... générant des années blanches, tout en altérant la sortie régulière de cohortes et en offrant un rendement interne modeste. Les cursus, calqués sur le modèle français (programme identique) sont finalement plus longs que prévu et les abandons, même en fin d'étude, ne sont pas rares. La formation continue des professionnels est à peine ébauchée, elle est souvent aléatoire et toujours dépendante d'un financement international dans le cadre de programmes verticaux. L'administration, mais aussi les organisations internationales absorbent également un certain nombre de praticiens, les détournant des pratiques pour lesquelles ils ont été formés.

¹⁶² Les CHD 1 prennent en charge les cas médicaux référés. Les CHD 2 assurent en plus des interventions chirurgicales courantes.

¹⁶³ Les CSB1 (de premier contact) sont tenus par un personnel paramédical. Les CSB 2 sont tenus par au moins un médecin.

¹⁶⁴ Depuis 2012, une troisième faculté de médecine est en service à Diégo Suarez (Nord de Madagascar).

3. Quelle est l'offre publique de soins au niveau national en 2012 ?

a) Prestations de service

Les établissements de soins publics, rattachés au ministère de la santé publique sont catégorisés ainsi :

- Les centres hospitaliers universitaires (CHU) et régionaux (CHR). Il existe deux CHU dans les villes disposant d'une faculté de médecine, Majunga et Tananarive. Le CHU de Majunga est constitué de trois établissements, l'hôpital principal d'Androva, le centre national de stomatologie tropicale, avec une école dentaire, et le centre médical de Mahabibo. Dans la capitale, le CHU regroupe neuf structures sanitaires, dont 8 centres hospitaliers (pour adultes, pour enfants, psychiatrique, un hospice et un sanatorium), la maternité de Befelatanana, un centre de stomatologie, un centre de rééducation et l'Institut d'Hygiène sociale. Les CHR se trouvent dans quatre villes, Fianarantsoa, Tamatave, Diego Suarez et Tuléar, les anciennes capitales provinciales.
- Les centres hospitaliers de district comprennent 30 CHD de niveau 2 (anciens hôpitaux médico-chirurgicaux) disposant d'un plateau chirurgical et 57 CHD de niveau 1 (anciens hôpitaux secondaires et centres médicaux)
- Les centres de santé de base (CSB) se subdivisent en deux catégories. Les CSB 2 correspondent aux dispensaires urbains et certains centres médicaux. Au nombre de 1602 sur le territoire, ils comptent dans leur personnel au moins un médecin. Les 886 CSB 1 – anciens postes sanitaires, postes d'infirmiers et postes d'accouchement – disposent uniquement de personnel paramédical.

b) Le paquet minimum d'activité

Des normes et standards en ressources humaines et en infrastructures et équipements, ont placé les offres de soins dans le cadre du paquet minimum d'activités (PMA).

- Pour un CHD, le PMA est constitué de plusieurs éléments. Les fonctions curatives sont de six ordres :
 - les soins infantiles et néonataux ;
 - les soins bucco-dentaires ;
 - les soins gynéco-obstétricaux ;
 - les soins curatifs médico-chirurgicaux de base (urgences, activité de triage des cas référés, soins hospitaliers) ;
 - les soins de santé mentale ;
 - les références au CHR ou au CHU.

Le CHD assure également des soins de prévention (planning familial, vaccinations) et les fonctions d'appui clinique (stérilisation, laboratoire, radiographie, actes médico-légaux). Enfin, le CHD assure des fonctions de gestion (planifier et budgétiser le fonctionnement hospitalier), de logistique et de maintenance des équipements.

- Le PMA d'un CSB comporte des activités de soins et de gestion.

Il englobe tout d'abord des soins préventifs pour les femmes et les enfants. Nous citerons à titre d'exemple les activités de vaccination, les apports nutritionnels complémentaires pour les femmes enceintes et les nourrissons, une prévention de l'anémie, une promotion de la santé bucco-dentaire. Un effort est fait pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) auprès de toute la population. Les soins curatifs concernent les affections courantes et la traumatologie. Les autres activités touchent à la gestion du personnel, la planification des activités du CSB avec la communauté et la collecte d'informations (tenue d'un registre, dans le cadre d'une surveillance épidémiologique). Enfin, il s'agit d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels¹⁶⁵. Des normes en terme de bassin de population sont fixées :

- 60 000 habitants pour un CHD (avec une capacité de un lit pour 1000 habitants),
- 12 000 habitants pour un CSB 2,
- 8000 personnes pour un CSB 1.

L'approvisionnement en médicaments essentiels des structures sanitaires est confié à la centrale d'achat Salama depuis 1995. Au niveau des formations sanitaires, les prestations sont gratuites et des médicaments génériques peuvent être vendus à moindre coût. La prise en charge de certaines maladies (lèpre, tuberculose, rage) est assurée par l'Etat. La population dispose également de dépôts de médicaments (au moins dans chaque commune urbaine de district). Elles permettent à la population de se procurer des médicaments non disponibles dans les centres de santé. Appelées à tort « pharmacies », il n'y a en fait pas de pharmacien à leur tête : ce sont des épicerie spécialisées dans la vente de médicaments.

c) Ressources humaines

En se référant aux normes de l'OMS, le ratio nombre de médecins / nombre de population est de 1/ 10 000. Pour Madagascar, ce nombre est de 1/ 2600. Ce sont les chiffres du ministère, qui reconnaît cependant que « *les données ne reflètent pas la réalité* ». On assiste globalement à une insuffisance des ressources humaines pour répondre aux demandes de la population, du fait d'un recrutement des agents de santé limité par les moyens budgétaires.

¹⁶⁵ On trouvera sur le lien <http://www.who.int/medicine/publications/essentialmedicines/en/index/html> la liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels (adultes et enfants). Il s'agit de la 17^e liste, révisée en 2011. Une liste principale correspond aux besoins minimaux en médicaments d'un système de soins de santé de base. Elle indique les médicaments qui ont la meilleure efficacité, la meilleure innocuité et le meilleur rapport coût/efficacité concernant les maladies prioritaires. Une liste complémentaire présente des médicaments essentiels concernant des maladies prioritaires pour lesquelles des moyens de diagnostic ou de surveillance spécifique et/ou de soins médicaux spécialisés sont nécessaires.

Tableau 21 : Effectif des personnels de santé à Madagascar en 2005¹⁶⁶

Catégorie	Secteur public	Secteur privé
Médecins spécialistes	325	26
Chirurgiens	62	ND
Médecins généralistes	2538	1348
Infirmiers	2584	460
Sages-femmes	2497	76
Pharmaciens	8	ND
Chirurgiens-dentistes	161	ND
Aides sanitaires	-	-

Source : Ministère de la santé, 2007

A titre comparatif, les effectifs dans le secteur public, en 1992, étaient les suivants : 1878 médecins généralistes, 2428 infirmiers, 1645 sage-femmes, 29 pharmaciens, 67 chirurgiens-dentistes, 1347 aides sanitaires et 113 techniciens en hygiène et assainissements. Le secteur privé comptait 1060 médecins généralistes, 850 infirmiers, 113 pharmaciens et 60 chirurgiens-dentistes (BLANCHY, 1996).

d) Les objectifs et les priorités du système de soins

L'objectif principal du système de soins est d'améliorer l'état de santé de la population, « afin que cette dernière participe pleinement à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion et au développement global du pays » (Ministère de la santé publique, 2012).

Les priorités du Ministère de la santé Publique sont traduites par 8 défis majeurs :

1. Fournir des services de santé de qualité à tous.
2. Eliminer les principales maladies transmissibles.
3. Gagner la lutte contre le VIH/Sida.
4. Mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial.
5. Réduire la mortalité infanto-juvénile, réduire la mortalité maternelle et néonatale.
6. Améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire.
7. Approvisionner la population en eau potable.
8. Généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires.

L'énoncé de ces « Défis » nous conduit à formuler quelques remarques. Les chantiers sont vastes pour ne pas dire pharaoniques. Il n'y a pas eu d'enquête de prévalence en ce qui concerne le VIH/Sida. Dans la région Sofia, un certain nombre de cas de séropositivité sont observés (2 à 3 nouveaux cas chaque mois) selon la DRS (juillet 2014). Quelle est l'origine de ces cas : milieu urbain, zones rurales ? Quelles sont les circonstances de la contamination ? On peut simplement en déduire que le virus circule : ce n'est plus une simple vue de l'esprit. Des ONG locales font des campagnes de prévention et

¹⁶⁶ La population était estimée à 16 545 451 habitants en 2005.

d'information en milieu rural. Dans toutes les petites villes existe désormais une prostitution « sauvage », hors de tout contrôle. Lors de leur entrée dans la vie sexuelle, et par la suite également, les jeunes hommes se refusent à utiliser des préservatifs, ils ne demandent pas vraiment l'avis de leur partenaire, bref, ils se sentent intouchables et le revendiquent. Tous les entretiens réalisés localement révèlent ce phénomène. « *Les préservatifs sont disponibles et accessibles dans toutes les épiceries, à la campagne. Mais vous avez vu ce que les enfants en font ?* (E 5). On se reportera au chapitre 10 pour avoir une réponse.

Bien que les planifications prévoient la présence de médecins, une grande partie des centres de santé en milieu rural sont tenus par des infirmiers et/ou des sages-femmes : la qualité des soins pourrait être améliorée par l'utilisation de certains algorithmes de diagnostic et de traitement. Dans les zones urbaines, le maillage de la carte sanitaire est plus serré, en particulier grâce à une offre de soins privée, qui permet d'améliorer le taux de couverture. Le chiffre moyen d'un médecin pour 2600 habitants annoncé par le ministère cache des disparités énormes entre la ville et la campagne. On ne parle aujourd'hui nullement de former plus de médecins ou de personnels de santé (infirmier, kinésithérapeute, sage-femme, techniciens de laboratoire).

Dix maladies sont prioritaires, selon le recueil mensuel de données au niveau des CSB : (i) infections respiratoires aiguës, (ii) fièvre, (iii) maladies diarrhéiques, (iv) infections cutanées, (v) affections bucco-dentaires, (vi) accidents et traumatismes, (vii) infections sexuellement transmissibles, (viii) infections de l'œil, (ix) hypertension artérielle, (x) malnutrition. Nous avons apporté nos commentaires sur ces maladies dans le chapitre 3 de ce texte.

CONCLUSION : LES COMPLEXES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LA SANTE

Le système de santé de Madagascar présente aujourd'hui des caractéristiques très proches de celles des anciennes colonies françaises de l'Afrique de l'Ouest, devenues indépendantes à la même période (GOBBERS, PICHARD, 2000). Ainsi, dans aucun de ces jeunes pays, l'Etat n'est absent de l'organisation du système de santé ; sa marque y est généralement assez visible. Parmi les traits marquants, on citera le poids de l'héritage colonial, l'absence de mécanisme de sécurité sociale, les volontés programmatiques, la typologie des soins, l'empreinte des institutions internationales et la dépendance aux disponibilités budgétaires.

- **Le poids de l'héritage colonial :** Madagascar reste marqué par le mode d'organisation des services de santé mis en place par son ancienne puissance coloniale. Il y a cinquante ans, l'Etat se trouva contraint de gérer seul des questions auxquelles il n'avait pas été préparé : les coopérations bi- et multilatérales ont compensé les déficits structurels de l'Etat malgache en terme de concours techniques et financiers d'ampleur variable pour des résultats contrastés.

- **L'absence de mécanisme de sécurité sociale** : la grande majorité de la population n'a pas de protection sociale et la santé occupe une part importante dans le budget des ménages.
- **Les volontés programmatiques de l'Etat** : durant une longue période, le ministère de la santé publique a prolongé le schéma global d'organisation de la santé d'avant l'indépendance (la Direction des Grandes Endémies...), en supprimant ce qui rappelait la période coloniale (les équipes mobiles de soins) et en y greffant des structures promues par les diverses coopérations. A la fin des années 1980, sous des pressions extérieures, le ministère de la santé a commencé à adopter une politique de long terme. A l'instar des pays francophones de l'Afrique occidentale, Madagascar a désormais un PNDS (plan national de développement sanitaire), constituant le sésame indispensable d'éligibilité aux contributions financières internationales. Un plan programmatique est généralement établi sur plusieurs années, renouvelé au fil du temps. Etabli avec un grand sérieux, il comporte toujours des objectifs louables comme la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation de l'accessibilité aux soins, l'amélioration de la qualité des soins, la planification familiale, la lutte contre la malnutrition... Le déroulement de ces plans comporte l'élaboration d'une carte sanitaire et l'établissement de plans sanitaires régionaux. Il établit par ailleurs des priorités locales, notamment dans la lutte contre les grandes endémies (paludisme, bilharziose), permettant des actions très ponctuelles, sans prise en charge globale des problèmes. Ceux-ci se régleront-ils un jour ?
- **La typologie des soins** : aux différents niveaux de la pyramide sanitaire, les structures publiques sont chargées d'une triple mission : assurer des soins curatifs, préventifs et promotionnels. Dans ces trois dimensions, à la fois pour des raisons d'organisation mais aussi pour des considérations économiques, le début des années 1980 a vu l'émergence du concept de mise en œuvre du Paquet minimum d'activité. Les soins curatifs concernent en premier lieu les pathologies aiguës courantes, plus rarement les affections chroniques (hypertension artérielle, diabète). Les soins préventifs furent longtemps cantonnés aux seules vaccinations. Apparurent ensuite le PEV, des programmes de prévention de l'anémie chez la femme enceinte ou la diffusion de moustiquaires imprégnées. Les soins promotionnels vont de la promotion des rapports sexuels protégés (lutte contre les MST) au planning familial (explication, diffusion des méthodes contraceptives ou à l'éducation nutritionnelle), par différents canaux de communication. A la campagne, l'unique média est la radio.
- **L'empreinte des organisations internationales** : de nombreuses organisations internationales sont présentes sur le terrain à Madagascar. En étudiant l'offre de soins sur nos terrains, nous le verrons dans le chapitre suivant.

Chapitre 6 : Le système de soins en milieu rural malgache. L'offre de soins en questions

INTRODUCTION : OFFRE PUBLIQUE DE SOINS ET OFFRE DE SOINS PRIVEE

Comment le système de soins est-il organisé dans les districts ruraux de Madagascar ? Seule l'offre publique fait système. Les formations sanitaires sont des points de force sur le territoire rural (des caméléons adultes au moins, implantés dans un lieu) : elles sont des marqueurs de l'espace sans toutefois l'organiser. Le réseau sanitaire est une composante du territoire (MEUNIER, 2000). L'offre privée est désorganisée, aléatoire, elle agit sans coordination et ne fait pas système, comme un caméléon multicolore de passage dans un lieu. Elle est « greffée » sur le système public et hors exception¹⁶⁷, n'a malheureusement aucun lien avec l'offre publique. Nous avons vu précédemment (chapitre 5) l'organisation globale du système de santé malgache, dont en particulier son système de soins. Il convient désormais d'étudier l'offre de soins à l'échelle du district. Nouvel « objet » géographique, il s'agit d'un des maillons du système de soins national. E. Vigneron (2000) déclare que l'« *on connaît mieux l'offre de soins que l'état de santé, car les infrastructures et les personnels se comptent quand l'état de santé ne peut s'apprécier à chaque instant que dans le colloque singulier du médecin et du malade* ». L'auteur fait allusion à l'intimité d'une consultation dans un cabinet médical, dans le cadre de la santé individuelle. Le système de soins public comporte également des interventions de l'Etat dans le cadre de plans de santé publique (maladies tropicales négligées, paludisme, vaccinations) ou à la demande express d'un professionnel de santé, dépassé par les événements, lors d'une épidémie de peste par exemple. La présence sur le terrain s'observe ainsi dans le cadre de missions ponctuelles : il s'agira de répondre à des besoins de santé collective.

Pour aborder l'offre de soins dans l'espace rural, nous optons pour une démarche thématique. Nous avons un territoire, le district administratif. Il est composé de 28 communes (cantons) au Nord, 19 au Sud, comprenant elles-mêmes un certain nombre de villages ou hameaux, dont un principal, qui donne son nom à la commune. Les communes sont réparties entre d'une part une seule commune urbaine, la ville de Mandritsara, ou celle de Békily, et des communes rurales d'autre part. La lecture des cartes 18 (page 109) et 21 (page 166) permettra une meilleure compréhension de ce découpage, qui paraît complexe de prime abord. En fait, c'est assez simple et logique. Ce territoire est par conséquent un district sanitaire dans le système de santé pyramidal que la politique du pays est « censée » gérer. Le système de soins public est organisé de façon harmonieuse sur le territoire, ce qui ne signifie pas forcément « juste », ou « adaptée aux besoins de la population » : une analyse plus fine sera faite dans ce chapitre. Afin de satisfaire aux normes internationales, l'Etat a convenu de doter chaque commune rurale d'au moins un

¹⁶⁷ Nous citerons les ONG « MSF » (voir ANNEXE 10) et « Santé Sud » (voir ANNEXE 11) qui interviennent en partenariat avec le système public. Leur rôle n'est plus seulement d'aider une population défavorisée mais de pallier les insuffisances (carences ?) des services publics défaillants.

centre de santé de base de niveau 2, traduisant la présence d'un médecin. La commune urbaine doit offrir au moins un hôpital public de niveau 1, c'est-à-dire comportant des services de médecine, pédiatrie et maternité, mais sans plateau chirurgical. Il existe d'autre part une offre de soins privée, dans chacun des districts, mais de nature et d'inspiration différentes. Le réseau sanitaire est bien une composante du territoire.

Cet état de fait nous conduit à nous interroger sur plusieurs points. Un médecin par commune, soit ! Mais les communes ont-elles toutes le même effectif de population ? En cas de « grosses » différences, peut-on trouver selon le cas plusieurs médecins dans une même commune ? Les communes sont-elles à équidistance du centre hospitalier du district (CHD) ? Y a-t-il une différence significative entre la distance euclidienne et la distance/temps ? Les médecins affectés à la campagne y font-ils carrière ? Quelle est l'accessibilité des formations sanitaires ? Quel est l'état du réseau routier dans le district ?

Nous disposons de données théoriques, fournies par l'administration de la santé (le Service de Santé du District). Quelle est la situation réelle sur le terrain et comment évolue-t-elle dans le temps ? Notre travail de terrain s'est effectué entre 2012 et 2014. Les données recueillies par nos soins correspondent donc à des moments précis. Mais le système de soins n'est pas figé, surtout en termes de ressources, humaines et matérielles. La situation a parfois évolué entre deux de nos passages, nous signalerons les modifications observées au fur et à mesure, en tentant une analyse des facteurs en cause. Le service public est présent et visible dans chaque commune : le caméléon n'est pas apeuré, il ne craint rien. En parallèle existe une petite offre de soins privée, à but lucratif ou non. Celle-ci est présente de façon permanente quoique peu visible (les guérisseurs traditionnels, membres à part entière de la communauté), ou ponctuelle mais très visible (c'est le cas des innombrables ONG, avec leurs objectifs bien déterminés).

1. Des ONG et des organisations internationales à la pelle...

Il serait illusoire de vouloir citer toutes les ONG présentes à Madagascar, certaines personnes nous déclarent sur un ton ironique que « *Madagascar est le pays du monde où la présence d'ONG est la plus abondante. C'est la rumeur qui circule chez nous* » (E 25). Qu'en est-il en réalité et que font-elles au juste sur le terrain ? Chaque ONG a une spécialité. Aide au développement, c'est très vague comme intitulé... c'est le cas par exemple de « **Développement sans Frontières** »¹⁶⁸. Education (citons « **Aide et Action** »¹⁶⁹), agriculture ou social (par exemple l'ONG « **Enfants du Soleil** »¹⁷⁰), c'est

¹⁶⁸ L'ONG « Développement sans frontières agit dans différents domaines à Madagascar : la santé, l'agriculture, le droit, l'environnement, l'éducation, les arts et la culture, en plus d'une action sociale... Nous ne l'avons pas remarquée durant nos recherches !

¹⁶⁹ « Aide et Action » est une ONG française. Indépendante, elle fonctionne grâce à des dons et des parrainages. On propose de parrainer un enfant pour la durée de sa scolarité, ou une école dans son ensemble. L'ONG s'investit alors dans la construction ou la réhabilitation de bâtiments scolaires dans quelques rares villages (les besoins sont immenses). Le travail est concret et visible. Elle n'est pas présente dans les districts de Mandritsara et de Békily.

¹⁷⁰ « Enfants du Soleil : de la rue à l'espoir » intervient en partenariat avec l'Alliance Française dans plusieurs villes malgaches : Tananarive, Antsirabe, Fianarantsoa, Tuléar, Tamatave.

plus concret. Par ailleurs, de nombreuses ONG agissent dans le domaine de la santé : il s'agit bien dans ce cas d'une offre de soins. La santé est un vaste domaine, et chaque ONG possède généralement une sous spécialité. Nous citerons les plus importantes.

« **Médecins sans frontières** » (voir ANNEXE 10) est présent dans le district de Békily, nous y reviendrons plus en détail par la suite. L'ONG française « Santé Sud¹⁷¹ » désire valoriser la médecine générale dans les espaces ruraux. Elle facilite l'installation de jeunes médecins volontaires en échange de missions précises. Quel est le réel impact de toutes ces opérations ? Pour avoir vécu des missions en profondeur, un regard critique et objectif (avec une vision géographique) sera ainsi porté.

Les « Médecins de l'Océan Indien » en mission

Dans le contexte d'une coopération régionale dans le Sud -Ouest de l'océan Indien, nous faisons une mention spéciale à l'association « Médecins de l'Océan Indien (MOI) ». Ancien médecin chef du service de chirurgie au CHD Félix Guyon (Saint-Denis, Ile de la Réunion), et aujourd'hui à la retraite, le Dr Firoze Koycha, a fondé cette ONG en 1987. Cela faisait suite à l'observation d'une situation sanitaire désolante à Madagascar. Les premières missions consistaient à réunir des médicaments pour les livrer aux structures de soins qui en avaient le plus besoin. Au fur et à mesure des interventions, on se rendait compte que les caisses de médicaments s'égarèrent dans les méandres de l'administration malgache ; au départ des douanes jusqu'à l'arrivée dans les hôpitaux, le chemin était semé d'embûches. L'association décida alors de changer d'orientation : pourquoi ne pas proposer des missions de terrain et prodiguer des soins à la population directement. Une première mission eut lieu sur l'île de Sainte-Marie, sur la côte est de Madagascar. Depuis, à raison de trois missions annuelles, la philosophie n'a pas changé : la réalisation de missions ponctuelles, courtes dans le temps et dans l'espace, en visant de façon prioritaire les espaces ruraux dans lesquels il n'y a pas de médecin spécialiste. Le projet a grandi et des missions sont faites occasionnellement dans la République des Comores ou en Inde.

Le déroulement des missions se fait toujours selon le même mode. L'équipe regroupe une trentaine de « missionnaires » de différentes spécialités : chirurgie, cardiologie, gastro-entérologie, pédiatrie, ophtalmologie, chirurgiens-dentistes et prothésistes dentaires, médecins généralistes, personnel infirmier. La mission est cadrée sur dix jours, ce qui permet de traiter entre 7000 et 9000 malades par mission. Du personnel malgache accompagne ces missions : des médecins diplômés et surtout des internes en médecine, qui pourront bénéficier d'une formation théorique et pratique. Sur place, l'équipe est scindée en deux groupes. Des opérations chirurgicales lourdes sont pratiquées au sein de l'hôpital de district. L'association est autonome, elle « transporte » son propre bloc opératoire. Les médecins généralistes et les dentistes vont chaque jour dans un village de brousse, pour des consultations gratuites et la fabrication de prothèses dentaires posées en une journée, top chrono. Ils effectuent également une « sélection » de malades ayant

¹⁷¹ « Santé Sud » est présente dans le district de Mandritsara depuis 2013.

besoin d'un traitement chirurgical, afin de les référer à l'équipe de bloc, le temps de la mission. Des campagnes d'hygiène bucco-dentaire sont proposées dans les écoles. Les déplacements se font avec les moyens disponibles sur place, camionnette, pirogue et parfois à pied ; la population du village prépare les repas.

Jusqu'en 2013, soixante-deux missions ont été accomplies, avec l'aval du gouvernement malgache. L'association a son propre budget, fait de dons privés uniquement. Les missionnaires sont bénévoles et chaque projet coûte 65 000 euros. Le transport à Madagascar se fait souvent grâce au concours technique de l'armée française : celle-ci met à disposition son avion de transport militaire Transall, basé à l'Ile de la Réunion. La dernière mission s'est déroulée dans la ville de Tsiroanomandidy (200 km à l'Ouest de la capitale, sur la marge occidentale des Hauts Plateaux) du 5 au 20 novembre 2014. Ce fut l'occasion d'une innovation : la distribution de lunettes de vue, grâce à la participation de deux opticiens. Ces lunettes avaient auparavant été traitées et recyclées par des opticiens de l'Ile de la Réunion. Un skiascope¹⁷² fut mis à disposition à cette occasion. Les deux districts retenus pour nos recherches n'ont pas encore bénéficié d'une mission des « Médecins de l'Océan Indien ».

* « **Médecins du Monde** » a un programme de gestion des risques liés aux catastrophes naturelles depuis 2008. On cherche à « préparer » la population aux conséquences des dépressions tropicales. Un autre programme traite de la santé en milieu carcéral.

L'ONG « **Action contre la Faim** » s'intéresse à la nutrition, la santé et les pratiques de soins. Elle s'occupe également d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de sécurité alimentaire.

L'association **CARE**¹⁷³ agit dans différents domaines : la santé intégrée, le développement agricole, la prévention des catastrophes naturelles, la sécurité alimentaire et la bonne gouvernance.

Branche du Secours catholique français, **Caritas Madagascar** a été fondé en 1959, après les inondations qui ont ravagé une grande partie de l'Ile. Elle intervient essentiellement à la suite des catastrophes naturelles qui touchent la Grande Île (sécheresse, cyclones, inondations). Elle est souvent l'organisation la mieux placée pour atteindre les régions les plus isolées. L'organisation s'implique dans l'aide d'urgence, sous la forme d'aide alimentaire, médicale et d'articles d'hygiène, un soutien pour la production agricole et des programmes de santé. Elle s'implique également dans des projets de développement agricole comme la distribution de semences, pour assurer la plantation au moment adéquat de l'année.

¹⁷² Appareil d'optique permettant de détecter des troubles de la vision.

¹⁷³ *Cooperativ for Assistance and Relief Everywhere*. Il s'agit d'une association de solidarité internationale non confessionnelle, apolitique et indépendante. Elle est présente de façon permanente à Madagascar depuis 1992, « au service des populations vulnérables ».

Les organisations internationales ne sont pas en reste : Unicef, PAM, PNUD sont présentes. Le PAM intervient dans le district de Békily. Le PNUD a entamé le 27 octobre 2014 un travail préliminaire de recensement des sources d'eau potable dans la région Sofia. Il a pour cela fait appel aux services d'un bureau d'études de Tananarive, qui lui a fourni un ingénieur hydrolicien. C'est la cinquième région de l'île (seulement) à bénéficier de cette étude. Durant deux semaines, l'équipe compte « visiter » les milliers de villages de la région... le projet est ambitieux voire utopique ! Elle dispose certes de véhicules 4X4 mais ne connaît pas le terrain : un géographe aurait toute sa place dans ce type de mission, lors de la préparation d'un tel projet et lors de sa mise en œuvre.

Projet SEECALINE¹⁷⁴ de l'Association Internationale de développement (IDA) : une réponse aux problèmes de malnutrition

Les premières années de la vie ont un rôle déterminant dans le développement de l'enfant. Il est largement admis qu'une amélioration de l'état nutritionnel des nourrissons et des enfants en bas âge a non seulement un impact direct et à court terme sur leur état de santé, mais conditionne aussi leur futur développement physique et mental.

Les problèmes de malnutrition ont toujours constitué un sérieux défi pour le développement de Madagascar. Le recensement démographique et sanitaire des années 2003-2004 indiquait qu'environ 44 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique ou de retard de croissance. La malnutrition demeure donc un grave problème de santé publique à Madagascar. L'Etat en est conscient et cherche les moyens d'y faire face. Le projet de nutrition SEECALINE est présent sur le terrain rural et visible (République de Madagascar, INSTAT, 2004), depuis plus de 15 ans maintenant. « Grâce à l'expérience du projet SEECALINE, Madagascar est l'un des rares pays d'Afrique qui peut espérer atteindre l'objectif de développement pour le millénaire dans le domaine de la lutte contre la malnutrition. C'est la raison pour laquelle cette expérience a fait l'objet d'un programme financé par le budget national et a été intégré au sein du Bureau National de nutrition, la nouvelle structure chargée de la coordination de la lutte contre la malnutrition à Madagascar » selon Charles Rabamananjara, Premier ministre et Président du conseil national de la nutrition. Placé sous la tutelle de l'Etat malgache, ce vaste projet, initié en 1998, a pu bénéficier d'un crédit de la Banque mondiale, d'un don du PAM et de contributions de l'Etat. Le Japon en a financé la préparation.

Le projet comporte quatre objectifs généraux :

- Améliorer l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire et scolaire (3-14 ans), des femmes enceintes et des mères allaitantes sur la base d'un programme de nutrition communautaire (PNC).

¹⁷⁴ Surveillance et éducation des écoles et des communautés en matière d'alimentation et de nutrition élargie.

- Assurer la pérennité des progrès nutritionnels par la formation continue et approfondie des intervenants et des partenaires de terrain (ONG).
- Réduire l'insécurité alimentaire des ménages en milieux urbain et rural, en améliorant leur accès à des aliments sains et nutritifs.
- Sensibiliser les communautés locales aux problèmes de la malnutrition et de l'hygiène.

En 1998, le projet de nutrition communautaire a été lancé dans le but d'améliorer l'état nutritionnel des enfants de moins de trois ans ainsi que des femmes enceintes et des mères allaitantes. Ce projet comporte des activités liées à la nutrition au sein des communautés, telles que le contrôle et la promotion de la croissance des enfants à l'aide d'un programme de nutrition à l'école. Ce projet n'inclut toutefois pas d'apport nutritionnel supplémentaire. Toutes les composantes de ce programme impliquent une mobilisation de la population locale, des activités d'information et de communication, un changement des comportements ainsi que la formation de nutritionnistes communautaires, de travailleurs sociaux et d'enseignants du primaire pour les sensibiliser aux enjeux de la nutrition et de l'hygiène. Le contrôle de la croissance constitue le point central des activités de ce projet. Parallèlement, des agents nutritionnistes communautaires mobilisent les populations locales pour participer à des séances éducatives sur les thèmes de l'hygiène et de la nutrition ainsi que pour leur offrir des conseils et des séances de cuisine.

Une étude sur l'impact de ce programme indique qu'il a aidé des enfants âgés de 0 à 5 ans des communautés participantes à combler leur déficit pondéral avec des écarts-type de 0,15 à 0,22 pour chaque âge correspondant à la variable standardisée. De plus, ce programme a induit des effets significatifs en termes de maintien sur le long terme des résultats nutritionnels obtenus (indicateurs taille/âge) par rapport à une tendance négative sous-jacente en l'absence d'un tel programme. Il convient de noter que les effets sur les bénéficiaires de ce programme étaient substantiellement hétérogènes. Les gains en terme d'amélioration de l'état nutritionnel sont supérieurs pour les femmes qui ont reçu une plus grande éducation et pour les villages dotés d'une meilleure infrastructure. Ces résultats suggèrent une complémentarité importante entre l'éducation des enfants, l'éducation maternelle et les infrastructures locales. Globalement, le programme de nutrition a permis de réduire la fréquence des carences pondérales de 5,2 à 7,5 points de pourcentage. La promotion pour une meilleure nutrition au sein des communautés a également eu des effets protecteurs, puisque les zones concernées par le projet se sont trouvées davantage épargnées par les retards de croissance.

Innovation : une offre de soins supplémentaire est « arrivée » à Madagascar

L'ONG « Navires de l'espoir » (*Mercy Ships*) est une association humanitaire internationale, chrétienne évangélique, fondée en Suisse en 1978. Elle offre des soins chirurgicaux gratuits à bord de ses bateaux. Après une mission de 10 mois au Congo Brazzaville, le navire Africa Mercy est arrivé dans le port de Tamatave (côte est de Madagascar) le 25 octobre 2014, pour une escale de 8 mois. Il s'agit du plus grand navire-

hôpital civil au monde, qui réalise gratuitement des interventions chirurgicales dans six spécialités : chirurgie maxillo-faciale, reconstruction plastique, orthopédie pédiatrique, gynécologie, chirurgie générale et ophtalmologie. *Mercy Ships* dispense également des soins dentaires.

2. ... et des carences à la pelle

De façon générale à Madagascar, dans tous les espaces ruraux, il manque de professionnels de santé. De surcroît, on constate une absence totale de certains services. Il n'y a aucun médecin spécialiste. Il n'y a pas de service de protection sociale pour les agriculteurs : tous les frais de santé sont à la charge des usagers. Il n'y a pas de service d'urgence dans les campagnes¹⁷⁵. Le malade doit se rendre par ses propres moyens à la formation sanitaire la plus proche, même en cas d'urgence, sans savoir à l'avance si le médecin sera là ou non, auquel cas il devra se déplacer encore plus loin pour bénéficier de soins. Il n'y a pas la moindre ambulance disponible. Que dire de l'absence de pharmacie ? Il n'y a pas de service « long séjour » pour les malades en situation de grande dépendance (personnes âgées, personnes lourdement handicapées ou souffrant d'affections chroniques compliquées) : là encore la famille du malade est entièrement sollicitée pour la prise en charge, bien qu'elle soit démunie en terme de connaissances médicales. Cette liste est loin d'être exhaustive. Il n'y a pas de service de psychiatrie : les malades mentaux sont livrés à eux-mêmes, stigmatisés dans leur communauté et rejetés par les familles qui les considèrent comme un fardeau. « *Nous ne sommes pas capables de nous en occuper correctement. Ma voisine a un enfant handicapé mental. Il a maintenant 25 ans, il vit dans la rue, il ne veut plus habiter chez ses parents. Il demande à manger à gauche, à droite. Mais il n'est pas méchant. Il est incapable de travailler, c'est désespérant.* ». (E 19). Les deux districts ruraux ne possèdent aucun service de chirurgie, pas plus que de moyens d'investigation lourde (imagerie médicale pour confirmer un diagnostic, par exemple), comme le déplore un médecin de brousse. « *Nous faisons vraiment de la médecine à mains nues, ce n'est pas facile. On travaille avec notre tête et avec nos mains. On doit être compétent dans beaucoup de domaines : arracher une dent, pratiquer un accouchement, recoudre la peau en cas de blessure. Si quelqu'un se fracture un membre, on le remet en place « à vue d'œil ».* Il n'y a pas de radiographie en brousse. On fait bien sûr les circoncisions pendant la saison fraîche ». (E 21). Tous ces défauts d'équipement « modernes » grèvent des possibilités de soins de bonne qualité et en toute sécurité pour la population rurale. Celle-ci n'est pas toujours apte à comprendre les risques encourus, elle ne s'en plaindra donc jamais.

L'objectif de ce travail est, par principe en géographie de la santé, de chercher à mettre en évidence des disparités spatiales, surtout dans l'opposition espace rural / espace urbain,

¹⁷⁵ A Madagascar, seule la ville de Tananarive dispose d'une organisation, encore embryonnaire, de secours d'urgence. Le SAMU 974 (Ile de la Réunion) intervient depuis quelques années dans la formation de médecins urgentistes, dans le cadre d'une coopération régionale. « *Il reste encore beaucoup de progrès à accomplir, notamment faire intégrer le concept d'urgence médicale ou chirurgicale aux médecins hospitaliers. Le problème majeur reste cependant dans les moyens mis à leur disposition, c'est-à-dire un problème de finances publiques* » nous témoigne un des responsables du SAMU 974.

sachant qu'il n'y a pas de « véritable ville » dans ces espaces. Le système de soins souffre-t-il de faiblesse passagère ? Est-il totalement figé ou part-il à la dérive ? Voit-on des solutions d'espoir se profiler ? Ce chapitre est divisé en deux parties. Nous étudierons dans une première partie l'offre de soins « brute », à Mandritsara tout d'abord, Békily fera l'objet de la seconde partie. Nous proposerons au fur et à mesure une typologie des communes rurales, à l'égard du système de soins. Nous retiendrons pour cela trois critères d'inclusion principaux : l'offre de soins proposée sur le territoire communal, l'éloignement de la commune par rapport à une formation hospitalière et enfin le lien que la commune établit avec les axes de communication. Dans un souci de clarté et de meilleure compréhension, nous nous baserons sur des cartes thématiques. Une analyse comparative pour l'offre de soins entre les deux districts est proposée dans le chapitre 7. Une synthèse de l'accès de la population aux formations sanitaires et des réflexions personnelles seront apportées dans la quatrième partie.

■ Texte 3 : Missions humanitaires

Je suis « tombé » dans l'humanitaire en 1989. Une rencontre fortuite avec des membres de Médecins du Monde (MDM) m'avait convaincu de participer à une de leurs missions: six mois en Afrique du Sud, encore sous le régime violent de l'apartheid. MDM assurait des missions dans cinq homelands¹⁷⁶. Je me suis ainsi retrouvé déraciné, par choix, et un beau jour de mars, dans le Kwandébé, pour une action sanitaire auprès de populations déracinées elles aussi, mais pour des raisons plus graves. Le travail était complètement illégal, les *check-points* nombreux sur la route. Ce furent six mois de dissimulations, auprès des autorités, mais aussi dans un territoire sans

repères de lieux, sans carte topographique. Les villages n'avaient pas de nom, les gens n'avaient plus d'identité. Ils se retrouvaient là suite à des « razzias » policières, l'Etat leur avait donné un lopin de terre aride, desséchée, et quelques briques pour construire une maison. « *Voici votre nouveau pays !* » déclarait le pouvoir. Les quelques résistants furent emprisonnés et torturés. La situation était alors très étrange : on observait une population principalement constituée de femmes, d'enfants et de vieillards. Les hommes travaillaient dans les grands centres industriels du pays, notamment dans les mines de diamants, retrouvant leur famille une à deux fois par an. Ce fut une expérience éprouvante mais une expérience tout de même. Je me suis « amusé » à cartographier le réseau routier ainsi que les nouveaux villages, créés de toute pièce, dans le « pays » Ndébé. Cette mission fut aussi mon premier rapport à la géographie. Retour à Madagascar: 2003, direction Maroansetra, district enclavé, situé au fond de la baie d'Antongil, profonde baie à l'Ouest de la presqu'île de

¹⁷⁶ Les homelands sud-africains au temps de l'apartheid, étaient des territoires artificiellement créés afin d'y installer la population « noire », suite à une forme de déportation. On avait regroupé, de façon arbitraire et sans ménagement, la population sur des critères ethniques. Il y avait ainsi une dizaine de homeland, un pour les Zoulous, un autre pour les Ndébé, par exemple. On lira avec intérêt à ce sujet les ouvrages d'A. Brink (1983) et de P. Haski (1987).

Masoala (voir carte 10, page 60), limitrophe de Mandritsara mais si éloigné à tous points de vue. J'avais rejoint l'équipe des Médecins de l'océan Indien pour une mission de dix jours, afin de dispenser des soins à une population dépourvue de centre de santé à des dizaines de kilomètres à la ronde, dans les villages les plus reculés. Le transport des hommes et du lourd matériel médico-chirurgical a pu se faire depuis l'Ile de la Réunion à bord de l'avion Transall de l'armée française. Une chaleur humide et lourde nous attendait, ainsi que de nombreux malades, qui n'avaient pas vu de médecin depuis longtemps. Les averses se succédaient, le taux d'humidité de l'air avoisinait les 100 %. Je faisais partie, avec les dentistes et prothésistes dentaires, de l'équipe mobile. Chaque matin, à 5 heures, le départ d'une journée folle était donné. Il faisait encore nuit lors d'un court trajet en camionnette. Afin de rejoindre les villages isolés, on embarquait sur de petites pirogues, pour des trajets de 2 à 3 heures. On était vaguement protégés de la pluie par quelques sacs en plastique, mais la fougue des missions humanitaire était bien présente, et ces petits désagréments n'ont été qu'un détail, au bout du compte. Les consultations s'enchaînaient alors, interrompues d'une brève pause déjeuner – les femmes du village s'étaient associées pour nous préparer

de solides repas. Puis le travail à la chaîne reprenait son cours, non stop jusqu'à 17 heures. Je travaillais avec un interne en médecine, qui me servait aussi d'interprète. Nous étions mouillés du matin au soir, à patauger dans la boue, mais malgré tout satisfaits des soins prodigués : on voyait entre 50 et 60 patients par jour. Récidive en 2008 : nouvelle mission MOI, à Ambanja, côte nord-ouest de Madagascar. Climat sec et chaud, caniculaire jour et nuit. On se rend dans des villages enclavés, une partie du trajet se fait en 4X4, une autre à pied, cette fois-ci. Rien ne change dans ce pays. Il y a toujours aussi peu de professionnels de santé dans le milieu rural. La population présente des affections incroyablement chroniques. La faculté ne nous avait pas tout montré ni tout appris. Le terrain est un complément essentiel de l'Université : l'apprentissage du métier peut réserver des surprises. Ces missions sont très brèves. L'équipe de bénévoles s'investit à fond. L'effet immédiat est positif pour la population. Mais qui va prendre le relais ? Il nous reste à chaque fois un goût amer d'inachevé. Je ne suis pas pour autant devenu un « cow-boy » de l'humanitaire. En 2012, je suis retourné sur le terrain, pour mes travaux en géographie de la santé, à la recherche des caméléons. La situation du système de soins malgache s'est-elle enfin améliorée ?

A. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA

Si elle est peu nombreuse, l'offre de soins est aussi peu diversifiée. Y a-t-il en plus des disparités spatiales ? Afin de détailler et de localiser les formations sanitaires et les acteurs de la santé présents sur le territoire, nous nous basons sur les données démographiques disponibles. Ce sont des estimations, mais elles restent un bon reflet de la réalité et de toute façon, c'est la seule référence pour les cadres et autres décideurs de la santé dans le pays. Ces bases sont complétées par des recherches personnelles sur le terrain (observations, entretiens). Nous étudierons alternativement les offres publiques et privées. Nous présenterons tout d'abord des cartes thématiques, concernant le découpage communal, les densités de population et les éléments du réseau de communication du district (cartes 29, 30, 31).

1. Données générales du district de Mandritsara : démographie et voies de communication

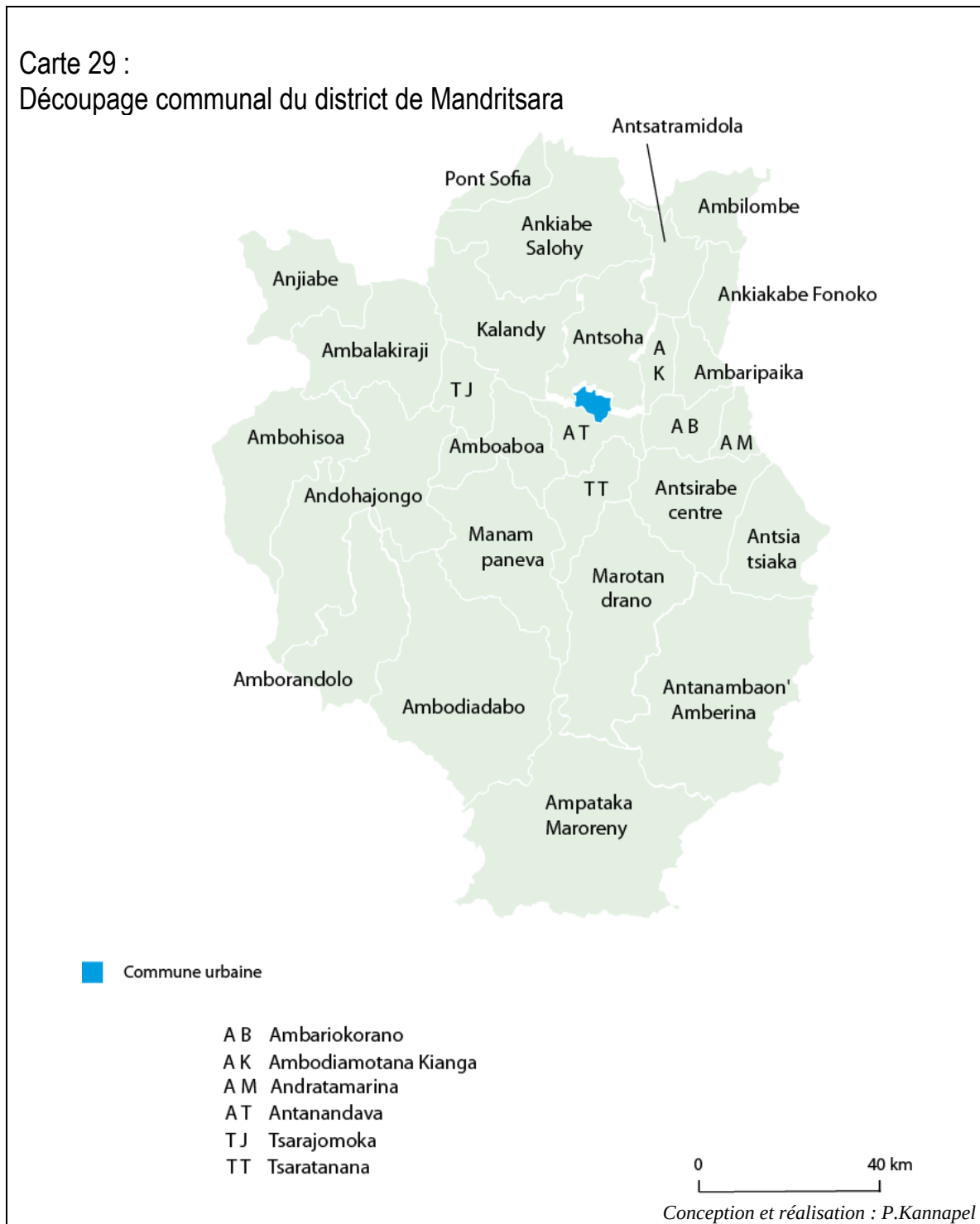
Le district de Mandritsara compte un peu moins de 300 000 habitants, répartis dans 28 communes (cantons). Les limites géographiques des communes sont définies précisément (carte 29, page 308). Le nom de la commune porte celui du village principal, soit en général le plus « gros » village de la commune, dans lequel se tient un marché hebdomadaire mais aussi le centre de santé. Chaque commune possède entre 4 et 20 villages (*fokontany*). La commune de Mandritsara possède des « attributs » urbains : un petit « centre-ville » découpé en 12 quartiers, dans lequel on trouve différents services publics : administration du district, mairie, écoles, services de l'agriculture et des eaux et forêts, centrale électrique et de distribution d'eau. La ville dispose de nombreux petits commerces, d'un établissement bancaire et d'une piste d'atterrissage en lisière de l'agglomération. Il s'y trouve enfin le terminus d'une gare routière, faisant le lien avec l'extérieur. La ville est dotée de plus de services de soins que les villages avoisinants : c'est la loi de l'économie d'échelle. Le chef-lieu de district n'a pas une situation strictement centrale, certains villages sont à plus de 150 km de distance et l'accès à la ville ne peut se faire alors qu'à travers des pistes charretières, souvent à pied.



Photographie 64 : Habitat traditionnel dans la campagne de Mandritsara

Les maisons fragiles ont des murs de boue séchée et un toit végétal, le sol est de terre battue. Le mobilier est très pauvre voire absent. Il n'y a pas d'eau courante et encore moins d'électricité dans les communes rurales. On vit au rythme de la nature, on se lève et on se couche avec le soleil.

Carte 29 :
Découpage communal du district de Mandritsara



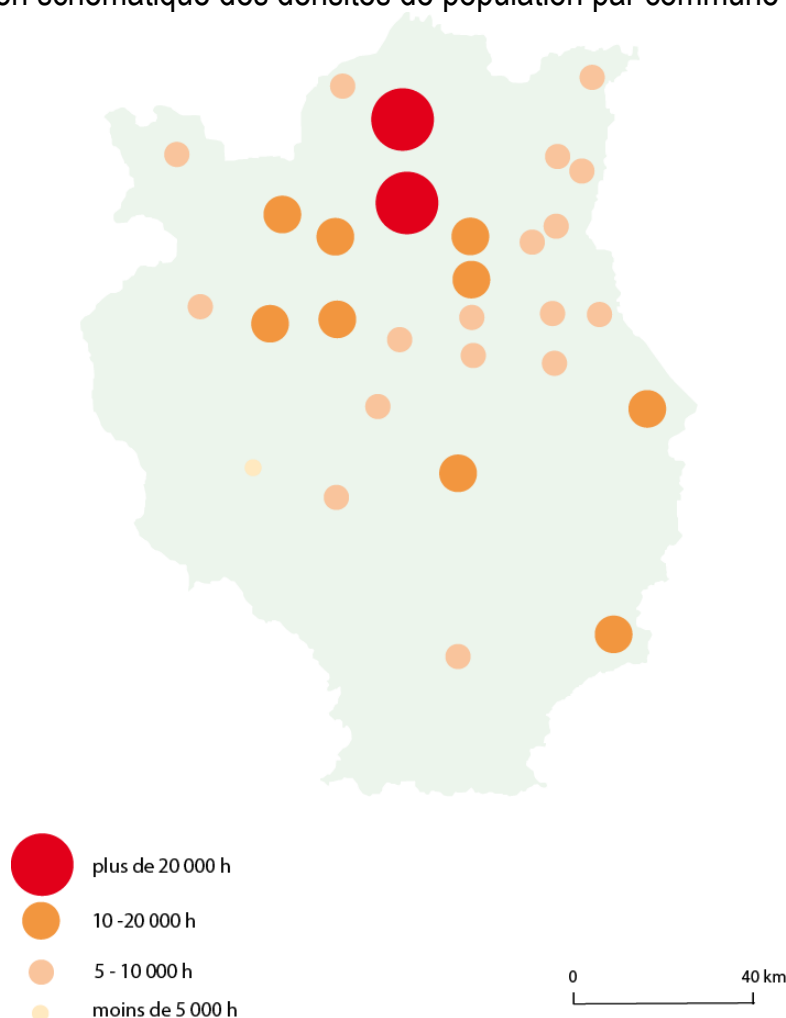
Source : CISCO (2012)

a) La population : éléments de démographie

La population du district est très inégalement répartie. De grands espaces (montagneux), dans le Sud et l'Ouest, sont vides d'hommes. La commune urbaine n'a pas une position centrale et elle est mal reliée aux autres communes. Nous avons pris le parti de classer les communes en quatre groupes principaux, selon leur chiffre de population, et d'en proposer une représentation schématique (carte 30, page 309).

- Seule une commune a moins de 5000 habitants : Amborandolo, au Sud-Ouest du district. Elle est enclavée.
- Les communes les plus nombreuses, au nombre de seize, ont une population moyenne entre 5 et 10 000 habitants, allant de 5600 (Andratamarina, à l'Est du district) à 9825 (Antsirabe Centre, au Sud de la précédente).
- Neuf communes comptent de 10 à 20 000 habitants, dont la ville de Mandritsara (19 269 h), qui bien que chef-lieu, n'est pas la plus peuplée. La commune de Tsarajomoko (TJ) comprend 10 152 administrés tandis qu'au Sud, la commune de Marotandrano (16 villages), très peuplée, en compte 18 022. La commune d'Antsoha (15 829 h), au Nord de la ville de Mandritsara, est la commune qui dispose du plus grand nombre de villages (20).
- Enfin, les deux communes les plus peuplées sont au Nord du district. Kalandy compte 20 979 habitants répartis en 14 villages. Ankiabe Salohy, enclavée, compte pour sa part 21 300 individus, regroupés en 12 villages.

Carte 30 :
Représentation schématique des densités de population par commune



Conception et réalisation : P.Kannapel

b) Les voies de communication : un réseau modeste, faible, peu fiable et pas entretenu

Les axes de communication dans ce district présentent des qualités fort diverses: il s'agit d'un nouveau point d'inégalité territoriale.

Un axe majeur (RN 32), venant du Nord, fin ruban bitumé sur le territoire, traverse le district vers le Sud. La ville de Mandritsara en marque le terminus. Route nationale : ce n'est pas une sinécure. Pour l'accès aux formations sanitaires, c'est une condition nécessaire mais pas suffisante : en effet, ce n'est pas parce que la route bitumée traverse un village, que les habitants de ce village sont plus proches de la ville... la population rurale ne dispose pas de moyen de transport motorisé et les transports publics qui traversent le village sont souvent déjà pleins et surchargés. Ils sont d'autre part irréguliers. Il n'y a plus de place pour le transport d'un malade et de sa famille. Les gens se rendent donc à la formation sanitaire à pied, ou en charrette à bœufs, dans le meilleur des cas, à la vitesse de 5 km / heure en moyenne, dans l'un ou l'autre cas.

Cette route est connectée au réseau national. A partir de la ville d'Antsohihy, capitale régionale, sur 200 km, on peut observer un premier tronçon très dégradé, les ornières sont nombreuses, le bitume a disparu par places, laissant un revêtement argileux apparaître. Celui-ci se transformera en boue épaisse, pendant les quelques mois de la saison des pluies. Les liaisons sont alors rendues spécialement périlleuses. A partir de Pont-Sofia, l'état est à peine meilleur, faute d'entretien. Les communications avec l'extérieur du district sont par conséquent fortement impactées par la saisonnalité, il faudra 5 heures en saison sèche pour effectuer les 200 km (minibus), et jusqu'à 20 heures, ou plus, en saison des pluies. La durée du trajet est beaucoup plus longue pour les camions. La commune de Pont-Sofia, située au bord du fleuve Sofia, est la porte d'entrée dans le district de Mandritsara, c'est d'ailleurs la seule par voie routière. Sur cet axe majeur sont greffées plusieurs routes secondaires. On en distingue parfaitement le tracé principal, mais elles n'ont jamais été bitumées. La « route du Sud » (Photo 64) relie Mandritsara à Marotandrano, ancienne capitale régionale.



Photographie 65 : Route secondaire

La route qui « descend » vers le Sud du district est un axe secondaire, une piste faite de roche et de terre, transformée en boue après les pluies. Le trafic est minimum, voire absent, par la force des choses. Afin de protéger leurs véhicules, peu de transporteurs routiers se lancent sur les routes secondaires.

Les routes secondaires s'enfoncent peu à peu dans la campagne, se transformant en des voies de plus en plus étroites, de moins en moins carrossables, réservées aux charrettes à bœuf (« *nos véhicules tout-terrain* », comme les appellent les habitants) et aux piétons.

Qu'en est-il du trafic ? Celui-ci est représenté en partie par des véhicules motorisés. Ce sont des camions de livraison de marchandises générales et d'évacuation des produits agricoles (essentiellement le riz). Les camions viennent de la capitale nationale ou du port de Majunga (capitale provinciale). On trouve d'autre part des transports collectifs : les uns sont des taxis-brousse sous forme de minibus, pour un lien avec le district voisin de Béfandriana-Nord puis vers le réseau national, et d'autres sont des camionnettes bâchées pour le transport de personnes et de marchandises, circulant sur les axes secondaires vers les communes isolées. On observe quelques rares motos, menées par des fonctionnaires et les véhicules 4X4 des ONG. Le mauvais état du revêtement rend la circulation lente et réduit de ce fait le risque d'accident. Les chauffeurs de ces véhicules, extérieurs au district, sont trop contents de « s'évader » de leur domicile conjugal. Ils retrouvent un statut d'homme célibataire pour quelques jours et vont profiter du séjour à Mandritsara pour « faire la fête », c'est-à-dire s'alcooliser fortement et surtout profiter des plaisirs de la chair : ils créent ainsi des besoins nouveaux dans la ville. On observe le développement d'une prostitution libertine (de nombreuses jeunes filles issues des villages reculés viennent tenter de gagner quelque argent « facile »), sans aucun contrôle sanitaire bien entendu. Le risque de propagation de maladies sexuellement transmissibles est alors présent. La ville de Mandritsara joue le rôle de tampon entre un monde rural pauvre et un monde extérieur, avide de plaisirs éphémères à moindre coût.

Retour sur Terre : on rencontre par ailleurs, sur la route nationale, des personnes se déplaçant à bicyclette, de nombreux piétons, des charrettes à bœuf et des troupeaux de bovidés. Le trafic est finalement assez dense sur cette route... Il l'est beaucoup moins sur les axes secondaires (motos, rares 4X4, bicyclettes, charrettes et piétons) et quasi-réservé aux piétons sur les autres voies, qui ne sont guère plus que des chemins muletiers. Durant la saison des pluies, il n'est plus possible de circuler sur les voies secondaires, transformées en rivières boueuses.



Photographie 66 : Véhicule tout-terrain à Madagascar

Il peut emprunter la route nationale bitumée, les routes secondaires et tous les autres chemins. C'est un peu lent, il y a beaucoup de secousses, et pas de place pour tout le monde sur la charrette. Celle-ci sert surtout au transport de marchandises, on va au marché acheter certains produits, et en vendre d'autres.

Carte 31 :
Les axes de communication dans le district de Mandritsara



2. L'offre de soins : d'une commune à l'autre

Nos enquêtes de terrain nous ont menés dans ce district entre 2012 à 2014. Les informations recueillies et présentées ici concernent cette période uniquement. Nous indiquerons au fur et à mesure la période à laquelle on se réfère, car des changements peuvent survenir de façon inopinée. L'équipement sanitaire public est un marqueur du territoire : les formations sanitaires, souvent le seul bâtiment en « dur » du village, sont bien signalisées (Photo 66). Si l'on excepte les tradi-praticiens et quelques cas particuliers, le système public est la seule offre de soins présente dans les communes rurales.



Photographie 67 : Panneau indicateur du CSB 2 de Pont-Sofia

Les CSB sont particulièrement bien signalisés, par un panneau en bord de route. On aperçoit sur la gauche du cliché la route nationale bitumée, recouverte de poussière rouge (latérite). Pont-Sofia a une situation stratégique : c'est la « porte d'entrée » du district de Mandritsara. Le CSB 2, est situé sur une petite butte en contre-haut de la route. Il est fonctionnel.

Hormis la commune d'Ankiakabe Fonoko (5961 h – Nord-Est du district), toutes les communes rurales ont au moins une formation sanitaire (en 2012). Six d'entre elles ont à la fois un CSB 2 et un CSB 1, notamment les deux plus peuplées, Kalandy et Ankiabe Salohy. Dix-huit communes ont un et un seul CSB 2, peu importe la taille de leur population. Enfin, la commune rurale de Tsarajomoka (10 049 h), dispose de deux CSB 1, et celle d'Antanandava d'un CSB 1 (Tableau 21). La commune urbaine de Mandritsara offre un service public et des services privés.

Tableau 22 : L'offre de soins publique dans le district de Mandritsara (2012)

Nom de la commune	Nombre d'habitants	Nombre de villages	Formations sanitaires		
			CHD 1	CSB 2	CSB 1
1. Ambalakiraji	16 774	18		1	1
2. Ambariokorano	5 435	6		1	
3. Ambaripaika	8 025	6		1	
4. Ambilombe	7 977	9		1	
5. Amboabo	11 218	10		1	
6. Ambodiadabo	6 751	9		1	

7. Ambodiamotana-Kianga	5 932	7		1	
8. Ambohisoa	9 410	12		1	
9. Amborandolo	2 435	4		1	
10. Ampataka-Maroreny	8 042	6		1	
11. Andohajango	15 170	15		1	1
12. Andratamarina	5 600	6		1	
13. Anjiabe	8 915	9		1	1
14. Ankiabe-Salohy	21 300	12		1	1
15. Ankiakabe-Fonoko	5 961	6			
16. Antanambaon' Amberina	10 458	9		1	
17. Antanandava	8 110	13			1
18. Antsatramidola	9 654	9		1	
19. Antsiatsiaka	11 464	6		1	1
20. Antsirabe centre	9 825	8		1	
21. Antsoha	15 829	20		1	
22. Kalandy	20 979	14		1	1
23. Manampaneva	7 254	7		1	
24. Mandritsara	19 269	13	1	1	
25. Marontandrano	18 022	16		1	1
26. Pont-Sofia	9 792	6		1	
27. Tsarajomoka	10 152	10			2
28. Tsaratanana	8 870	10		1	
Totaux	298 623	276	1	25	10

Sources : Services de santé du District (2012).

a) Les formations sanitaires dans les 27 communes rurales : une offre de soins instable, dans l'espace et dans le temps

- Des hommes et des lieux : les communes sans médecin

En 2012, deux communes rurales n'ont pas de médecin. Ankiakabe Fonoko est située au Nord-Est du district, à 60 km¹⁷⁷ de la ville de Mandritsara. Il n'y a aucune formation sanitaire. Les 5961 habitants, répartis sur 6 villages, peuvent se rendre au CSB 2 de la commune voisine d'Antsatramidola (10 à 15 km en moyenne, à pied, en bicyclette, en moto ou en charrette). Si la commune de Tsarajomoka (10 049 h) n'a pas de médecin, elle dispose toutefois de deux CSB 1, tenus par des infirmiers. Cette commune est à 45 km au Nord-Ouest du chef-lieu de district, desservie par une route secondaire.

- Des lieux privilégiés : une population et son **médecin**

Une commune peu peuplée et enclavée (Amborandolo), a la chance d'avoir un médecin pour ses 2435 habitants. La majorité des communes (15) ont un médecin pour une population de 5 à 10 000 habitants. Trois communes ont un médecin pour 10 à 15 000 h et six communes, un pour plus de 15 000 h.

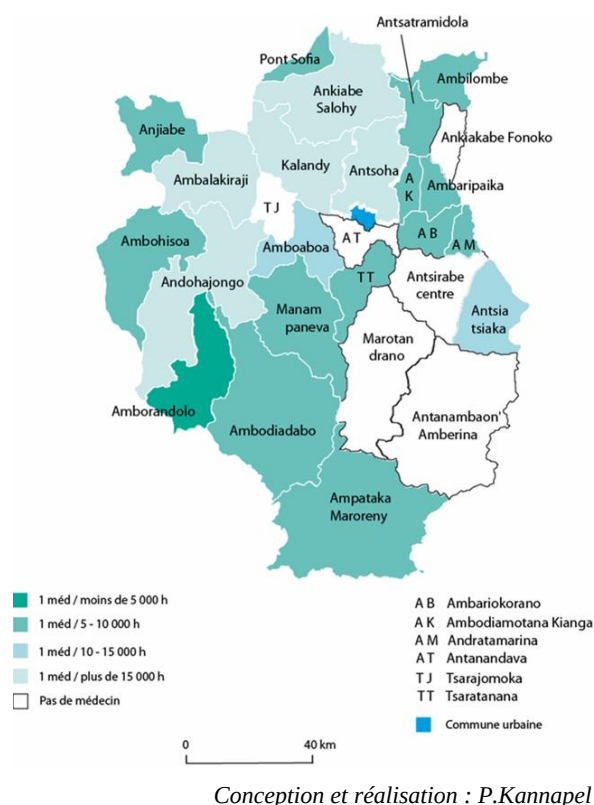
¹⁷⁷ Toutes les distances données dans ce chapitre sont des moyennes approximatives, selon les limites de la commune en question.

La population des communes rurales est de 279 354 habitants ; 25 médecins praticiens et fonctionnaires sont à leur disposition. La densité médicale moyenne est par conséquent de un médecin pour 11 200 personnes à l'échelle du district. On constate là encore de grandes disparités spatiales (cartes ci-dessous).

Carte 32 :
Densités médicales en 2012



Carte 33 :
Densités médicales en 2014



La situation a évolué en 2014 pour trois « grosses » communes (Antsirabe Centre, Marotandrano et Antanambaon'Amberina), qui ont « perdu » leur médecin, pour des causes différentes. Le médecin d'Antsirabe Centre a démissionné fin 2013, pour des raisons personnelles. « *Ca devenait trop dur. On est sollicité sans arrêt. Les gens ne respectent pas les horaires d'ouverture du centre et viennent régulièrement à mon domicile. On ne peut jamais dormir tranquillement, on est toujours sur le qui-vive. Le plus usant était d'aller quatre à cinq fois par jour à la rivière chercher de l'eau. On ne pouvait compter que sur soi-même. Je vais retourner à Tananarive, pour m'associer en libéral avec un confrère* ». (E 21). La femme médecin de Marotandrano a dû quitter son poste en avril 2014 sous la vindicte populaire, suite à des malentendus. La vie est dure

pour les médecins de brousse, c'est encore plus le cas quand le médecin est une femme. Elle doit souvent « sacrifier » une partie de sa vie privée pendant quelques années. Loin de son mari et de ses enfants, le moral ne tarde pas à tomber en chute libre. Le malentendu qui a poussé la communauté villageoise à demander son départ est banal : elle avait refusé de consulter un blessé (léger) dans l'instant, alors que la nuit était déjà tombée et qu'elle terminait son repas ! Ce doit être une goutte d'eau de plus dans le vase plein de relations déjà tendues. Pour la dernière commune, c'est plus cruel : le CSB 2 est fermé suite au décès du médecin. La population est dans l'attente d'un successeur.

- Les CSB 1

Ils sont dirigés par un infirmier, souvent originaire de la région. Celui-ci a lui-même souhaité venir travailler dans une commune rurale et sera généralement bien accepté par la population. Sur le terrain, il remplira la fonction de « faisant fonction de médecin ». Les centres sont situés dans des villages enclavés. La plupart des infirmiers possèdent une moto, ils ne souffrent donc pas trop de l'enclavement. *« J'habite dans le village principal de la commune d'Antsirabe Centre depuis trois mois maintenant. Je remplace provisoirement le médecin qui a démissionné. Mon déménagement s'est fait avec une charrette à bœufs, c'était folklorique... Ma femme et ma petite fille m'ont rejoint il y a un mois. La famille est enfin réunie, c'est le plus important. Mes parents sont dans la ville de Mandritsara et je peux les rencontrer régulièrement car j'ai ma moto : il me faut une heure trente pour aller en ville »* (E 23).

Les centres de santé de base reçoivent régulièrement de l'Etat un stock de médicaments. Le rythme de livraison est généralement trimestriel : la gestion de ce stock fait partie des attributs du professionnel de santé. Il s'agit de **médicaments essentiels**, permettant de traiter les pathologies les plus fréquentes. Ils seront revendus aux malades de façon légale. Toutes les spécialités médicamenteuses ne sont pas disponibles : en cas de manque, le malade sera contraint de se rendre en ville, avec l'espoir d'y trouver son médicament... Un problème supplémentaire se pose donc dès que la maladie se complique : toutes les personnes n'ont pas la possibilité de se rendre en ville aisément.

Une synthèse de l'offre publique est présentée sur la carte 34, page suivante. Elle ne tient pas compte des dernières évolutions citées précédemment, pour les communes d'Antsirabe Centre, de Marotandrano et de Antanambaon'Amberina.

Carte 34 :
L'offre publique de soins dans le district de Mandritsara (2012)



- Campagnes de prévention et autres fonctions de l'Etat à la campagne

L'Etat est également présent dans les espaces ruraux, ailleurs que par les formations sanitaires fixes. Il prend par exemple en charge les vaccinations des enfants (actes gratuits) dans le cadre du PEV¹⁷⁸. En pratique, les vaccinations sont faites à l'occasion de campagnes de masse, annoncées dans un grand tapage médiatique (par les réseaux de radios locales, seul média présent dans les campagnes). Ce moment est utilisé pour pratiquer une forme de propagande politique.

Les campagnes de prévention du paludisme sont une autre prérogative du pouvoir central. Dans la région Sofia, elles se pratiquent au travers de l'opération « CAID¹⁷⁹ ». Chaque année, au début de la saison des pluies (fin novembre), l'Etat recrute des personnes sans emploi, des étudiants en vacances universitaires ou de simples volontaires, pour des contrats d'un mois, afin d'assurer cette mission. Celle-ci consiste en des visites domiciliaires, du porte à porte dans tous les villages du district, pour des pulvérisations d'insecticide sur les murs intérieurs des maisons. L'effet répulsif sur les moustiques est censé durer trois mois. Si certains agents démoustiqueurs sont très sérieux - nous en avons rencontré plusieurs - d'autres, de plus petite moralité, ne peuvent s'empêcher de détourner une partie des produits insecticides, afin de les revendre. Plus faiblement dosé, le produit projeté sur les murs est forcément moins efficace, ce qui explique encore les nombreux cas de paludisme. Les équipes conseillent malgré tout à la population de continuer à dormir sous des moustiquaires imprégnées.

L'Etat coordonne enfin **des équipes mobiles**, issues de la capitale, dans les prémices d'épidémies risquant de se transformer en drames (peste, choléra). Ce fut le cas dans le Sud du district (commune rurale d'Antanambaon'Amberina) en décembre 2013 ; des cas suspects de peste pulmonaire avaient été signalés aux autorités sanitaires par le médecin de la commune, à la fin du mois de novembre. La maladie a commencé à faire ses premières victimes, dont le médecin du village, exposé en première ligne. Il n'avait pas pris la mesure du danger. La peste pulmonaire est très virulente et contagieuse. L'Etat a finalement mobilisé une équipe sanitaire (médecins, agents de l'institut Pasteur de Tananarive) qui s'est rendue sur place, par la route jusqu'au village de Marontandrano, puis à pied, faute de route... Les délais d'intervention furent assez longs, la peste a eu le temps de tuer 22 personnes dans deux villages de cette commune. Une équipe de gendarmes avait pu assurer un minimum de logistique sur le terrain, interdisant notamment le déplacement des personnes suspectes de peste. Le mal a pu être contrôlé d'une manière acceptable, au vu des conditions d'accès au site de l'épidémie.

¹⁷⁸ Le Programme élargi de vaccination a été lancé par l'OMS en 1974, dans le but de rendre les vaccins accessibles à tous les enfants dans le monde.

¹⁷⁹ « CAID » signifie Campagne d'Aspersion Intra Domiciliaire.

- Pour fermer le panorama de l'offre publique, il convient de citer **les agents communautaires**.

Ils sont présents dans chaque village. Bénévoles et membres actifs de leur communauté, ils peuvent bénéficier de formations de base (hygiène, nutrition) par les médecins de l'hôpital de Mandritsara. Leur niveau d'instruction est souvent très faible et leur rôle peu important. Ils délivrent néanmoins des messages à la population d'agriculteurs, comme « *se rendre à l'hôpital si l'on est bien malade* » ou « *comment utiliser correctement les moustiquaires* ». Ils peuvent également délivrer des médicaments de base, type paracétamol. Ils ont parfois la chance d'obtenir un avantage en nature, « offert » par l'Etat : une bicyclette peut rendre service à la campagne, et aider à motiver les agents. Mais tout cela reste très marginal. Ce sont souvent des donations d'œuvres caritatives que l'Etat s'empresse d'utiliser comme propagande.

- Une offre de soins privée rare, mais bien réelle
 - La commune rurale de Pont Sofia (9792 h) possède un CSB 2. Le médecin actuel y exerce depuis cinq ans. Son prédécesseur avait alors pris sa retraite. Puisqu'il réside toujours sur place, ce « jeune » retraité assure désormais une continuité des soins, en cas d'absence du médecin titulaire. Il travaille alors à titre privé, en faisant payer ses actes (pour des sommes modiques et accessibles à la population rurale qui le connaît bien). Les médecins (et infirmiers) retraités sont nombreux à Madagascar, à prolonger un exercice professionnel. Le montant des retraites est maigre (les médecins malgaches n'ont pas les moyens de faire des économies au cours de leur carrière, en raison de salaires médiocres), et la poursuite d'une activité permet d'assurer des revenus complémentaires non négligeables. Ce mode de pratique est particulièrement profitable aux habitants de la commune.



Photographie 68 : Le CSB 2 de Pont-Sofia

On voit sur ce cliché l'entrée du centre de santé. Des posters exposant des messages sanitaires décorent les murs extérieurs. On peut également observer dans le coucher du soleil, l'ombre du véhicule (non motorisé) du médecin.

- Un infirmier exerce à titre privé dans la commune rurale isolée d'Andohajango (15 170 h), il cumule par ailleurs la fonction de maire de la commune. Ses

activités lui ont permis de former un partenariat entre une petite ONG française (Andamos, basée à Guingamp, Bretagne) et l'école catholique Notre-Dame, de Majunga : l'objectif initial fut de doter sa commune d'un réseau d'adduction d'eau potable, pour 14 000 villageois. Il fut atteint au début 2014.

- Ankiabe Salohy est une commune enclavée au Nord du district. Depuis 2013, le CSB 2 a été réhabilité par l'ONG française Santé Sud. Elle y a installé un médecin généraliste, qu'elle rémunère dans le cadre d'un contrat précis. L'ONG finance l'équipement du cabinet médical et offre une moto au médecin. En contrepartie, celui-ci s'engage à assurer un service de consultations pendant au moins 5 ans. L'offre publique s'est transformée en offre privée.
- Il y a des praticiens traditionnels dans toutes les communes. Leur activité est opaque et n'a pas d'existence formelle. Aucun diagnostic précis de maladie n'est réalisé. Il s'agit généralement de soulager une personne qui souffre, par l'usage de plantes médicinales, de massages ou autres incantations. La population y trouve un recours de proximité et s'en satisfait (voir les résultats d'enquêtes domiciliaires dans la quatrième partie de notre thèse).
- La vente sauvage de médicaments sur les marchés est une pratique répandue. Il y a un marché hebdomadaire dans les villages principaux des communes rurales. On y trouve divers produits en vrac, plus ou moins périmés et d'origine incertaine, entre volailles et lingerie, fruits et légumes ou verroteries. On voit en pleine chaleur des bocaux en plastique remplis de comprimés et gélules, ou autres sirops, sachets et pommades ; ils sont vendus à la pièce à des personnes innocentes, peu regardantes sur la qualité.

b) L'équipement sanitaire de la commune urbaine

- Le service public : CHD 1 et CSB 2

On trouve dans la ville de Mandritsara, chef-lieu du district, une représentation des principaux services de l'Etat. Les services sanitaires en font partie. Il y a tout d'abord le Service de Santé de District (SSD) : c'est le volet administratif du système de soins, localisé dans l'enceinte de l'hôpital. Les personnels (médecins et infirmiers) ne sont plus des praticiens de soins : nous ne les « rangeons » pas dans l'offre de soins.

L'hôpital public est un CHD de niveau 1. Il comprend des services de médecine (25 lits), maternité (30 lits), pédiatrie et nutrition (8 lits) ainsi qu'un petit laboratoire d'analyse médicale et une pharmacie hospitalière sans pharmacien. L'hôpital comporte plusieurs bâtiments vétustes, n'ayant jamais connu de réhabilitation, depuis sa création à l'époque coloniale. Les personnels sont tous fonctionnaires, avec des heures de travail fixes. Il n'y a pas de service d'urgence, et par conséquent, à partir de 16 h l'hôpital paraît désert, « mort ». Seule une sage femme assure une garde 24 h / 24. L'hôpital n'a pas une activité

débordante. Les familles des malades prennent en charge la lingerie, quand ils le peuvent (les malades sont souvent couchés directement sur le matelas, sans literie...). Elles assurent également l'alimentation de leur malade. La cour de l'hôpital est transformée en une vaste « cuisine » à ciel ouvert et en dortoir public. Les familles accompagnatrices vivent donc à l'hôpital, passant la nuit sur des nattes posées à même le sol. L'hospitalisation est aussi une épreuve pour les familles. On trouve par ailleurs un cabinet dentaire dans l'enceinte de l'hôpital.

Un CSB 2 fonctionne dans la ville : il est situé en position très centrale, à proximité du *bazarikely*, le « petit marché » de la ville. Deux médecins assurent des consultations quotidiennes et font aussi des visites à domicile, quand le malade ne peut se déplacer. Ils sont installés depuis plus de dix ans, ont trouvé leurs marques facilement, puis atteint une vitesse de croisière. Les conditions de travail sont bien meilleures qu'à la campagne. Le fait d'avoir un hôpital à proximité les rassure. De plus, ils sont connus, et reconnus par la population, un motif de satisfaction dans la pratique médicale. Le fait qu'ils soient deux permet d'organiser le temps de travail, de s'absenter à l'occasion sans que la population en souffre : il y a en permanence une consultation ouverte et le public s'y retrouve. Les déplacements au domicile d'un patient peuvent se faire à pied, aisément.

- L'offre privée : lucrative ou non lucrative ?
 - **L'offre privée à but non lucratif** est assurée par des organismes confessionnels et des ONG, pour des missions aux objectifs bien différenciés.

La ville de Mandritsara est dotée d'un hôpital privé, de création récente (1996). C'est l'œuvre de l' « *Association of Bible Baptist Church* », Eglise baptiste venant de Grande-Bretagne.

Le centre hospitalier, connu dans la région sous le nom d'HVM¹⁸⁰, assure un certain nombre de missions. Il est localisé à 6 km au Nord-Est du centre-ville, l'accès se fait par une route secondaire. Si sa vocation première était la chirurgie, il offre maintenant un service de consultations externes en médecine générale. Il comporte 22 lits d'hospitalisation, deux salles d'opération, pour la chirurgie générale et une salle pour les opérations d'ophtalmologie. L'hôpital dispose d'un laboratoire, d'un service de radiologie et d'échographie, et d'une pharmacie centrale. Il possède en outre un centre de nutrition. Jusqu'en 2012, les médicaments étaient commandés en Angleterre (E 27). L'HVM passe désormais par la centrale d'achats Salama pour se pourvoir en produits médicamenteux. L'hôpital dispose par ailleurs d'une ambulance.

L'HVM a effectué pendant plusieurs années des évacuations sanitaires, par voie aérienne, vers Tananarive. Ces vols étaient facturés aux malades pour le prix d'un déplacement en taxi-brousse. Les transferts ont été suspendus de façon transitoire depuis quelques mois,

¹⁸⁰ HVM : *Hospitaly Voavoa Mahafaly* (Hôpital de la bonne nouvelle – *The good news hospital*).

pour des raisons financières. Des actions ponctuelles de santé sont effectuées à l'HVM : citons le traitement chirurgical des « pieds-bots » durant une semaine en juin 2011.

L'hôpital emploie 140 personnes. C'est le plus « gros » employeur de la ville. Le directeur général, médecin-chirurgien, est devenu spécialiste dans la réparation des fistules vésico-vaginales, séquelles fréquentes et graves de certains accouchements. L'hôpital est ainsi devenu depuis quelques années le centre de référence pour ce type d'opération à Madagascar. On réalise entre 5 et 10 interventions de ce type chaque mois. Nous avons été accueillis cordialement par un médecin spécialisé en santé publique et en nutrition (E 27), l'homme fondateur des missions mobiles en hélicoptère. Il est arrivé à Mandritsara en 1998 et nous a retracé l'historique de ce projet sanitaire dans le district. L'hôpital emploie deux femmes médecin. L'une, ophtalmologue, travaille pour l'HVM depuis 2003 ; l'autre est médecin anesthésiste. Cette dernière est par ailleurs depuis 2007, directrice d'une école de formation de para-médicaux, rattachée à l'hôpital. Les promotions annuelles (depuis 1995) comprennent en moyenne dix-sept élèves, à qui l'hôpital va offrir un poste, une fois le diplôme obtenu. Le recrutement se fait sur le plan national. Le reste du personnel sanitaire comprend des infirmiers, techniciens de radiologie et de laboratoire, des aides-soignants assistés d'employés de ménage et de lingerie. Le centre hospitalier a « perdu » son dentiste il y a plusieurs années. On trouve également des personnels chargés de la gestion de l'établissement et d'autres de l'entretien. Des volontaires expatriés, médecins ou infirmiers, viennent faire des missions temporaires pour quelques semaines ou quelques mois. La majorité des personnels ont été recrutés hors du district, principalement à Tananarive. *« La plupart des personnels sont logés dans l'enceinte de l'hôpital, vivant dans une sorte de ghetto. Nous n'avons pas de contact avec ces gens »* (E 15)

La réalisation de missions mobiles (vaccinations dans le cadre du programme de santé publique, éducation nutritionnelle, formation des agents communautaires) dans quelques villages enclavés, est une action spectaculaire de cette association. Les déplacements se font en hélicoptère ! L'Eglise loue pendant une semaine un hélicoptère de la société Hélimission, basée dans la capitale. L'équipe à bord comprend, outre le pilote, un médecin nutritionniste et un pasteur pour un objectif double : la santé préventive et la santé spirituelle.

Photographie 69 : Dans la cour de l'HVM

Un hélicoptère tricolore est stationné dans la cour de l'hôpital privé de Mandritsara. On ne lésine pas sur les moyens, pour soigner des malades dans les villages enclavés du district. Des missions (religio-sanitaires) ont lieu quatre à cinq fois par an.



L'hôpital HVM et l'Eglise baptiste sont situés sur le même site. Une radio locale diffuse par ailleurs des messages religieux. L'hôpital fonctionne au rythme des soins ... et des périodes de prières. L'HVM est la seule structure sanitaire de ce groupe confessionnel à Madagascar. Le site de Mandritsara avait été choisi à la base en raison de son isolement, d'une carence en professionnels de la santé, et de son accès possible par voie routière.

L'**Eglise catholique** est présente à Mandritsara. Outre des œuvres religieuses et sociales (dans le milieu scolaire notamment), elle gère une léproserie, située à 5 km à l'Ouest du centre-ville. Cette structure est ancienne et a eu longtemps la vocation d'accueillir et d'héberger les malades atteints de lèpre de toute la région Sofia. Ce n'est plus aujourd'hui un lieu de vie, les malades traités ont pu regagner leur domicile. Les sœurs religieuses continuent à assurer des soins de pansements et de nursing, pour les malades ayant conservé des séquelles atrophiques de cette affection particulièrement mutilante.

○ L'**offre privée à but lucratif** est réduite.

Elle comprend essentiellement les chirurgiens-dentistes et les dépôts de médicaments. S'il n'y a pas de médecin installé dans le secteur libéral, la ville de Mandritsara compte néanmoins deux **cabinets dentaires** privés. Un troisième se situe dans l'enceinte de l'hôpital public. Les soins pratiqués ne sont pas très élaborés, faute de possibilité financière de la population. « *Notre activité se limite pratiquement au traitement des caries dentaires et aux extractions. La population est pauvre dans le district* » nous dira un des deux praticiens libéraux. Au niveau du district, la densité de chirurgiens-dentistes est de 1 pour 100 000 personnes.

Quelques **infirmiers** libéraux pratiquent des soins en toute opacité. Ils sont peu loquaces à propos de leur activité et ne sont pas recensés. Il est très difficile de savoir leur impact réel dans le système de soins.

Les « **dépôts de médicaments** » doivent être classifiés dans l'offre de soins. Ils sont un élément indispensable du système. Ils présentent plusieurs visages. Il y a les dépôts officiels, agréés par l'Etat. Leur seule activité est la vente de médicaments. La ville de Mandritsara en possède trois. Ils sont tenus par des commerçants n'ayant aucune connaissance médicale. C'est un commerce comme un autre. On y vend des produits médicamenteux sur présentation d'une ordonnance médicale, mais la vente est libre pour les pratiques d'automédication. Des médicaments se vendent aussi dans toutes les épiceries de la ville, parfois dans des bars, sans aucun conseil ni contrôle. L'automédication est une pratique courante dans la région (voir les résultats d'un questionnaire dans le Chapitre 9).

Les **bornes-fontaines** sont des acteurs statiques mais incontournables du système de soins. Elles permettent à la population urbaine un accès à l'eau potable. Les gens transportent de l'eau dans des bidons, à pied, à vélo ou en charrette. Le fonctionnement est néanmoins trouble : dans certains quartiers l'eau est payante, avec un prix variable d'un point à l'autre, parfois elle est gratuite. De plus, ces bornes ne sont pas toutes

fonctionnelles au même moment. Il n'y a pas d'entretien. Quand une borne ne fonctionne plus, cela peut durer éternellement. Les gens s'en accommodent, résignés comme dans beaucoup d'autres situations et se rendent à la borne suivante. Les personnes habitant à proximité de la rivière Mangarahara choisissent alors souvent de retourner à la rivière pour se procurer de l'eau, et s'exposer à nouveau aux maladies infectieuses. Le PAM a entrepris, en octobre 2014, une opération de recensement des sources d'eau potable dans toute la région Sofia. La tâche s'avère difficile pour des personnes débarquant de la capitale. Il s'agit d'une première approche. Un jour peut-être l'institution prendra-t-elle en charge la restauration des bornes-fontaines défectueuses ?



Photographie 70 : Borne-fontaine à Mandritsara

Le puits est creusé à dix mètres. L'eau est disponible toute l'année. La qualité « apparente » est variable : l'eau devient fort trouble quand les pluies sont abondantes. Les bidons jaunes, d'une capacité de 20 litres, servent au transport de l'eau.

c) Une offre privée complémentaire, à l'échelle de tout le district

Elle est le fait de plusieurs ONG ou associations, régionales, nationales ou internationales.

- « **MAHEFA**¹⁸¹ » est un programme de santé communautaire, financé par le gouvernement américain¹⁸². Il existe à Mandritsara. Son objectif principal est de contribuer à améliorer la santé des populations des zones rurales enclavées du Nord et du Nord-Ouest de Madagascar. Le programme de 2012, d'une durée de cinq ans, vise à former et soutenir environ 7000 agents communautaires, pour améliorer la prise en charge des familles isolées. Ce nouveau programme, ambitieux, repose sur les acquis de l'USAID en tant que leader dans l'application d'approches innovantes. Il promeut également l'accès à des services de santé de qualité dans 250 communes des régions de Sofia, Menabe, Melaky, Betsiboka, Bongolava, Alaotra Mangoro, Sava, Boeny et Diana (voir carte 13, page 75). La région Androy en est exempte. Une formation des agents communautaires a été

¹⁸¹ *Malagasy Heniky Fahasalamana* signifie littéralement « La capacité de réaliser quelque chose ». Dans le cas du programme sanitaire, on comprendra « Des familles malgaches en bonne santé ».

¹⁸² L'agence américaine de coopération USAID (*United States Agency for International Development*) est le promoteur et le financeur des programmes MAHEFA. Elle est présente sur le terrain malgache depuis plus d'un quart de siècle. En 2012, elle a fourni plus de 71 millions de dollars d'aide à la population rurale malgache, dans le cadre de programmes d'investissement dans les domaines de la santé, de la sécurité alimentaire, de l'eau et de l'assainissement.

entreprise, concernant l'approche *Community-Led Total Sanitation* (CLTS), qui vise à mobiliser les communautés pour faire cesser les défécations sauvages n'importe où dans la nature. Des programmes à visée préventive tournent autour d'un accès accru à l'eau potable, d'un meilleur accès à un traitement médicamenteux simple et à la portée de tous les budgets. Un autre projet vise à permettre aux femmes enceintes un suivi régulier de leur grossesse. Enfin, ils peuvent prendre en charge les frais d'hospitalisation des indigents. La « branche » Mandritsara de ce groupe est peu active (des caméléons faisant la sieste ?). Les acteurs du projet se « réfugient » probablement dans les villes chef-lieu de région, dans lesquelles ils ont un bureau. Ils font se déplacer les agents ruraux pour des formations de groupe.

- L'association « **ASSM** »¹⁸³, créée en 2012, est basée dans la ville de Majunga. Elle compte 80 membres, tous natifs de la région Sofia : ce sont essentiellement des personnels de santé, mais aussi de nombreux enseignants et autres fonctionnaires. Son président, très dynamique, est un infirmier dont la famille réside toujours à Mandritsara. Cette association propose des missions humanitaires (ce fut le cas des consultations gratuites dans le village de Mangindrano, au Nord du district de Béalanana – voir chapitre 3). Elle organise des campagnes de prévention (ce sera par exemple un dimanche de dépistage du diabète dans un village du district d'Antsohihy, en avril 2014) ou des circoncisions gratuites (dans un quartier de la ville de Port-Bergé, en juillet 2014). Elle rayonne sur l'ensemble de la région Sofia. Nous avons pu assister à ces actions et tenons à saluer l'engagement de ce groupe enthousiaste et sain (des caméléons dans la force de l'âge), qui malgré des moyens financiers limités, mène des projets concrets auprès de la population. Cette association a compris qu'il ne fallait pas trop attendre d'aide de l'Etat.
- La **Croix-Rouge** est présente dans le district. Les 4X4 sont très visibles dans le paysage : est-ce toujours pour une action sanitaire ? Le doute est permis. Elle intervient théoriquement pour des secours aux populations après une catastrophe naturelle. Le personnel, issu généralement de la capitale, n'est pas ouvert à des entretiens avec un chercheur étranger. Nous n'avons pas pu observer une de leurs missions de terrain, n'étant probablement pas au bon endroit au bon moment.
- Des **étudiants** en médecine ou des élèves infirmiers consacrent une partie de leurs vacances à des missions bénévoles. Ils se lancent dans un programme itinérant de consultations, afin de délivrer, outre des soins de santé primaire, des messages de prévention, dans les villages les plus reculés. Ces actions, généreuses, sont très appréciées des populations, et largement profitables aux acteurs de la santé en devenir (caméléons en herbe ?). Il s'agit toujours d'initiatives individuelles et non de stages obligatoires dans le cadre des études.
- Afin de répondre aux besoins de la santé spirituelle des populations, l'**offre confessionnelle** est nombreuse et se fait concurrence, à Mandritsara. Il n'y a pas

¹⁸³ Association Sofia Santé Madagascar.

moins de 10 religions présentes et actives socialement. Deux d'entre elles offrent des soins de santé somatique et participent ainsi au système de soins.

L'Eglise catholique assure le fonctionnement de la léproserie du district. Elle pratique en outre une action sociale conséquente : direction de nombreuses écoles, primaires et secondaires, aide matérielle et alimentaire en direction des personnes handicapées et des indigents.

La *Baptist Church* est en charge de l'hôpital privé HVM. Elle possède également des écoles primaires et secondaires.

Les autres « confessions » offrent des lieux de culte et des écoles privées. Ce sont l'Islam, la religion Adventiste, l'Eglise apocalyptique, les Témoins de Jéhovah, l'Eglise protestante FJKM¹⁸⁴, l'Eglise anglicane, le culte protestant Jesosy Manonjy et l'Eglise Pentecôtiste.

3. Typologie des communes : trois classifications principales

On doit légitimement se poser la question de l'accessibilité de la population rurale à une formation sanitaire rurale (c'est à dire à un professionnel de santé) ou à un centre hospitalier. Sur quels critères peut-on proposer une typologie des communes ? La ville de Mandritsara possède l'offre de soins la plus étoffée dans le district. A quelle distance kilométrique se situent les communes rurales ? Un autre critère déterminant est la présence ou non d'une voie d'accès à la commune urbaine.

a) Typologie des communes selon leur équipement sanitaire

Les communes peuvent être classées en cinq groupes selon l'offre de soins proposée à ses habitants. Nous nous basons sur les dernières données recueillies en 2014, suite aux diverses évolutions évoquées plus haut.

- Le premier groupe comprend la seule commune urbaine de Mandritsara (19 269 h – 6,7 % de la population totale du district), qui possède deux hôpitaux, un CSB 2, trois cabinets dentaires et des dépôts de médicaments. Il y a de plus 24 bornes-fontaines, offrant à la population un accès à l'eau.
- Le second groupe réunit 6 communes rurales possédant à la fois un CSB 2 et un CSB 1. Ce sont les communes n° 1, 11, 13, 14, 19 et 22 (se reporter au tableau 22, page 313). Elles couvrent 94 602 habitants soit 31,6 %, un peu moins d'un tiers de la population du district.
- Dans le troisième groupe on trouvera les communes disposant d'un CSB 2, avec par conséquent un médecin. On y trouve 15 communes (n° 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 18, 21, 23, 26 et 28) pour 112 224 habitants (40,8 % du total).

¹⁸⁴ FJKM (*Fiongonan 'i Jesoa kristy Madagasikara*). L'Eglise de Jésus-Christ à Madagascar est un culte protestant.

- Le quatrième groupe comprend 4 communes (n°17, 20, 25, 27) ; celles-ci ont à leur disposition au moins un CSB 1. Elles concernent 46 109 personnes.
- Le dernier groupe enfin comporte 2 communes sans professionnel de santé (n°15 et 16). 16 419 personnes sont concernées (5,5 % de la population du district).

On se rend ainsi compte que près de 80 % de la population du district ont accès à un médecin dans leur commune. Les conditions de l'accès seront étudiées plus loin.

b) Typologie des communes selon l'éloignement d'une structure hospitalière : les distances euclidiennes

Les populations des communes rurales ne sont pas sur un plan d'égalité par rapport aux hôpitaux du district, tous deux situés en ville. On observe ainsi de grands écarts entre les habitants de la ville de Mandritsara et les populations rurales éloignées de plus de 80 km du centre hospitalier. On peut classer les communes rurales selon les **distances euclidiennes** qui les séparent d'un centre hospitalier. On distinguera ainsi quatre groupes de communes.

- La population de trois communes (Antanandava, Mandritsara et Tsaratanana, comptant 33 824 personnes) et la partie sud de la commune d'Antsoha (6645 individus), soit en tout 42 694 habitants, ont un accès aisé à l'hôpital. Ils représentent seulement 14,3% de la population du district.
- Les communes d'Ambariokorano, Amboabo, Ambodiamotana Kiang, Antsirabe Centre ainsi qu'une partie des communes d'Antsoha, Kalandy et Tsarajomoka représentent 57 717 habitants (19,5 % de la population totale). Leur éloignement du centre hospitalier est de 20 à 40 km en moyenne.
- La majorité de la population est éloignée de 40 à 80 km de l'hôpital (voir carte 35, page 328) : elle compte 115 631 habitants, soit plus du tiers (38,6 %) de l'ensemble de la population du district.
- Enfin, huit communes sont très isolées par rapport à la ville de Mandritsara : celles du Sud (Ambodiadabo, Ampatakana Maroreny, Antanamboan'Amberina), celles de l'Ouest (Anjiabe, Ambohisoa, Andohajango, Amborandolo) et enfin celle du Nord, Ankiabe Salohy, enclavée et qui de surcroît est la commune la plus peuplée (21 300 h). Ces communes regroupent 82 481 habitants (27,6 % du total) et leurs villages se trouvent à plus de 80 km du chef-lieu. Il convient de rappeler qu'il n'y a pas d'hôpital plus proche dans les districts voisins, pour ces communes les plus isolées.

Carte 35 :
Eloignement des communes rurales par rapport à un centre hospitalier



Conception et réalisation : P.Kannapel

c) Typologie des communes par rapport au réseau routier

Les distances physiques ne sont pas le seul critère pour l'accessibilité à un centre hospitalier. Le **réseau routier**, ou son absence, importe également. Les communes sont classées en quatre groupes selon la présence ou non de route (Carte 36, page 329).

- Le premier groupe comprend les trois communes (Pont Sofia, Kalandy et Mandritsara) traversées par la route nationale et concerne 50 040 habitants. Il est à noter que tous les villages de ces communes ne sont pas situés le long de la route (il n'y a qu'une seule route !). En terme de temps pour l'accès à l'hôpital, il conviendra de tenir compte de ce biais.
- Dans le second groupe, on trouve 13 communes (1, 2, 4, 7, 13, 17, 18, la partie ouest de la commune 19, 20, le Sud de la commune 21, 25, 27, 28). Elles sont

traversées par une route secondaire. Le tracé est là, mais ces axes n'ont jamais été recouverts. Des véhicules peuvent les emprunter en saison sèche.

- Le troisième groupe contient 8 communes (3, 5, 8, 11, 12, 15, le Nord de la commune 21, 23). Des routes secondaires très dégradées les sillonnent, elles sont accessibles aux véhicules 4X4 en saison sèche et aux motos pendant une grande partie de l'année. Il n'y a pas de transport collectif.
- Les 6 communes du groupe quatre (n° 6, 9, 10, 14, 16 et la partie Est de la commune 19) sont enclavées. Les déplacements se font majoritairement à pied, parfois en charrette, sur de courtes distances entre les villages isolés.

Carte 36 :

L'accès terrestre des communes rurales à la ville de Mandritsara



- Accès Route Nationale
- Accès route secondaire
- Accès route tertiaire
- Pas d'accès routier

- AB Ambarikorano
- AK Ambodiamotana Kianga
- AM Andratamarina
- AT Antanandava
- TJ Tsarajomoka
- TT Tsaratanana

■ Commune urbaine

0 40 km

Conception et réalisation : P.Kannapel

L'analyse détaillée de ces typologies, agrémentée de commentaires, sera faite dans l'étude comparative du chapitre 7. Une synthèse de l'accès aux soins dans le district de Mandritsara est proposée dans le chapitre 8 de ce travail.

B. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE BEKILY

Avant d'aborder le détail de l'offre de soins dans ce district, il nous semble judicieux d'apporter quelques éléments généraux, traditionnels, spécifiques au « pays » Androy, sachant qu'ils ont des implications directes sur la santé de la population d'une part, et d'autre part de façon indirecte, sur le système de soins. Nous proposerons par la suite une approche géographique du système de soins. Quels sont ses points forts, ses faiblesses ?

1. Données générales du district : démographie et voies de communication

a) Eléments de démographie

Le district de Békily compte 174 092 habitants répartis en 19 communes, l'une urbaine (la ville de Békily), et 18 communes rurales périphériques. Une précision géographique s'impose d'emblée. A l'inverse de Mandritsara, la commune urbaine de Békily est composée de la « ville » de Békily, en position relativement centrale, et d'une vingtaine de villages et hameaux périphériques, sur un territoire étendu d'Est en Ouest (voir carte 37, page 335). Il en résulte que ces villages périphériques, bien qu'appartenant à la commune urbaine, n'ont aucune caractéristique « urbaine ». Ils sont éloignés du centre-ville de 10 à 20 km. Il y a 12 894 habitants dans la commune urbaine. La population des 18 communes rurales est de 161 198 habitants.

Dominé par la rivière Ménarandra, qui coule entre deux falaises, Békily est un gros village endormi. Il offre maintes perspectives sur la campagne environnante. Ce n'est pas complètement une ville ; « il » possède malgré tout quelques fonctions urbaines minimales (administration, commerces, grand marché hebdomadaire, centrale électrique et réseau d'eau potable, mais peu d'abonnés). La capacité d'hébergement est faible dans le district. Dans la ville de Békily, il y a moins de 10 lits disponibles, pour loger voyageurs ou missionnaires¹⁸⁵. L'équipe de MSF est autonome, elle a sa propre base de vie. Le centre-ville a une forme en damier, comportant quelques rues sableuses. Par contraste avec les villages de la brousse, nous continuerons à parler de la « ville » de Békily dans la suite de ce texte. De plus, cette « ville » n'est pas reliée par voie terrestre aux autres centres urbains de la région. Elle n'appartient d'ailleurs à aucun réseau routier. En moyenne, un taxi-brousse (il s'agit d'un camion-brousse) effectue des liaisons avec Ambovombe (capitale de la région Androy), Tuléar (au Nord-Ouest) ou Ihosy, ville étape de la RN 7 vers le Nord, une fois par semaine. Les jours de passage sont irréguliers, tributaires des conditions météorologiques et des aléas sociaux.

Les communes rurales sont composées de plusieurs villages (*fokontany*), de tailles diverses. Il s'agit parfois d'un groupe de quelques maisons, regroupant une seule famille

¹⁸⁵ Venant de l'extérieur, on peut aussi loger dans le village de Beraketa. La mission catholique offre une dizaine de lits aux personnes de passage.

(un clan¹⁸⁶), autour du patriarche. On verra d'autres fois un vrai village, avec une rue principale et de petites échoppes. La répartition dans l'espace est hétérogène, et puisqu'il n'y a pas de route et que le sol de la pénéplaine est plat, on se sent vite dérouté ou désorienté. Et on voit des épines partout. Les pistes sont diversement colorées, allant de l'ocre jaune au rouge violacé, avec des variantes de blanc sale ou de blond pâle lorsque l'on se dirige vers le Sud.



Photographie 71 : Paysage du Sud malgache

Sur la droite on voit un des nombreux chemins qui sillonnent le pays Androy. Il n'est pas carrossable, même pour les charrettes à boeufs. Ce « pays » n'est pas un désert. Les *raketa* (partie gauche du cliché) symbolisent la région. La végétation se partage entre savane herbeuse et brousse d'épineux.

b) Eléments de tradition et de culture : la maison des vivants et la maison des morts



Photographies 72 et 73 : Habitat traditionnel

Les murs sont faits de boue séchée (torchis) et le sol est en terre battue. Composée en général d'une seule pièce, la maison ne sert qu'au repos des corps. La préparation des repas, la toilette et les autres activités « domestiques » sont pratiquées à l'extérieur. Le toit est végétal, il sert aussi au séchage des épis de maïs. Un enfant exhibe les épis comme un trophée : tout en s'amusant, il exprime par son geste les cornes du zébu, élément de force de la culture Antandroy.

¹⁸⁶ Le record observé est le cas d'un homme de 65 ans, fier de ses vingt-six enfants. Cet homme débordait de bonheur, sincèrement, sans artifice. « *Je les ai eu avec deux femmes, l'une après l'autre* » nous dira-t-il en souriant. Aujourd'hui les enfants ont eux-mêmes des enfants : à chaque nouvelle union, une nouvelle maison est construite. Les garçons restent dans le clan paternel, les filles devront rejoindre le village de leur mari. Ainsi va la vie. Le clan constituait à lui seul un village de 108 habitants : nous les avons comptés.

Les maisons des hommes sont très simples, construites avec des matériaux empruntés à la nature. Une maison, c'est souvent une seule pièce, dépourvue de mobilier. Les personnes dorment à même le sol, sur une natte végétale. La promiscuité est la règle et le risque de contamination, pour les maladies infectieuses, est garanti. La vie quotidienne se passe quasi- exclusivement en extérieur et concerne toutes les activités sociales.

- Une population qui attend la mort

L'Androy est un « pays » où la mort et la vie sont étroitement unies, où les morts sont honorés par des constructions plus vastes et plus durables que celles des vivants. Les tombeaux sont un des éléments incontournables du paysage rural. Il est difficile d'évoquer l'Androy sans que ne s'inscrivent dans le paysage, plus visiblement que les villages, ces quadrilatères de pierre rehaussés de cornes de zébus et d'*aloalo*¹⁸⁷ en bois sculpté.

Ce sont des bâtisses en forme de maison. Il y a toujours un élément, un semblant de porte, ou le toit, pour rappeler qu'il s'agit bien de la « demeure » d'un ancêtre et non d'une simple sépulture abritant des restes humains. La forme du tombeau, son orientation et son répertoire ornemental renseignent sur le statut du défunt.

La taille et la qualité architecturale des tombeaux traduisent l'importance de la mort dans cette population. L'unique « objectif » de la vie terrestre est de satisfaire au mieux les ancêtres. La vie humaine n'est pas très importante : on ne connaît pas bien les maladies car on s'y intéresse peu. En cas de souffrance, on est persuadé qu'il s'agit d'un acte de malveillance. « *Mon frère était malade il y a un mois. – De quoi souffrait-il ? – Il avait très mal au ventre et il vomissait. – Il a été voir le médecin ? – Non, c'était un empoisonnement* ». (E 14). Ce genre de déclaration est monnaie courante dans les villages. On se préoccupe peu de sa santé, la maladie n'est qu'un épiphénomène, un facteur accélérateur de la mort. On ne s'en formalise pas.

Photographie 74 : Tombeau Antandroy

On notera l'exubérance figurative très colorée des palissades. Le tombeau s'inscrit dans la durée ; servant au repos de l'âme, il est donc construit en « dur ». Selon la tradition, cette demeure a une plus grande valeur que le domicile des vivants.



¹⁸⁷ Poteau sculpté, l'*aloalo* est une forme de l'art funéraire encore très vivace.

La population Antandroy est toute entière tournée vers le passé : la sagesse des anciens, leurs hauts faits « d'arme » et leur sens communautaire ainsi que les croyances partagées. Elle considère que chaque pas dans la vie est un pas de plus vers la mort et voue un culte permanent à ses ancêtres, c'est-à-dire vers ceux qui l'ont précédé. Le souvenir des ancêtres s'exprime dans la beauté des tombeaux.

■ Texte 4 : Le « pays » Androy vu de l'intérieur

Je ne savais pas encore qu'un jour j'écrirais une thèse de géographie. A l'époque, je faisais des piges¹⁸⁸ dans la presse écrite réunionnaise, et finissais en parallèle la rédaction de ma thèse de médecine. Je faisais un jour de 1988 l'interview de Georges Heurtebize. Son passage sur l'ancienne île Bourbon, était un événement : il participait à une série de conférences à l'Université de la Réunion, invité d'honneur du département d'ethnologie. Il avait choisi de n'accorder qu'un seul entretien à la presse locale. *« Je suis ici aujourd'hui mais une partie de mon âme est restée à Madagascar, pour toujours »* nous déclarait-il. *« Je viens de passer vingt ans dans un village du Sud malgache, parmi l'étonnante population Antandroy. Celle-ci a toujours vécu en marge de ce grand pays, un peuple rebelle et fier, refusant toute soumission à l'ordre établi et à l'administration en particulier. Je vivais avec les habitants au milieu des épines »*. Quel est donc ce « pays » étrange ? Comment l'ethnologue était-il arrivé dans ce lieu ? L'intégration dans cette société en marge avait-elle été facile ? Que pensent les « autres » Malgaches de ce peuple ? J'avais mille questions à lui soumettre.

Témoignage.

« Ce peuple est encore mal connu, même des Malgaches. Dans la capitale, « on » pense qu'il s'agit d'une peuplade primitive, parfois « on » les ignore sciemment, certains doutent même de leur existence réelle. Certains les méprisent, tout simplement. « On » me dit parfois que ce sont des « sauvages ». On nage en pleine confusion... ». Quel message voulait-il transmettre en priorité ? *« Je suis très ému de participer à ces conférences. L'île de la Réunion n'a pas eu le même destin que Madagascar. Pour moi c'est important de transmettre ce témoignage à la jeune génération locale. N'oublions pas que les ancêtres des réunionnais étaient Malgaches. J'espère que le département d'ethnologie va se développer ici, on a besoin des jeunes pour reprendre le flambeau »*. Je n'ai jamais oublié ces quelques moments de vie partagés, ce fut pour moi un grand honneur. Le temps a passé. Un quart de siècle plus tard, je pénétrais enfin dans le « pays » Androy. La boucle est bouclée. Les Anciens m'ont parlé de vous, Mr Heurtebize ! La mémoire est intacte.

¹⁸⁸ Le Journal de l'île de la Réunion. Une copie des deux articles consacrés à l'interview de G. Heurtebize (13 juin 1988 et 6 juillet 1988) figure dans l'ANNEXE 12.

c) Eléments de toponymie

Un tiers des communes de ce district a un nom comportant le préfixe « Be », qui signifie « grand » en langue malgache. Pour Békily, c'est le grand tamarin. Dans le nom de Besakoa, le « *sakoa* » est un arbuste épineux. Pour Beraketa, le « *raketa* » est un cactus et pour Bekitro, « *kitro* » désigne le manche d'une sagaie. Les autres suffixes demeurent mystérieux (Belindo, Beteza, Bevitiky...).

d) Des communes de tailles inégales, pour une population craintive

La population du district est très inégalement répartie. Les communes les plus peuplées sont aussi les plus vastes. L'habitat des vivants est fortement dispersé, et invisible lorsque l'on sillonne les pistes. Les villages sont cernés d'un mur végétal, qui masque les maisons. Pour les apercevoir, il faut s'en approcher très près, en évitant de se faire piquer par les buissons d'épineux. Le paysage ressemble en fait à un vaste cimetière : seules les maisons des morts surgissent du couvert végétal. Nous avons pu circuler dans le district à bord d'un véhicule 4X4 à maintes reprises, l'aspect désert des campagnes nous a toujours intrigué. La population se cacherait-elle volontairement? Pour se dissimuler des voleurs, c'est un fait certain. Quand nous nous arrêtons au milieu de nulle part, nous avons toujours la surprise, après quelques minutes, de voir une ombre se dessiner, puis un homme apparaître et enfin des enfants, sages, médusés, curieux ou sidérés. On s'observe alors de part et d'autre, durant un certain temps. Puis deux situations se présentaient : certaines personnes portaient en courant, paniquées, d'autres entamaient une conversation simple mais cordiale, qui pouvait même se prolonger.

La population est farouche, de prime abord : elle n'a pas l'habitude de voir des véhicules. Les véhicules sont souvent menés par des ONG, et les occupants sont habituellement des étrangers, qui ne font que passer, sans chercher à établir le moindre contact avec les gens de la campagne. Ils effectuent des trajets de centre-ville à centre-ville, farouches eux aussi. La population rurale ne comprend pas pourquoi. Une rumeur étrange et tenace, circule à propos des étrangers depuis ... la nuit des temps ? Il y a plusieurs variantes : « *Attention, les étrangers viennent pour voler le cœur des enfants, il faut se cacher* » ou « *Ils viennent prendre notre sang ! Courage fuyons !* » Elle est encore très vivace de nos jours. Quels sont les fondements de cette rumeur ? Nous n'avons pas de réponse.

Outre les rumeurs, les croyances ont la vie dure. L'une d'entre elles concerne les « morts-vivants ». « *Moi j'y crois* » nous déclare un jeune homme instruit¹⁸⁹ (E 2). « *Quand une personne jeune et innocente disparaît de façon brutale, suite à une maladie grave ou un accident, elle reste dans la mémoire de ceux qui restent. Si de plus cette personne avait fait le bien, elle revient nous voir. Mon meilleur ami est mort à l'âge de 22 ans. Cela fait 8 ans, mais par exemple, je l'ai « vu » il y a une semaine. Il était dans la cour de ma*

¹⁸⁹ Une partie de sa famille a migré au Canada, il y a plus de 10 ans. Lui-même a fait des études supérieures à Tananarive. Il a choisi de revenir vivre dans son « pays » où il a fondé une famille. Les contacts avec ses parents expatriés sont réguliers. C'est lui qui nous a raconté la première fois l'histoire des morts-vivants. Elle nous sera relatée à d'autres occasions.

maison. Et on se parle. Toutes les familles ont un mort-vivant autour d'eux. Les visites sont toujours une grande surprise, on ne les attend pas. C'est notre culture ». Ces visions ou apparitions déclarées sont-elles une forme d'hallucination collective ? Elles n'ont en tout cas pas de rapport avec la consommation d'une quelconque substance hallucinogène. « Ca fait partie de notre quotidien » conclut notre interlocuteur du jour.

Carte 37 :
Découpage communal du district de Békily



Source : SSD de Békily (2012).

Nous avons classé les communes du district en quatre groupes, selon la taille de leur population.

- Les communes de moins de 5000 habitants

Six communes comptent moins de 5000 habitants. Elles forment 10 % de la population. Deux d'entre elles sont à l'Est et sont enclavées. Tanambao est la plus petite, avec seulement 1355 personnes. Anivorano-Mitsinjo en compte 3905. Elles disposent toutes deux d'un CSB 2, selon les données du SSD, mais que nous n'avons pu confirmer. Ces communes étaient au programme de notre « terrain » de février 2014, mais celui-ci n'a pu être fait (voir par ailleurs).

Trois communes faiblement peuplées sont proches de la ville de Békily : Anja Nord (2432 h), Ankaranabo Nord (3906 h) et Besakoa (1447 h).

Une dernière commune enclavée et très difficile d'accès, totalise 4242 habitants (Tsikolaky). Elle se situe en terrain accidenté et sa proximité apparente avec le chef-lieu de district, sur la carte, est en fait une illusion visuelle.

- Les communes de 5 à 10 000 habitants

Sept communes ont entre 5 et 10 000 habitants. Deux d'entre elles (Ambatosola – 6077 h, et Menakompy – 6171 h) sont relativement proches de la ville de Békily et accessibles par des pistes carrossables. Les cinq autres communes de ce groupe sont enclavées. Il s'agit de Maroviro – 9869 h, à l'extrême nord et Bevitiky – 5341 h, plein Sud ; Vohimanga (5064 h) est au centre Nord ; Antsakoamaro (7473 h) et Beteza (7400 h) forment la bordure ouest du district.

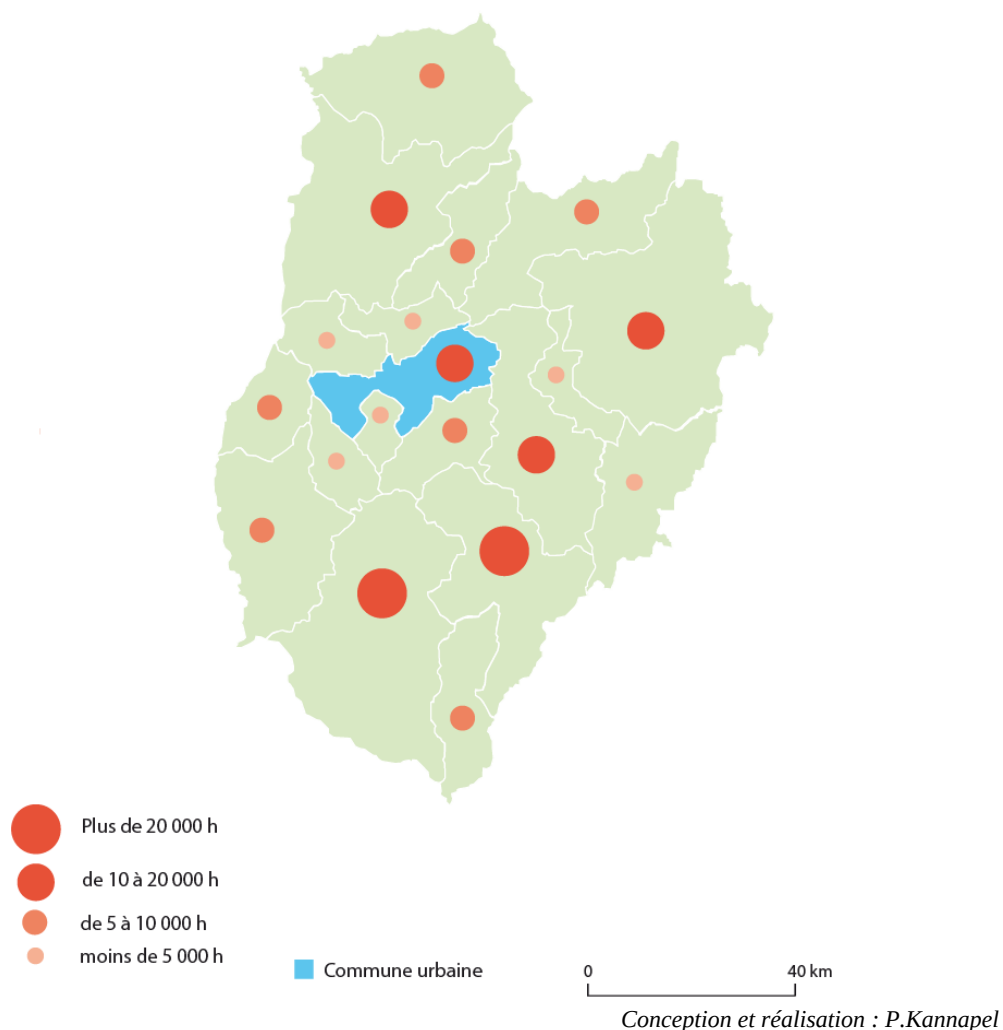
- Les communes de 10 à 20 000 habitants

Ce groupe comporte 4 communes. Les écarts de population sont grands entre Tanandava, totalement enclavée au centre est (10 731 h) et Beraketa, à l'extrême est du district (19 959 h), accessible par une piste en « bon état ». Le chef-lieu du district est dans ce groupe : la commune urbaine de Békily compte une population moyenne de 12 894 habitants répartis en 20 villages. La commune d'Ambahita (17 066 h) se trouve à 30 km au Nord de la ville de Békily. L'accès se fait par une route « secondaire ». Le total des populations de ces communes représente un tiers du total du district.

- Les communes de plus de 20 000 h

Il reste un dernier groupe de deux « grosses » communes : Belindo Mahasoà (21 523 h) et Bekitro (27 637 h) occupent le Sud du district. Elles représentent près de 30 % de la population totale du district, sont très étendues et ont un accès relatif.

Carte 38 :
Représentation schématique des densités de population à Békily



e) Eléments de topographie. Les voies de communication dans un « pays » de pistes : un réseau mince et fragile

Il n'y a pas un seul centimètre carré de bitume dans tout le district. C'est d'ailleurs le cas dans tout le Sud malgache, en dehors de la RN 7 reliant Tuléar depuis la capitale, et d'un petit secteur bitumé mais dégradé, faute d'entretien, à proximité de Fort Dauphin (extrémité sud-est de la Grande Île). Les campagnes du « pays » Androy sont totalement dépourvues de goudron. Quelles sont alors les possibilités de déplacement des gens de la région ? Inutile de dire qu'elles sont rares, du moins au moyen d'un véhicule motorisé. Les gens doivent marcher à pied sur de très longues distances. Pendant des heures, sous le soleil, ils pourront rejoindre un axe un peu plus fréquenté, en espérant qu'un véhicule passe par là et qu'il y ait encore de la place à bord, bien que la surcharge ne dérange pas les chauffeurs. De façon générale, la population est peu mobile à Békily, par la force des

choses. Les migrations évoquées par ailleurs sont liées à des événements exceptionnels (famine consécutive à une sécheresse grave).

Nous avons représenté sur la carte 39 (page suivante) les voies secondaires les plus importantes du district. Ce sont de longues lignes droites, dans un paysage monotone, peu, très peu fréquentées, car peu fréquentables. On aura compris qu'il est difficile de circuler dans ce district : premier frein à son développement. C'est aussi un élément explicatif de la faiblesse du système de soins. Les personnels de soins issus de ce district sont encore rares. La plupart sont par conséquent déracinés, peu motivés pour venir travailler ici (les personnels de santé sont affectés par l'Etat de façon aléatoire). La réhabilitation des formations sanitaires repose sur des entreprises de bâtiment, mais celles-ci ne peuvent accéder aux sites, faute de route. Les bâtiments existants poursuivent ainsi leur lente dégradation. Nous verrons plus loin que MSF a du déployer des moyens considérables pour pouvoir s'implanter à Békily.

La délinquance rurale est liée aux voleurs de bœufs. Ces dernières années, le vol ne leur suffit plus : ils sont devenus de véritables criminels, attaquant les véhicules ou les villages, en pillant les maisons et en violant les femmes. Les bases de vie des missions humanitaires ne sont pas épargnées. Seules les missions religieuses, installées sur le terrain depuis des décennies, semblent respectées. Le noyau dur de ces criminels ne vit pas dans le district de Békily. Une question reste en suspend : comment est-ce possible d'attaquer des gens aussi pauvres, et quel est le bénéfice escompté ? Il s'agit bien de terroriser cette population mais pourquoi ? Le pouvoir de l'Etat est mis à rude épreuve, incapable de protéger ses concitoyens. Tout ceci est un frein supplémentaire à la mobilité des personnes.

- Des opérations « réparation instantanée »

Face à l'absence totale de services publics de l'équipement, certains habitants « s'amusent » avec les conducteurs de véhicules motorisés, en jouant avec leurs nerfs. Les plus honnêtes prennent sagement position en bord de piste, dans les endroits les plus cassés, infranchissables même pour un véhicule 4X4. Pour que le véhicule puisse poursuivre son chemin, ils acceptent de pratiquer une réparation sommaire contre une petite somme d'argent. Ils n'en demandent pas trop, trop heureux de gagner quelques billets. Les plus malins (vicieux ?) dégradent eux-mêmes le chemin. Ils s'acharnent à casser la piste avant de proposer leurs services (contre rémunération) pour une réparation inopinée.

Les pistes sont un symbole rassurant de vie et de présence humaine dans un paysage désertique en apparence, où rien ne semble exister que l'espace, à l'infini. Les maisons sont protégées par une haie d'arbustes piquants. Le « pays » Androy vit replié sur lui-même, très loin du monde moderne.

Carte 39 :
Les voies de communication dans le district de Békily



Conception et réalisation : P.Kannapel

Photographies 75, 76, 77, 78, 79 et 80 : Les vivants et les morts



Les tombeaux, maisons des morts, sont un marqueur de l'espace. Ce sont pratiquement les seuls éléments en « dur » dans le district de Békily. Par comparaison, les maisons, demeures des vivants, sont construites dans des matériaux bien plus tendres. On comprend ainsi le message envoyé par la population du « pays » Androy : la vie terrestre est provisoire mais la mort est éternelle...



Les maisons très simples ne résistent pas au passage d'une tempête tropicale : la population n'a pas l'esprit matérialiste. Les tombeaux sont des œuvres d'art (il y a un avion sur le faite : est-ce pour arriver au ciel plus rapidement ?)



2. L'offre de soins, d'une commune à l'autre

Comme pour Mandritsara, on peut se demander si l'offre de soins dans ce district fait système. L'offre publique est organisée comme partout ailleurs à Madagascar. Mais est-elle fonctionnelle ? Comment s'inscrit-elle sur le territoire ? Et enfin, est-elle efficace, accessible, suffisante ? L'offre sanitaire privée est confidentielle. Il y a par ailleurs une intrication particulière du public et du privé dans ce district. Un premier exemple est « visible » sur le cliché suivant.



Photographie 81 : Le CSB 2 d'Ambahita

Le véhicule sur la photographie est celui de MSF, lors d'une « tournée » de courtoisie. En effet, MSF a réhabilité le bâtiment occupé par le centre de santé. Celui-ci dispose de trois salles fonctionnelles, une pour les consultations, une salle d'accouchement et une pièce de deux lits pour de courtes hospitalisations. Les peintures sont encore fraîches.

Seule la petite commune de Besakoa (1447 h), parmi les 19 que compte le district, n'a aucune formation sanitaire. Ce n'est pas un inconvénient majeur, en raison de sa proximité avec la ville de Békily. Six communes disposent à la fois d'un CSB 2 et d'un CSB 1. Il s'agit des communes d'Ambahita, Anivorano-Mitsinjo, Bekitro (la plus peuplée), Beraketa, Maroviro et Tanandava. La commune de Vohimanga n'a qu'un seul CSB 1.

Tableau 23 : Répartition de la population et offre de soins publique dans le district de Békily

Nom de la commune	Nombre d'habitants	Nombre de villages	Formations sanitaires		
			CHD 1	CSB 2	CSB 1
1. Ambahita	17 066	34		1	1
2. Ambatosola	6 077	12		1	
3. Anivorano-Mitsinjo	3 905	13		1	1
4. Anja Nord	2 432	10		1	
5. Ankaranabo Nord	3 906	25		1	
6. Antsakoamaro	7 473	10		1	
7. Békily	12 894	21	1	1	
8. Békitro	27 637	26		1	1
9. Bélindo-Mahasoa	21 523	31		1	
10. Beraketa	19 959	31		1	1
11. Besakoa	1 447				
12. Beteza	7 400	20		1	
13. Bevitiky	5 341	16		1	

14. Maroviro	9 869	15		1	1
15. Menakompy	6 171	17		1	
16. Tanambao	1 355	8		1	
17. Tanandava	10 731	25		1	1
18. Tsikolaky	4 242	12		1	
19. Vohimanga	5 064				1
Totaux	174 092	336		17	7

Sources : Services de santé du district (2013).

a) Les formations sanitaires publiques dans les 18 communes rurales

- Les CSB 2

Selon les rapports officiels, 17 communes sur 19 sont équipées d'un CSB 2. Mais sont-ils tous fonctionnels ? Y a-t-il des spécificités locales ? Les recherches menées sur le terrain nous conduisent à quelques remarques. La répartition spatiale des médecins est très inégale. On compte un seul médecin pour les communes très peuplées, Bekitro (27 637 h), Belindo (21 623 h) et Beraketa (19 959 h). Par contre, les petites communes d'Anivorano-Mitsinjo (3905 h), de Tanambao (1355 h) et de Tsikolaky (4242 h), certes enclavées pour ces deux derniers cas, ont un médecin à leur service.

Des cas particuliers de pratiques, d'équipements ou de ressources

- Dans la commune d'Ambahita (Nord-Ouest du district), le médecin fait les consultations à son domicile. Il mêle sciemment, ouvertement tout en le revendiquant, le service public et le secteur privé. Il est vivement critiqué par la population. Nous reviendrons sur son cas dans le chapitre 8 de ce texte.
- Les autorités signalent l'existence d'un CSB 2 dans la petite commune d'Anja Nord, mais il est en fait tenu par une personne qui se fait passer pour médecin ; la population le reconnaît, par méprise, comme tel... depuis quelques années. En mars 2013, un infirmier (transfuge de l'hôpital de Békily) a été nommé officiellement responsable de ce centre de santé. Il s'agit bien d'un CSB 1 dorénavant.
- Un des deux médecins du CSB 2 de Békily se rend un jour par semaine dans la commune d'Ankaranabo, afin d'y assurer des consultations de médecine générale. Il se déplace en moto pour un trajet moyen de 30 minutes. Le calendrier est clair, le centre est ouvert chaque lundi et la population s'en contente et semble satisfaite.
- Le médecin de la commune de Beraketa (près de 20 000 habitants) est assisté de trois sages-femmes, qui ne font que du suivi de grossesses et des accouchements. Elles sont fonctionnaires et respectent strictement les heures d'ouverture du centre, entre 8 h et 17 h, jamais une minute de plus. En dehors des heures ouvrables, le médecin assure seul les urgences. Il est sollicité en permanence, car son domicile jouxte le centre de santé, et la population, connaissant son dévouement, en profite.

Au total, 16 médecins publics exercent dans les communes rurales de Békily, ce qui fait une moyenne de 1 médecin / 10 075 habitants. Deux communes n'ont pas de médecin : Besakoa (1447 h) et Vohimanga (5064 h). Il y a néanmoins un infirmier dans cette dernière commune.

- Les CSB 1

Dans le but d'équilibrer l'offre de soins sur le territoire, les services de santé avaient décidé d'installer des centres de santé dirigés par un infirmier. En 2013, il y en avait sept sur l'ensemble du district de Békily (voir Tableau 23, page 342). Les CSB 1 sont tous installés dans des villages enclavés, dont l'accès nous a été déconseillé (par les forces de l'ordre, pour des raisons de sécurité). Nous avons par contre vécu, par le plus grand des hasards, l'inauguration d'un nouveau CSB 1, dans la commune d'Anja Nord (mars 2013). Un jeune infirmier venait de recevoir son « ordre » d'affectation de l'Etat. Originaire de Tananarive et diplômé depuis 2009, il avait rejoint en 2011 le staff de MSF. Il a choisi de rester dans la région, y trouvant des conditions de vie satisfaisantes. *« C'est un grand jour pour moi, être responsable d'un centre de santé, c'est un peu un aboutissement dans ma carrière. J'ai appris beaucoup de choses avec MSF ; de plus, savoir qu'ils ne sont pas loin, ça me rassure. Je sais que je peux compter sur eux si je rencontre des cas difficiles ici »* nous déclarait le nouveau promu.

- Rôle complémentaire de l'Etat

L'Etat a les mêmes prérogatives que dans le district de Mandritsara : les plans de prévention des grandes endémies, le Programme Elargi de Vaccinations (PEV).

La dernière action en date s'inscrit dans le cadre du PDL MNT¹⁹⁰. Ce fut la distribution massive de médicaments contre la bilharziose, à tous les enfants d'âge scolaire (5-15 ans). La campagne s'est déroulée en décembre 2013, au début de la saison des pluies. MSF en a été l'opérateur et l'impact de cette action n'a pas encore été évalué.

- Il existe enfin des agents communautaires dans chaque village.

L'un d'entre eux¹⁹¹ nous a parlé de sa situation : *« Je suis né dans le village il y a trente deux ans et je suis agriculteur, comme tout le monde. Il y a cinq ans, le médecin inspecteur a fait la tournée des villages pour recruter des agents de santé. Je me suis porté volontaire et on nous a donné plusieurs formations à Békily. Je sais maintenant reconnaître une maladie quand elle est grave. J'essaie alors de convaincre le malade, et surtout sa famille d'aller à l'hôpital. On dit aux gens de ne pas prendre des médicaments sans l'avis d'un docteur et de bien utiliser les moustiquaires. – Avez-vous déjà eu une crise de paludisme, vous-même ou vos enfants ? – Non, jamais, on fait très attention. Mais dans le village, tout le monde l'attrape, pendant les épidémies. – Vous avez combien d'enfants ? – J'ai deux enfants, ma fille de 8 ans vit ici avec moi, le petit de 3*

¹⁹⁰ Ministère de la Santé Publique de Madagascar, 2012, « Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016 », 87 p.

¹⁹¹ Nous l'avons rencontré dans le village d'Anja Nord.

ans vit avec ma femme, elle travaille à Békily dans une épicerie. On se voit à peu près un week-end par mois : on a de la chance, au moins on ne se dispute pas souvent – Que pensez vous du fait de travailler bénévolement ? – J'ai des enfants, je pense à leur avenir. Peut-être qu'un jour mon fils sera un infirmier ? Et puis on reçoit des cadeaux : regardez cette bicyclette, je l'ai reçue il y a 6 mois, ça me rend service » (E 9). Le programme de santé communautaire Mahefa est absent du district de Békily (voir la partie précédente). Les agents communautaires de Békily sont pris en charge entièrement par les services de l'Etat : le médecin inspecteur de la région Androy fait preuve d'un dynamisme certain.



Photographie 82 : Agent communautaire heureux, dans la commune d'Anja Nord

Bénévoles, les agents sont issus de la communauté villageoise. Leur mission est multiple : faire régulièrement le tour des maisons pour voir s'il n'y a pas de malade, donner à l'occasion un comprimé de paracétamol, communiquer des messages autour de l'hygiène.

b) L'équipement sanitaire de la commune urbaine

Faible sur le plan quantitatif, il comprend un service public et quelques offres privées, qui ont tendance à fusionner parfois.

- L'offre publique

Elle comprend essentiellement le CSB 2 de la ville de Békily. Il se situe dans l'enceinte de l'hôpital. Deux médecins assurent des consultations quotidiennes. L'un est également le médecin-chef du SSD. L'autre, son épouse, partage son temps de travail : elle fait une consultation hebdomadaire dans la commune rurale d'Ankaranabo Nord (voir plus haut). Ils produisent un travail sérieux et efficace, avec engagement auprès de la communauté. Le couple est installé à Békily depuis presque quinze ans. Les choix de vie sont assumés.

- Quand public et privé se mélangent...

La crise politique qui affecte Madagascar depuis 2009 a entraîné des difficultés économiques et la dégradation d'un système sanitaire vacillant. Le défaut d'application des politiques de santé publique augmente le risque d'épidémies, et la faiblesse du système de surveillance épidémiologique met en péril la capacité de réaction rapide. De surcroît, les réductions conséquentes du budget de la santé limitent sérieusement les affectations du personnel. Dans le Sud du pays, le peu de ressources humaines qualifiées est d'autant plus criant du fait de l'insécurité latente et de l'isolement géographique.

L'absence de financement, l'éloignement de certaines formations sanitaires et l'état désastreux des routes entraînent une carence de produits médicaux et de médicaments pour la quasi-totalité des programmes de soins : sont concernés le PEV, la nutrition, la prévention et la prise en charge du paludisme par exemple.

Fin 2013, hormis quelques épisodes conflictuels localisés, les élections présidentielles se sont déroulées sans incident majeur, et le retour à la démocratie est timidement amorcé. Néanmoins, les bailleurs de fonds internationaux qui avaient quitté le pays depuis le coup d'Etat de 2009, sont toujours réticents à réinvestir dans le pays. Les ONG présentes à Madagascar interviennent prioritairement sur les zones côtières, victimes de cyclones.

Le Sud malgache est d'autant plus touché par les faiblesses du système qu'il est extrêmement isolé. Sur un grand quart sud du pays, seuls trois hôpitaux¹⁹² de niveau 2 (équipés d'un bloc opératoire), fonctionnent, avec toutefois une qualité des soins relativement médiocre : mauvaises conditions d'hygiène, vétusté des bâtiments, manque d'appareillage et de matériels divers, etc. Par ailleurs, compte tenu de l'enclavement caractéristique du Sud du pays, quasiment la moitié des habitants du district de Békily habite à plus de 10 km d'une structure de soins.

- Un nouveau projet pour MSF

Le CHD 1 de Békily est un établissement hospitalier public. Depuis le début des années 2000, faute d'entretien, le bâtiment principal s'est beaucoup détérioré. Les professionnels de santé ne se battent pas pour venir y travailler. L'électricité fonctionne seulement en dehors des périodes de délestage, fréquentes. L'eau courante est très rare. La situation de ce centre est mauvaise. Le directeur attend vainement des financements publics. L'activité est devenue très faible. En 2011, l'ONG « Médecins Sans Frontières » a choisi ce site pour relancer un dynamisme perdu et lui prodiguer une réhabilitation d'urgence. Des travaux sont entrepris pour pouvoir rapidement accueillir à nouveau des patients. L'ONG agit dans une forme de coopération, avec la bénédiction et l'agrément du ministère de la santé publique, qui n'en demandait pas tant. MSF recrute une vingtaine de personnels malgaches, médicaux (médecins, sages-femmes) et paramédicaux (infirmiers, techniciens de laboratoire) ainsi que des agents d'entretien. Ils seront rémunérés par l'organisation. Une équipe d'expatriés complète le nouveau staff ; elle comprend un médecin, une infirmière, une sage-femme, un pharmacien, un logisticien ainsi qu'un responsable de la base, en lien avec la direction de MSF, sise à Tananarive. L'activité peut commencer. Elle ne fera que croître en volume au fil des semaines. Peu à peu, MSF va mettre sur pied un service d'ambulances, afin de pouvoir assurer le transfert des cas chirurgicaux vers une structure adaptée ; il s'agit avant tout des cas de grossesses pathologiques, nécessitant une opération césarienne. L'ONG recrute alors 10 chauffeurs. La base de vie de MSF se trouve à la limite nord-est de la ville de Békily. Cinq gardiens y assurent la sécurité.

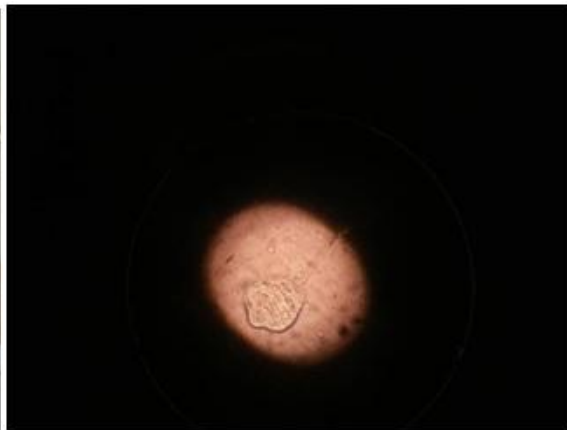
¹⁹² Ils se situent dans les villes de Tuléar, Fort-Dauphin et Ambovombe.

- Trois ans de présence à Békily : soins de santé primaire pour la population du district

Depuis avril 2011, MSF contribue ainsi à améliorer la prise en charge des patients dans l'hôpital de Békily. L'organisation appuie les services d'hospitalisation (adultes et enfants), les consultations prénatales, la maternité, la salle d'accueil et les urgences. Un laboratoire d'analyses médicales fonctionne grâce à deux laborantins. La capacité d'hospitalisation est de 35 lits, une partie dans le bâtiment principal, une partie dans une structure temporaire (toile de tente). Il existe de plus une petite zone d'isolement de trois lits.

Photographies 83 et 84 : Technicien de laboratoire et larve de *Schistosoma Haematobium*

Le technicien a trouvé dans les urines d'un patient des larves du parasite de la bilharziose. Le laboratoire de l'hôpital de Békily est opérationnel 24 h / 24. Outre les examens de sang, d'urine et de selles, les laborantins ont activé un centre de transfusion sanguine, crucial pour sauver des vies. L'anémie est physiologique chez la femme enceinte, mais aussi bien le paludisme que la bilharziose sont des causes d'anémies sévères. Le seul traitement sera alors une transfusion sanguine.

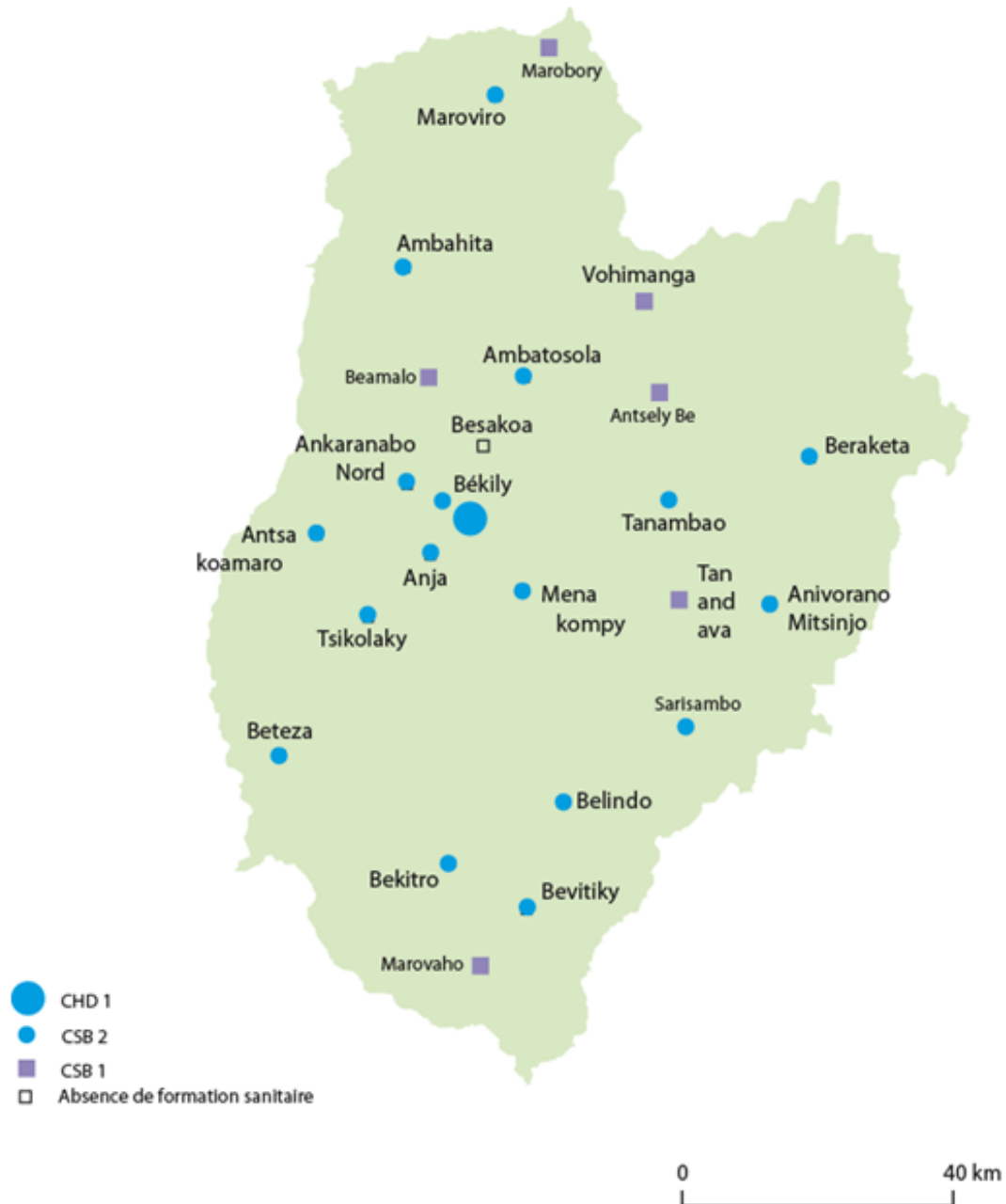


En 2013, le volume d'activités à l'hôpital de Békily a considérablement augmenté par rapport à 2012. Le chiffre de consultations externes a presque doublé. Il atteint le nombre de 12 033 (soit 33 consultations par jour en moyenne, à moduler selon les dimanches et les jours fériés) dont 8515 cas de paludisme simple (soit 70 % des motifs de consultation). Les hospitalisations ont concerné 778 enfants, 1088 femmes en maternité (pour un nombre de 894 accouchements) et 1173 cas de patients traités pour bilharziose. Ceux-ci représentent la moitié des causes d'hospitalisation dans le service de médecine.

La synthèse des offres publiques de soins est faite sur la carte suivante.

 L'offre de soins publique dans le district de Békily

Carte 40 : L'offre de soins publique dans le district de Békily



Conception et réalisation : P.Kannapel

Les points représentent les villages principaux des communes. L'absence de route est troublante à la lecture de la carte. Les centres de santé semblent « posés » n'importe comment, nulle part. Villages, hameaux et enclos divers parsèment le territoire, Ils avaient été créés initialement à proximité d'une rivière ou d'un ruisseau. Il n'y a pas de mare permanente ni provisoire dans le secteur.

○ Paludisme, tuberculose et bilharziose

L'augmentation des consultations s'explique par un pic de paludisme beaucoup plus important et précoce. En 2012, le pic était au mois d'août, il se produisit en février-mars pour 2013. On a de plus noté une meilleure connaissance du programme MSF par la population. Il a fallu du temps pour lever un certain nombre de craintes exprimées par la population des milieux ruraux profonds. De plus, faute de soins de qualité, la population n'avait plus l'habitude de fréquenter le seul centre hospitalier du district.

La progression des cas de paludisme a donc causé une hausse du nombre de patients venus se faire soigner à l'hôpital, la population adolescente était la plus affectée. Mais la proportion de formes graves et la mortalité sont toutefois restées très faibles. La réponse opérationnelle des équipes de MSF s'est basée sur la mise en place de « cliniques » mobiles¹⁹³, adaptées à la géographie locale et au nombre de patients accueillis dans les centres de santé périphériques. Cela a permis d'organiser le transfert vers l'hôpital des cas graves, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

Par ailleurs MSF a assuré l'hospitalisation des malades tuberculeux en phase aiguë. Suite à une évaluation de la prise en charge de la tuberculose dans la région Androy, une proposition d'intervention concernant l'amélioration du dépistage dans les centres périphériques a été proposée et acceptée fin 2012, dans le cadre du Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). A des fins de confirmation diagnostique, au début de l'année 2013, les examens de laboratoire ont pu être pratiqués à l'hôpital de Békily. Des contrôles de qualité des prélèvements ont été réalisés à Tananarive. Soixante-dix malades atteints de tuberculose ont été admis en hospitalisation en 2013 (ils n'étaient que 12 en 2012). La tuberculose pulmonaire est une maladie contagieuse, particulièrement virulente au sein d'une population malnutrie et cohabitant dans la promiscuité. On peut se demander combien de personnes n'ont pas encore pu bénéficier du dépistage, vivant dans la nature en toute innocence, et acteurs-clés dans la transmission de la maladie.

En décembre 2013, enfin, MSF a participé à la première distribution de masse de Praziquantel (traitement médicamenteux de la bilharziose) dans tout le district, auprès de presque 46 000 enfants de 5 à 15 ans.

Il s'agit bien d'une offre de soins à but non lucratif. MSF a réhabilité puis investi un établissement public de soins (et quatre CSB 2) pour finalement se substituer au service public. Et lui faire retrouver un statut entièrement public lorsque l'organisation a quitté définitivement le site fin avril 2014. Intervenant dans un cadre privé également, **le PAM** participe à l'offre de soins dans le district de Békily, en collaboration formelle avec MSF. Il prend en charge les repas des malades hospitalisés. Il intervient par ailleurs dans différents programmes d'éducation nutritionnelle.

¹⁹³ On trouvera dans le chapitre 8 une étude analytique des cliniques mobiles de MSF.

- Un **dispensaire catholique** fonctionne au centre de la ville de Békily, dans l'enceinte de l'église. Des infirmières religieuses, assurent des consultations de médecine générale quotidiennes et les médicaments sont vendus sur place, à des prix abordables pour la population. On trouve par ailleurs un petit laboratoire pour le dépistage de la lèpre, de la tuberculose et de la bilharziose. Une quinzaine de malades consulte chaque jour, en moyenne. Il y a bien des motifs de consultation, mais pas de diagnostic sûr pour ces personnes.

L'Eglise catholique gère également 40 lits d'hospitalisation « long séjour », pour les malades tuberculeux, sitôt la phase aiguë passée. Ceux-ci doivent suivre un traitement quotidien pendant au moins six mois. Or certaines personnes viennent de fort loin pour se soigner. Il est impossible pour elles de faire des allers-retours quotidiens. Les religieux ont pris l'initiative depuis dix ans, de s'occuper de ces malades, par ailleurs sérieusement dénutris par la tuberculose. Les lits sont occupés en permanence, à longueur d'année. *« Nous offrons aux malades le gîte et le couvert. Ils ne sont pas toujours conscients de la gravité de cette maladie. Je crois qu'ils nous font plus confiance qu'aux médecins ; s'ils étaient obligés de rester à l'hôpital, beaucoup ne seraient pas venus »* nous explique le père Alonso, qui vit dans le district depuis quarante ans (E 11).

- Un **dentiste** exerce à titre libéral à Békily. Le cabinet n'est pas ouvert de façon régulière. Nous n'avons pas pu rencontrer le praticien au cours de nos recherches de terrain.
- Deux **dépôts de médicaments** agréés sont installés au centre-ville. Il s'agit d'une activité commerciale exclusive, mais sans la présence d'un professionnel de santé. On ne fait que vendre des médicaments, sans explication ni conseil de quelque ordre que ce soit. Des médicaments sont également vendus sur le grand marché du samedi, de façon irraisonnée.

c) Offre de soins complémentaire

Le bilan de l'offre de soins ne serait pas complet si l'on omettait de citer de petites initiatives privées et de grandes initiatives internationales.

- Un **médecin** exerce à titre **privé** dans la commune de Belindo-Mahasoa. Il s'agit d'un chirurgien à la retraite. Il vit six mois de l'année dans la capitale malgache, et six mois dans sa commune natale. Il consulte « à la carte », en complément du CSB 2 du village. Ce n'est pas du luxe car la commune n'a qu'un seul médecin pour plus de 20 000 habitants. Il nous a réservé un très long entretien (E 7).
- Les **ventes sauvages de médicaments** se déroulent de la même façon qu'à Mandritsara. Un élément est peut-être aggravant ici. Les gens pratiquent peu l'automédication dans ce district, ils sont très réticents avec les produits venant de l'étranger. Il en résulte qu'avant d'être vendus, les médicaments peuvent rester des semaines, des mois, voire plus, exposés sur des étals, en pleine chaleur. Les dates de péremption n'étant jamais vérifiées, elles doivent être dépassées depuis

longtemps. Celui qui décide malgré tout d'acheter ce produit, s'expose à des risques sanitaires supplémentaires.

- Concernant la **santé spirituelle**, seuls deux cultes chrétiens, sont présents à Békily : l'Eglise catholique, investie dans la santé et l'éducation, fut la première arrivée à Békily et compte le plus de fidèles. L'Eglise protestante luthérienne est venue plus tard. Elle n'intervient que dans le domaine social. La population de l'Androy est restée longtemps isolée, se suffisant à elle-même, et surtout n'attendant rien des autorités de l'Etat. Elle s'est longtemps opposée aux « envahisseurs », tout d'abord sous le régime monarchiste Mérina, face aux colons français par la suite, et elle s'oppose enfin à la république actuelle. Dépositaires d'une culture ancestrale, les gens se sont de la même façon refusés à l'« envahisseur » religieux. Les multiples cultes protestants, présents en nombre dans les autres parties de Madagascar, n'ont jamais réussi à percer dans cette région.

- Distribution et stockage de l'eau

L'eau est un bien si rare dans le Sud de Madagascar que nous la classons dans les offres de soins, comme complément indispensable. Sans eau, une personne ne peut rester en bonne santé. Il y a des puits dans la plupart des villages : la coopération chinoise s'est chargée de les installer.

L'incapacité du pouvoir politique à satisfaire le besoin le plus vital pour l'homme est hélas, un phénomène chronique à Madagascar. Depuis une dizaine d'années, plusieurs projets issus d'organisations internationales tentent de remédier à ces problèmes. Ainsi le Fonds européen de développement (FED), la Food and Agriculture Organization (FAO) et diverses organisations non gouvernementales (ONG) déploient dans l'Androy une activité sans précédent, mais encore insuffisante pour tenter de rationaliser la gestion des maigres ressources en eau. Le district de Békily, situé en zone cristalline (la partie sud du socle) reste un peu moins vulnérable aux famines que la zone sédimentaire (les trois districts de Tsihombe, Beloha et Ambovombe – voir carte 19, page 116). Les ressources en eau sont faibles mais jamais nulles à Békily.

Les infrastructures actuelles de distribution d'eau dans le Sud

Les **impluviums** présentent un caractère dérisoire lors de saisons sèches de plus en plus longues. Actuellement, ils sont dans un état déplorable voire inutilisables car mal conçus, en manque d'entretien, fissurés ou en perte d'étanchéité. En cas de pluie, l'eau se perd. Pour les experts (LUPO-RAVELOARIMANANA, 1996), ils restent la solution dans une région où la nappe est absente ou dont la profondeur est trop grande pour être économiquement exploitée pour un habitat aussi dispersé, mais une solution de dernier recours. On observe un manque de participation communautaire, par absence de sensibilisation et de participation à l'entretien et aux travaux de construction.

Photographies 85 et 86 : L'eau à Békily

L'eau est rare mais vitale pour l'homme. Les gens ne la gaspillent pas, d'autant qu'ils doivent la partager avec les autres espèces vivantes, notamment celles domestiquées : bovins, caprins, porcins et ovins la lui disputent avec parfois des heurts. Les oies et les cochons ne sont pas réputés pour leur bienveillance.



L'Unicef a établi un projet de **forage** de 150 points d'eau dans le Sud. C'est le premier programme intégré en vue de la prise en charge entière par les populations de leurs points d'eau. Ils doivent permettre :

- la diminution de la distance à parcourir (à pied) pour se procurer de l'eau ;
- la disponibilité permanente d'une eau potable et de bonne qualité ;
- l'amélioration de l'état de santé par disparition des maladies diarrhéiques.

Il s'agit de plus d'une activité génératrice de revenus, pour les cultures maraîchères, le tabac et la briqueterie par exemple.

Photographie 87 : Briqueterie à Ankaranabo Nord

Il s'agit d'une activité récente et encore rare dans la région. On creuse des trous profonds dans le sol. L'argile extraite est mouillée puis moulée. Les briques seront ensuite cuites au four avant utilisation dans la construction de maisons. Les sols argileux sont peu répandus dans l'Androy cristallin.



Actuellement, aucun point d'eau doté d'**éolienne** ne fonctionne, et ce depuis des années. Elles sont pourtant intéressantes dans des zones où la nappe est trop profonde : c'est un échec total dans le grand Sud par manque de maintenance (il n'y a pas de techniciens locaux) et par manque d'étude soignée préalable sur la régularité des vents.

Les **camions-citernes** AES¹⁹⁴ sont un recours pour les situations d'urgence et provisoires. C'est actuellement le seul et principal recours pour les populations de la zone sédimentaire. Mais l'approvisionnement reste précaire et irrégulier, deux à trois fois par mois. Le problème concerne l'état des pistes et le prix du carburant. L'eau va coûter cher.

Les **puits** posent le moins de problème aux utilisateurs... quand l'eau est suffisante ! Mais les forages ne sont pas toujours réalisables. Dans une zone sablonneuse qui s'écroule facilement, ils peuvent représenter un danger. Leur profondeur ne peut excéder 10 mètres. Il manque sur place un matériel adéquat, les populations ne disposant que de bêches. L'ONG Caritas, en collaboration avec le PAM, œuvre depuis 1993 à la maintenance de ces structures. Mais l'irrégularité de la pluviométrie depuis plusieurs années a rendu inutilisable de nombreux puits.

3. Eléments de typologie des communes du district de Békily

a) Typologie des communes selon leur équipement sanitaire

Les communes peuvent être classées en quatre groupes en fonction de leur équipement en formations sanitaires. Les numéros renvoient au tableau 23 (page 341) du classement alphabétique des communes.

- La commune de Békily (n°7) est la seule du premier groupe : elle dispose d'un hôpital, d'un dispensaire et d'un CSB 2. Elle couvre 8 % de la population du district.
- Le second groupe comprend les 15 communes dotées d'un CSB 2 (n° 1, 2, 3, 5,6, 8,9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18). Elles représentent 87,4 % de la population totale.
- Dans le troisième groupe, on trouve deux petites communes (Anja Nord, n°4 et Vohimanga, n° 19). Elles possèdent un ou deux CSB 1, mais pas de médecin, pour 4,3 % de la population.
- Le dernier groupe ne comporte qu'une seule commune, dépourvue de formation sanitaire. Il s'agit de la commune de Besakoa, proche du chef-lieu (0,3 % de la population totale).

La majorité de la population a accès à un médecin dans sa commune. De gros écarts apparaissent quant à la densité médicale, de 1 à 20 ! Il y a un médecin pour 27 637 habitants à Békitro (n°8) et un médecin pour 1355 personnes à Tanambao (n°16). Le premier cas est confirmé par nos soins, le second permet le doute. Les conditions de l'accès seront traitées dans le chapitre 8.

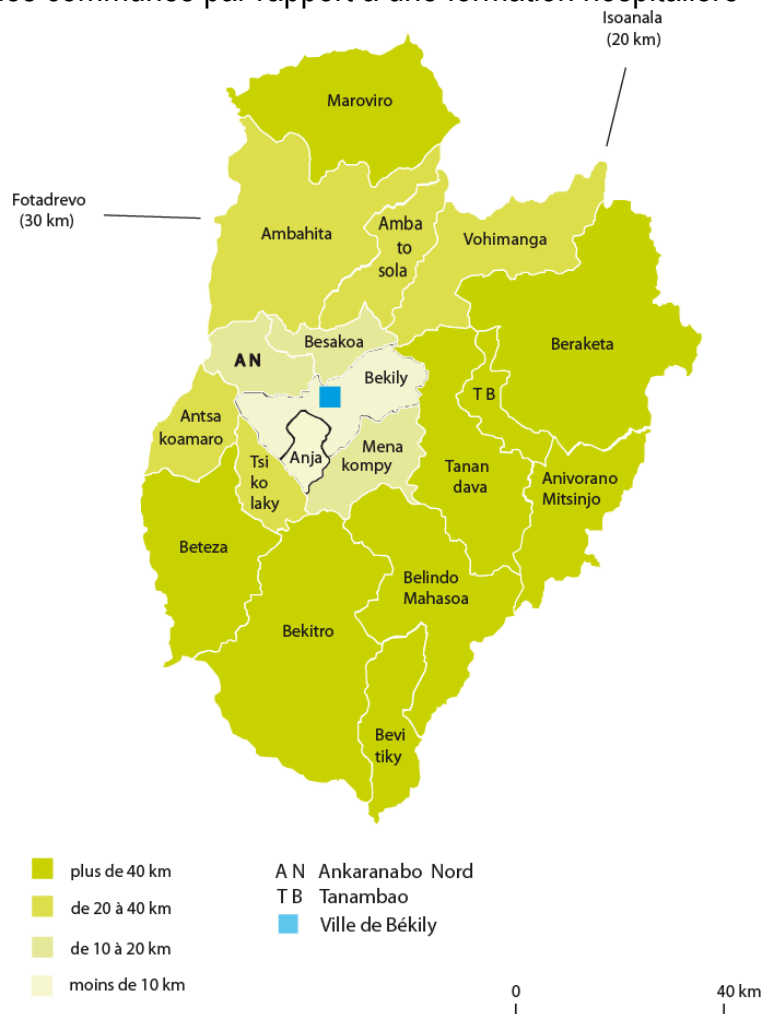
¹⁹⁴ Depuis 1980, les activités d'approvisionnement en eau potable dans le Sud de Madagascar sont sous la responsabilité de l'AES (Alimentation en eau du Sud), établissement public créé par les autorités nationales malgaches afin de répondre au problème endémique de manque d'eau. Grâce à cet organisme, des camions-citernes transportent l'eau potable dans les villages. Cette solution coûte cher et la fréquence de l'approvisionnement par camion reste incertaine, en particulier en saison des pluies.

b) Typologie des communes selon l'éloignement du centre hospitalier de Békily

Les communes peuvent être classées en 4 groupes, selon leur distance moyenne à l'hôpital de la ville de Békily (Carte 41, ci-dessous).

Carte 41 :

Eloignement des communes par rapport à une formation hospitalière



Conception et réalisation : P.Kannapel

La commune urbaine de Békily comprend la ville elle-même et 20 villages répartis dans la campagne avoisinante. Ils sont tous à moins de 10 km de la formation hospitalière, soit au maximum à 2 heures du centre-ville. La commune rurale d'Anja Nord est dans la même situation. Elles couvrent 9 % de la population du district.

Trois communes (soit 6 % de la population totale) sont éloignées d'une distance euclidienne de 10 à 20 km de l'hôpital. Il s'agit de Besakoa, dépourvue de formation

sanitaire, Ankaranabo Nord, dont le CSB 2 est ouvert une fois par semaine et Menakompy, au Sud, possédant un CSB 2 fonctionnel.

Un troisième groupe comprend 5 communes, dont la distance à l'hôpital est de 20 à 40 km, soit 4 à 8 heures de marche à pied. Elles concernent presque un quart de la population (23 %). La commune d'Ambatosola est reliée à Békily par une piste, impraticable en saison des pluies. Les deux communes de Tsikolaky et d'Antsakoamaro sont enclavées. La partie est de la commune de Vohimanga est plus proche de la ville d'Isoanala (20 km, dans le district voisin de Betroka), qui dispose d'un hôpital. La commune d'Ambahita est à équidistance de Békily (hôpital à vocation médicale) et de Fotadrevo, petit village du district d'Ampanihy, qui dispose d'une clinique chirurgicale.

Le dernier groupe est le plus nombreux avec 9 communes. Il est aussi le plus peuplé. Les communes qui le composent portent les n° 3, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16 et 17. La population de ces communes, distantes de plus de 40 km d'une formation hospitalière, représente 62 % de la population du district.

Au total, 85 % de la population sont éloignés de plus de 20 km de la structure hospitalière, soit une moyenne de 4 heures de déplacement. C'est un gros problème en cas d'urgence. Les médecins des CSB ne sont pas équipés pour faire face à une urgence, notamment en traumatologie ou une urgence cardio-vasculaire. Il y a des exceptions (Ambahita, Vohimanga, voir plus haut).

c) Typologie des communes par rapport à leur accessibilité à la ville de Békily

Les communes du district de Békily peuvent être classées en trois groupes, selon leur équipement routier. Plus que de route secondaire, nous préférons parler de piste primaire, même si le terme n'a pas un usage courant ou officiel. Ce terme a l'avantage d'être clair, il parle pour lui. Certaines communes ont leur village principal situé sur la piste ; d'autres sont uniquement traversées par la piste, sans aucun village à proximité. Il est à noter que le district est sillonné de pistes secondaires ou tertiaires, autant dire inaccessibles, cause de l'enclavement de 6 communes.

Le premier groupe comprend 8 communes, couvrant 63 % de la population du district. Elles sont accessibles par la piste primaire, d'une qualité inégale.

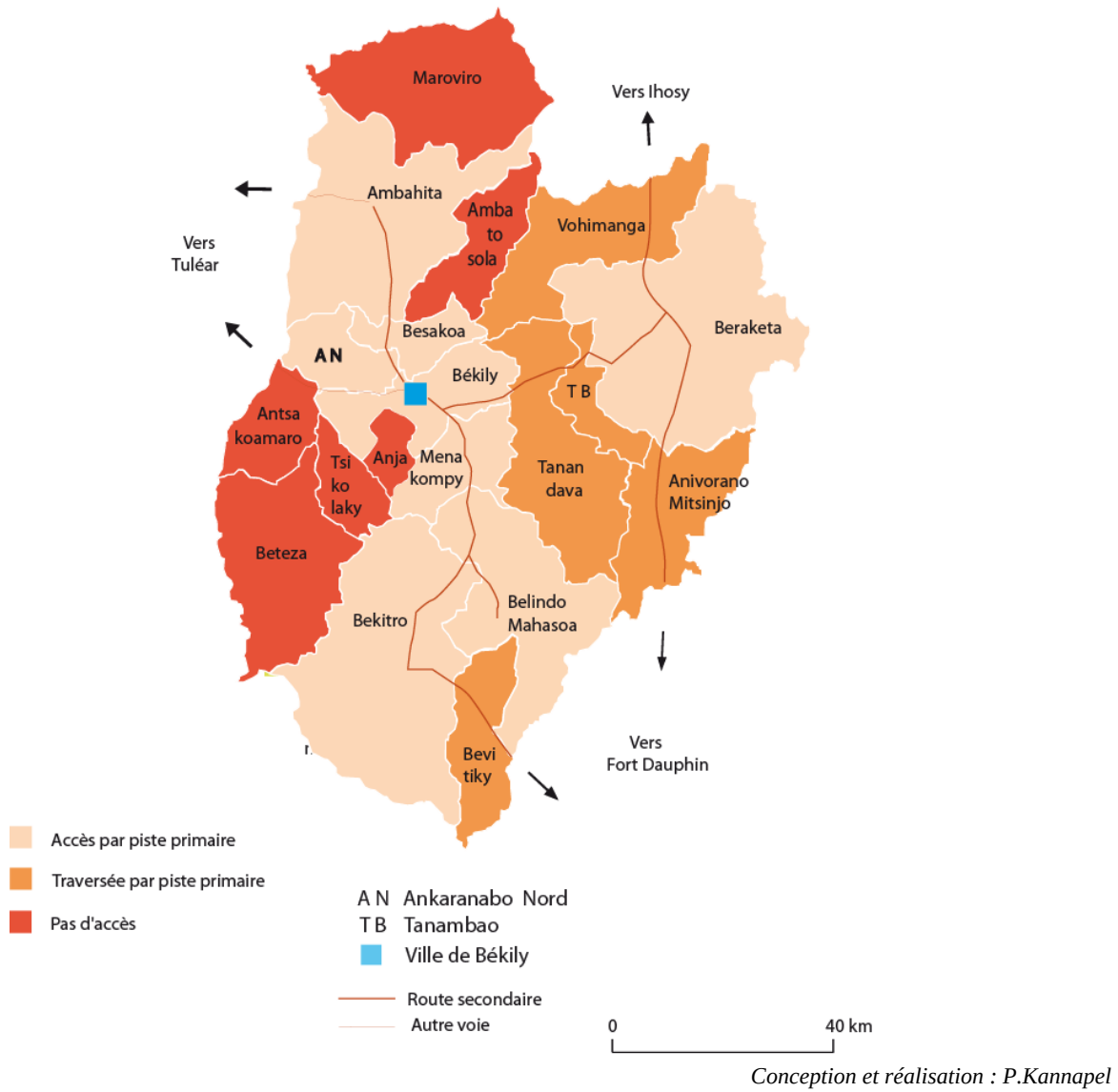
- Le tronçon Békily-Ambahita (Nord du district) est relativement accessible. Il concerne également les communes d'Ankaranabo Nord et Besakoa. Le paysage est monotone, fait d'une savane herbeuse ou arbustive à base de *sakoa*, *kily* et *tsingilofilo*. Les sols sont peu évolués. Suite à la pression démographique et au surpâturage, le défrichement est systématique. Plus au Nord, les contreforts montagneux des Hautes Terres sont frappés de déforestation.
- Au départ de Békily, vers le Sud, on peut rejoindre, par une piste primaire dégradée, les communes de Menakompy, Belindo et Bekitro. Cette piste traverse

un désert de pierre, avec de place en place le vert lumineux d'un *sakoa*, qui rappelle que toute vie n'est pas absente. La forêt humanise un peu le paysage, bien qu'en octobre elle soit uniformément grise et dépouillée. Les arbres dénudés et desséchés attendent les premières pluies pour reverdir. Ici et là, quelques baobabs géants dominant de manière insolite cette forêt d'arbustes. Les pierres sont une des caractéristiques du plateau cristallin ; elles n'ont pas toujours l'aspect terne et vulgaire de quelques cailloux. C'est encore un des contrastes de l'Androy que ce luxe de couleurs et de reflets sur ces sols déshérités, où les quartz roses et translucides brillent comme des bijoux. Au-delà, la piste est un peu plus abîmée. Quand les cailloux se font moins nombreux, les termitières apparaissent.

- Enfin, la dernière piste du district, vers l'Est, permet de rejoindre la commune de Beraketa (45 km) en 5 heures avec un véhicule 4X4, dans le meilleur des cas. Le village de Beraketa (chef-lieu de la vaste commune du même nom), est situé sur un axe national majeur (une piste nationale ?) permettant de désenclaver le Sud - Est de l'île, à partir de la ville de Ihosy (voir carte 42, page 356). Il s'agit d'une piste sableuse qui traverse les repaires des bandes de voleurs-bandits-voleurs-assassins, devenus des spécialistes de rackets en tous genres, surtout auprès des véhicules de passage, et du pillage de certains villages. Ils se déplacent en troupes de deux à plusieurs centaines d'individus ; est-ce par mimétisme avec les bovidés ? Ils sont par ailleurs devenus maîtres dans l'art de terroriser les populations. On peut se demander qui a encore le courage d'emprunter cette voie de nos jours. L'Etat s'est enlisé dans de vaines tentatives de dialogue avec ces voyous, avant de baisser les bras. Durant le temps de la présence de MSF à Békily (trois années), le siège de l'organisation humanitaire était en contact permanent avec les forces de gendarmerie du secteur, une grande partie du district était déclarée « zone de non-droit ». Chaque déplacement était minutieusement préparé. Il faut enfin savoir que ces sauvages criminels ne font aucune différence entre humanitaires, militaires ou population civile. Il serait intéressant un jour de mener une recherche en ethno-psychiatrie, sur le problème de ces individus. Les actes inhumains commis par ces malfaiteurs sanguinaires tendraient à montrer une certaine perversité, ou une opération de manipulation mentale (et pécuniaire) à grande échelle, qui dépasse l'entendement... l'avis d'un géographe ne serait pas inutile pour compléter cette recherche. Car il demeure un grand mystère: où se cachent-ils exactement ?

Dans le second groupe, on trouve 5 communes (n° 3, 13, 16, 17, 19), traversées par une piste primaire. Mais celle-ci ne touche pas de village important dans les communes concernées. Les villages en sont certes plus proches que dans les communes enclavées, mais il ne faut pas oublier que les véhicules sont rares dans le secteur. Ces communes regroupent 15 % de la population.

Carte 42 :
Accès des communes à la ville de Békily



Six communes sont enclavées, du point de vue d'un accès routier. Elles forment le dernier groupe. Outre la difficulté de mobilité des personnes, l'enclavement a d'autres effets indésirables. C'est en particulier la difficulté de circulation de l'information. Cela peut poser un désagrément lorsque apparaît une épidémie ou lors d'une attaque de bandits. Cela vaut dans les deux sens. Pour faciliter les communications avec les équipes parties en brousse, MSF disposait de téléphones satellitaires : en dehors de la ville de Békily, il n'y avait pas de réseau pour la téléphonie mobile.

Ces communes coupées du monde (n° 2, 4, 6, 12, 14, 18), rassemblent tout de même une population de 37 500 individus, soit 22 % de l'ensemble. Les communes d'Anja Nord (n° 4) et d'Ambatosola (n° 2) ont été classées dans ce groupe de façon abusive : leur situation

proche de Békily permettra d'améliorer leur score, dans le classement final qui fera la synthèse de ces typologies (à retrouver dans le chapitre 7). Il est surprenant de constater que la majorité de la population se localise à proximité d'une piste primaire. Mais ce n'est toutefois pas la panacée. Cette route reste peu praticable et très peu fréquentée par des véhicules motorisés.

Le problème de l'information est une maladie chronique à Madagascar. Lors de notre second séjour dans le Sud, nous avons été informés d'une épidémie de rage à Békily. Plus de soixante personnes avaient été mordues ; l'information venait de la source : l'hôpital de Békily. Avant de nous rendre sur le terrain, nous sommes allés au service anti-rabique de Fort-Dauphin. Celui-ci est rattaché à l'hôpital public. Le laborantin fut surpris de notre demande, il n'était au courant de rien ; il nous a malgré tout proposé une vaccination préventive. Nous avons décidé de partir, sans plus d'information, sinon que trente personnes étaient hospitalisées à Békily pour une suspicion de rage, certes non confirmée biologiquement. La ville d'Ambovombe, capitale de la région Androy, est sur notre chemin. Nouvelle escale à l'hôpital. A la mi-journée, le laboratoire est désert ; nous avons finalement « trouvé » la technicienne après quelques heures. Elle n'avait entendu parler de rien, et surtout pas qu'une demande de vaccin anti-rabique avait été faite à l'institut Pasteur de Tananarive. Nous repartons : on verra sur place...

Chapitre 7 : Analyse comparative du système de soins dans deux espaces ruraux malgaches

Un des objets de ce travail est de produire une analyse comparative. Avant de détailler les nuances ou les éléments de similitude entre les deux terrains de recherche, il nous a paru intéressant de chercher des facteurs explicatifs au mauvais état global du système de soins malgache. Pour cela, des éléments de comparaison apparaissent pertinents avec d'autres pays « proches » de Madagascar, sur les plans de l'économie, de la démographie ou de la ruralité. C'est le cas de plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest (GOBBERS, PICHARD, 2000). Mais dans le cadre de l'analyse comparative du système de soins entre ces deux districts ruraux, un certain nombre de questions vont se poser. Y a-t-il des points communs, et de quelle nature sont-ils ? Les différences sont-elles plus importantes que les éléments qui les rapprochent ? S'agit-il de différences profondes ou de simples nuances ? Quels éléments retenir pour une approche du système de soins dans d'autres espaces ruraux ?

A. MADAGASCAR, AFRIQUE DE L'OUEST : LE DESTIN COMMUN DES SYSTEMES DE SOINS

Le mauvais état de santé du système de soins malgache n'est pas un cas isolé. On observe de nombreuses similitudes avec d'autres pays défavorisés, c'est le cas notamment des anciennes colonies françaises de l'Afrique de l'Ouest. Toutes ont un système de santé construit sur le même modèle, soumis aux mêmes règles et contraintes, édictées par les organismes internationaux. Les différentes initiatives internationales - Bamako 1982, Lomé 1987, pour améliorer la situation sanitaire dans les pays défavorisés, avaient d'ailleurs été prises dans ce même ensemble géographique. Un système de soins est une réponse plus ou moins harmonieuse et cohérente aux besoins de santé des citoyens : parmi les très nombreux facteurs d'équilibre ou de stabilité, on évoquera la physionomie des économies, la démographie, les politiques sociales, la médicalisation de la santé, la solidarité, et enfin les comportements des ménages.

1. La physionomie de l'économie : un point sombre

Madagascar est encore dans un cadre où l'économie moderne est l'exception, et l'économie informelle la règle. Le pays extrait des matières premières minérales (chrome, ilménite, pétrole, mica) et végétales, consommées localement ou exportées, sans grande valeur ajoutée locale. Mais l'agriculture, majoritairement, prédomine sur tout le territoire. Les salariés sont peu nombreux (10% de la population active dans le meilleur des cas), et leur répartition est souvent majoritaire dans le secteur public. Les dettes extérieures restent une contrainte, elles représentent presque dix ans de PIB annuel, minorant toute possibilité d'investissement et enfin, les courants d'échange régionaux sont quasi nuls,

même si de notables efforts sont engagés dans le cadre de la COI¹⁹⁵ ou de la SADC¹⁹⁶. Si certains Etats (Côte d'Ivoire, Nigeria), commencent à se doter d'un tissu industriel, l'économie informelle reste prépondérante en Afrique occidentale. Les pays n'ont pas encore trouvé de remède, pour soulager un système de soins malade : désorganisé, corrompu, il manque cruellement de moyens financiers, de ressources humaines et n'offre pas des services de qualité (MEUNIER, 1998 - YMBA, 2000).

2. La démographie : grand défi pour le futur

Depuis les indépendances, le chiffre des populations des pays d'Afrique de l'Ouest et de Madagascar a été multiplié par 4 ; le taux brut de mortalité est nettement inférieur au taux de natalité. Le taux de fécondité reste élevé, avec une tendance à la baisse (estimations). La course entre les perspectives de croissance économique et l'accroissement naturel démographique a toujours été à l'avantage du second. Sans méconnaître le poids des autres facteurs (cours des matières premières, crise politique voire la guerre en certains lieux...), le fait démographique explique largement l'échec de la lutte contre le sous-développement. Ainsi, tenter d'atteindre la norme OMS d'un médecin pour 3000 habitants signifie que dans un pays de 10 millions d'habitants, 120 médecins doivent être formés chaque année pour absorber la seule augmentation de population de l'année, alors que les facultés de médecine n'en produisent que les deux tiers (GOBBERS, PICHARD, 2000). Pour Madagascar, les trois facultés de médecine forment un peu moins de 200 nouveaux médecins chaque année, sachant que parmi eux se trouvent des ressortissants comoriens et camerounais. Sur les médecins malgaches restants, certains occuperont un poste administratif, on comprendra que le bilan final des praticiens reste faible. On a vu que dans les deux districts ruraux, la densité médicale est très faible (une moyenne de 1 médecin pour 10 000 habitants). Par comparaison, quelle est la densité médicale dans les grandes villes de Madagascar ? Aucune étude précise n'a été faite dans les espaces urbanisés ; nous n'avons que des chiffres estimés, sur lesquels nous émettons quelques réserves.

La population de ces pays est donc très jeune : 43 % de moins de 15 ans ; la pyramide des âges est parfois bousculée par des conflits meurtriers, des crises sanitaires (épidémie à

¹⁹⁵ La Commission de l'océan Indien regroupe cinq Etats insulaires (Ile de la Réunion pour la France, Madagascar, Maurice, Seychelles, Union des Comores). C'est une organisation intergouvernementale, francophone, créée en 1982 à l'Ile Maurice. L'initiative est due à la France, le but étant d'intégrer son département d'outre-mer dans l'ensemble insulaire régional. La COI assure des projets de coopération dans différents domaines : commerce, agriculture et pêche, culture. Elle soutient également des programmes sanitaires, comme les missions de l'ONG « MOI ». Signalons que l'Ile de Mayotte, devenue département français en 2011, n'en fait pas partie : ce territoire n'est pas reconnu comme français par les autres membres.

¹⁹⁶ *Southern African Development Community* (SADC). La communauté de développement de l'Afrique australe a été fondée le 1^{er} avril 1980, à l'initiative de 9 Etats d'Afrique australe (Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe). L'objectif premier était le développement d'un marché économique dans la région. D'autres pays l'ont progressivement rejointe : Namibie (1990), Afrique du Sud (1994), Ile Maurice (1995), République Démocratique du Congo et Seychelles (1997) puis enfin Madagascar (2005) ; victime d'une radiation en 2009, suite aux troubles politiques, le pays a été réintégré le 30 janvier 2014. Le siège de la SADC se trouve à Gaborone (Botswana). Elle intervient comme le principal médiateur dans les conflits politiques malgaches.

virus Ebola, 2014) ou des crises alimentaires (WALTISPERGER, MESLE, 2005). Le taux moyen de croissance, de 3 % dans la zone, est voisin de 0 % en Sierra Léone et négatif de 2 % au Libéria. En moyenne de 50 ans, l'espérance de vie à la naissance – toujours plus grande chez les femmes que chez les hommes – varie de 36 ans en Sierra Léone à 56 ans au Ghana, elle est de 57 ans à Madagascar. La répartition de la population entre les villes et la campagne n'est pas sans conséquence sur l'organisation du système de soins : d'un côté, en nombre limité, des cités en expansion permanente (enfantant de plus en plus de monstres comme Lagos ou Abidjan - Tananarive n'est pas encore une mégapole (FOURNET-GUERIN, 2007, A), mais elle poursuit une croissance régulière) et de l'autre des zones d'habitat dispersé ne comptant que quelques centaines d'âmes. Enfin, si en Afrique occidentale les flux inter-Etats sont intenses, à travers des frontières longues et poreuses, et les politiques migratoires fluctuantes, aboutissant parfois à des expulsions de masse, l'Etat malgache est au moins épargné par ce phénomène. Mais on y constate une fuite des « cerveaux ». C'est le cas des professionnels de santé. Certains étudiants malgaches ont la possibilité de partir vers l'occident (France, Canada ou Etats-Unis), sans espoir de retour immédiat, une fois diplômés. Ils trouvent ailleurs des conditions d'exercice professionnel tellement plus « confortables ».

3. Des politiques sociales non maîtrisées, et la santé en sursis

Très peu de pays ont réellement intégré la santé dans une politique sociale, bien que presque tous les gouvernements adhèrent aux plaidoyers des grandes institutions internationales comme l'Unicef. Il en résulte que les déviances sociales, ou plus précisément sociétales, sont laissées en jachère : travail des enfants, prostitution, maltraitance des femmes, drogues, mutilations génitales, alcoolisme, sont autant de sujets pour lesquels les pouvoirs publics ont en charge d'assurer les mutations culturelles. Les travailleurs sociaux sont peu nombreux et souvent démunis de moyens et de solutions face à des questions découlant directement de l'emploi, de l'habitat... En milieu carcéral, la santé est une question accessoire, par rapport aux questions de base comme l'alimentation et l'hygiène. Nous avons eu l'occasion de suivre une mission humanitaire dans le centre pénitentiaire de la ville d'Ambanja (Nord-Ouest de Mandritsara), voici quelques années. Une centaine de détenus étaient entassés dans une grande salle commune, de quelques mètres carrés, il n'y avait pas de cellule : promiscuité, maladies infectieuses, malnutrition par défaut de repas réguliers, atmosphère irrespirable faisaient partie du quotidien. L'organisation du système de soins est d'autre part génératrice d'inégalités sociales entre les riches consommateurs de soins coûteux dans les centres urbains, et les pauvres qui ne fréquentent que les structures de soins élémentaires.

4. La médicalisation de la santé : quels recours pour les malades ?

La santé est essentiellement perçue comme un état dont les dysfonctionnements méritent des réponses médicales : un diagnostic par un médecin – à défaut par un infirmier ou une sage-femme – et des soins réparateurs, au centre desquels se situe le médicament. Les questions d'hygiène publique, de sécurité alimentaire, de qualité de l'eau et de

l'environnement ne sont pas fondamentalement ignorées, mais font l'objet d'une prise en compte à laquelle les plans nationaux de développement sanitaire n'accordent pas de place. En milieu rural, et encore plus en milieu urbain, les citoyens assimilent également santé et médecine ; l'automédication de type moderne est favorisée par un marché du médicament qui laisse une place importante aux non professionnels (les pharmacies trottoir de la Côte d'Ivoire, la vente sauvage sur les marchés malgaches). Malgré cela, la médecine traditionnelle reste vivace, certainement parce qu'elle prétend avoir une approche globale de la santé. En Afrique de l'Ouest, les autorités ont conçu des plans pour intégrer les tradi-praticiens dans le système de soins, il en est de même en Afrique du Sud (FAURE, 2003) ; c'est loin d'être le cas à Madagascar.

5. Solidarité : le *famadihana* malgache fait de la résistance

« *Légendaires, les solidarités africaines résistent mal au monde contemporain, tout particulièrement en milieu urbain, dans lequel les ciments ethniques, culturels, religieux et familiaux sont érodés par la multitude et la promiscuité* » (GOBBERS, PICHARD, 2000). Elle ne disparaissent pas complètement mais se recomposent sur des bases moins fortes, puisque la pression du groupe social est en concurrence avec d'autres contraintes. Les solidarités intergénérationnelles envers les ascendants ainsi que celles fondées sur la religion, restent fortes bien que des événements extérieurs (crise économique) les mettent à l'épreuve. Les solidarités campagne-ville sont très vives à Madagascar, au travers du *famadihana* (voir par ailleurs) ; c'est un trait culturel majeur de la société malgache.

6. Les comportements des ménages

L'étude des déterminants socio-économiques et anthropologiques du recours aux soins montre des similitudes de parcours : automédication, soins de santé modernes, médecine traditionnelle ou inversement. Cependant, ces parcours, dont l'influence majeure n'est pas la capacité financière du chef de ménage mais son niveau d'instruction, sont fortement influencés par l'accessibilité au système de soins modernes, ainsi que par la représentation sociale d'une pathologie. Si religion ou culture sont d'un poids important, pouvant influencer le choix du parcours thérapeutique, l'observation des décisions d'allocations de ressources pour la santé et la mort révèlent des ressemblances dans ces pays : le coût de l'inhumation est bien supérieur à ce qu'il aura fallu payer pour se soigner. Dans le même ordre d'idées, la ventilation des dépenses du ménage montre des échelles de priorité dans lesquelles la santé n'est pas toujours prioritaire (INSTAT, 2010).

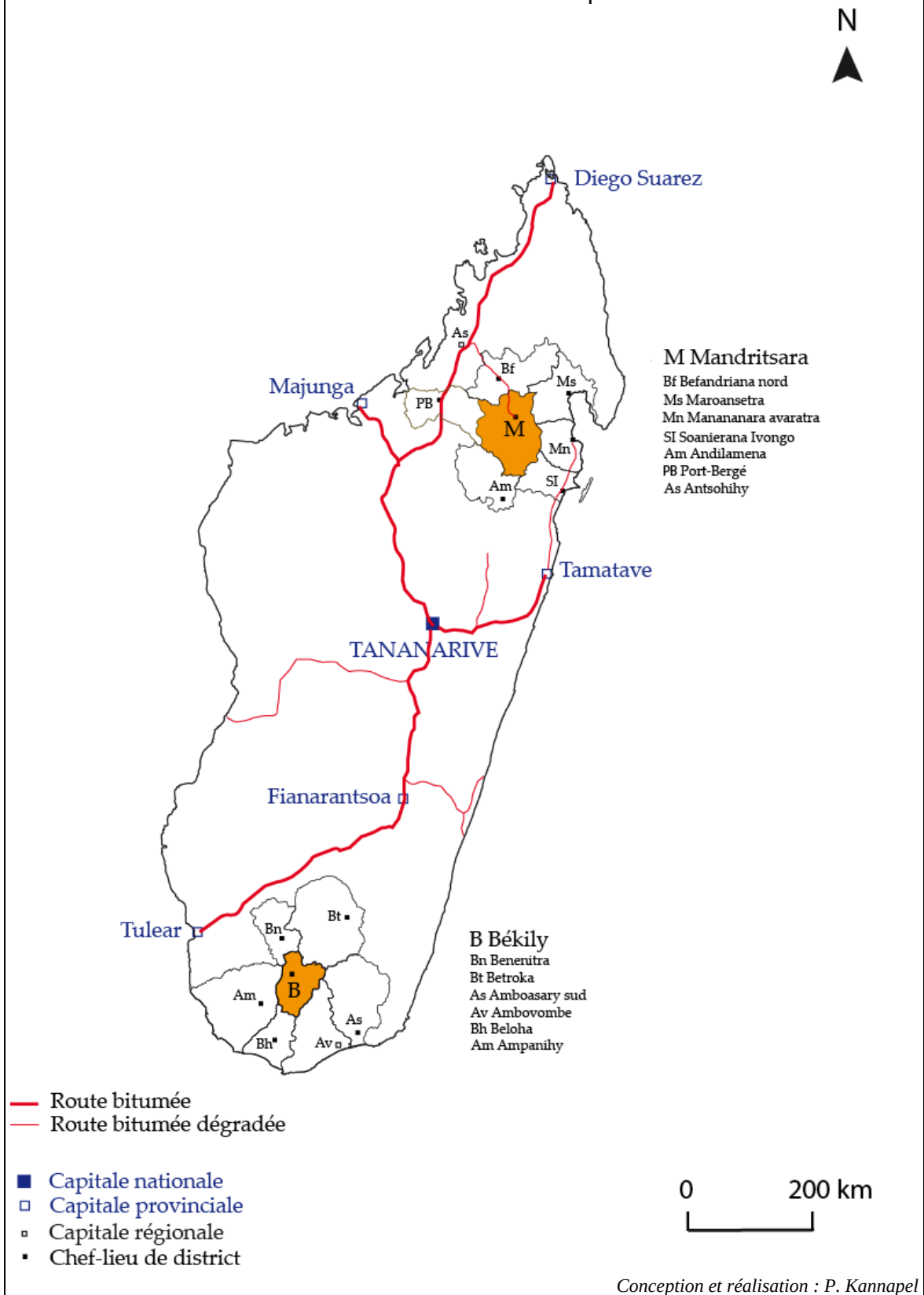
B. AU REGARD DU SYSTEME DE SOINS, DES DISTRICTS PAS SI DIFFERENTS...

Les deux terrains choisis pour nos recherches ont-ils des points communs, en terme d'offre de soins ? Nous en avons retrouvé un certain nombre, ils feront l'objet d'un développement particulier dans notre démarche comparative.

- Un des éléments les plus remarquables est le grand éloignement. Mais de quoi parle-t-on ? La population vit dans des villages reculés, mais dans son lieu de vie, elle ne se « sent » éloignée de rien, tout au plus de quelques kilomètres entre son domicile et son lieu de travail. En fait, nous sommes concentrés sur le système de soins, et il faut bien reconnaître que ces districts ne disposent pas de structures de soins permettant de faire face à tous les problèmes de santé, dont certains sont potentiellement graves. Il faudra parfois se déplacer loin et longtemps pour obtenir des soins « modernes » de qualité (voir Chapitre 8).
- Ces districts sont ruraux (l'activité agricole concentre 95% au moins des occupations humaines). Ils possèdent un petit centre urbain (le chef-lieu qui porte le même nom que le district), en position relativement centrale : celui-ci concentre la fonction publique dans différentes administrations (mairie, police, services de santé), les écoles, le commerce et le fait religieux. Il s'y trouve également le seul hôpital du district. La population rurale est très pauvre à Madagascar, le frein majeur à l'accès aux soins. Pauvreté monétaire, faible instruction. Quels en sont les déterminants ? Est-ce une fatalité ? Quels sont les impacts sur la fréquentation des services de soins ?
- Ces territoires sont éloignés de la capitale nationale de près de 1000 km, sur les marges nord et sud des Hautes Terres, et présentent une faible densité de population. Ils offrent un découpage administratif semblable en communes (équivalent des cantons français), elles-mêmes composées de petits bourgs et de villages - Mandritsara : une commune urbaine et 27 communes rurales - Békily : une commune urbaine et 18 communes rurales. L'offre publique de soins est calquée sur le même modèle dans les deux territoires ; elle comprend au moins un centre de santé de base (CSB) dans chaque commune et un centre hospitalier de district (CHD) pour la commune urbaine. L'offre de soins privée est confidentielle, uniquement présente dans les « villes ». Il y a bien sûr des nuances que nous développerons plus loin.

Carte 43 :

Situation de nos terrains de recherche par rapport aux principaux axes de communication nationaux et dans leur environnement proche



1. Système de soins et voies de communication : un frein, des contraintes, des blocages

L'isolement est un des traits communs à ces deux districts. Il se décline à différentes échelles. Ces territoires sont isolés, voire enclavés de façon saisonnière, aussi bien sur les plans local et régional, que national. En ce qui concerne la situation générale, nous faisons référence au district dans son ensemble. Les distances routières précises sont entendues à partir du centre de la ville chef-lieu.

L'isolement géographique est une contrainte, voire un frein, au développement du système de soins. L'absence de route rend ces territoires peu attractifs : l'accès est rendu difficile pour les professionnels de santé souhaitant travailler dans ces espaces. Le réseau routier minimaliste rend compliqué le déplacement des personnes malades, pour rejoindre la formation sanitaire la plus proche de leur domicile. La situation s'aggrave lorsqu'il s'agira de se rendre dans une ville, dotée d'un équipement sanitaire plus attractif.

a) Un isolement national

Les deux districts « objets » de nos recherches ont de nombreux points communs, à commencer par leur éloignement et leur isolement voire un enclavement – saisonnier – par rapport à la capitale de l'Etat malgache. Les distances à vol d'oiseau par rapport à Tananarive sont respectivement de 300 km pour la ville de Mandritsara et 500 km pour la ville de Békily. Mais les distances routières sont bien plus longues, soit 923 km pour Mandritsara – par une route bitumée – et 891 km pour Békily – par alternance d'une route secondaire et d'une route bitumée (Carte 43).

- Sur la route de Tananarive à Mandritsara

Tableau 24 : Distances routières de Mandritsara à Tananarive

Trajets	Distance (km)
Mandritsara – Befandriana nord	115
Befandriana nord – Antsohihy	85
Antsohihy – Port Bergé	133
Port Bergé – Mampikony	82
Mampikony – Ambondromamy	84
Ambondromamy - Maevatanana	96
Maevatanana – Andriba	105
Andriba – Ankazobe	129
Ankazobe – Tananarive	94
Total	923

Source : IGN, 2010.

Au départ de la capitale, on emprunte la RN 4 vers l'Ouest. Elle traverse les Hauts Plateaux sur 300 km, avant d'atteindre la plaine de Maevatanana. Cette portion de route, sur deux voies uniquement, est très tortueuse. Peu fréquentée, elle offre des panoramas

spectaculaires et il faut compter 6 heures pour accomplir ce trajet avec un véhicule standard. La durée peut être majorée si l'on se trouve derrière un camion semi-remorque, car les endroits de dépassement sont relativement rares. Les cents kilomètres suivants (environ 1h30) sont assez monotones jusqu'à Ambondromamy, étape carrefour ; la route se poursuit soit vers Majunga à l'Ouest, ou remonte plein Nord vers Diego Suarez. Cette dernière route sera empruntée pour se rendre à Mandritsara, tout d'abord sur 300 km (6 heures minimum) jusqu'à Antsohihy, capitale de la région Sofia. Ce tronçon routier récent¹⁹⁷ est en bon état, mais émaillé d'une dizaine de radiers¹⁹⁸ submersibles.



Photographie 88 : Radier submergé

Le radier est le contraire d'un pont, c'est un pont « en creux ». On aperçoit sur le fond du cliché la route nationale, immergée (nous sommes à mi-décembre). Le troupeau de bœufs suit le mouvement : piétons, charrette, minibus, tout ce petit monde est en bon ordre de marche.

A la sortie nord d'Antsohihy, la route devient la RN 32, de direction sud-est pour 200 km vers Mandritsara. Cette route est recouverte, mais elle présente de nombreux accidents de parcours : fractures, affaissements et autres ornières géantes. Les trous les plus profonds se situent régulièrement aux entrées et sorties des quelques villages qui jalonnent le parcours. La raison nous en est donnée lors d'un entretien (E 25). « *J'emprunte régulièrement ce trajet. Ce sont les villageois qui détériorent les routes. Le fait qu'une route traverse leur village ne leur rapporte rien, ils ne peuvent même pas accéder aux transports publics : le minibus est déjà surchargé quand il arrive au village. La population a donc réfléchi à un moyen profitable pour elle : contraindre les véhicules à s'arrêter : les chauffeurs et passagers vont devoir descendre du bus et consommer sur place (repas chauds, fruits, brochettes) et parfois on fera appel aux hommes du village pour aider un véhicule à se débarrasser* ». Le temps pour rejoindre Mandritsara est donc très variable, déterminé largement par la saison et les qualités du véhicule emprunté.

¹⁹⁷ Le revêtement a été financé par la coopération chinoise, les ponts ont eu un financement de l'Union européenne, il y a dix ans à peine : c'était une réfection totale.

¹⁹⁸ « *Il s'agit d'une dalle épaisse en maçonnerie ou en béton constituant la fondation d'un ouvrage, le plancher d'une fosse, d'un canal ou d'une galerie souterraine, mais utilisée également pour des ouvrages de génie civil, une route par exemple* » (www.larousse.fr). Le radier permet le franchissement d'une rivière sans profondeur et sera submergé en cas de crue.

Photographie 89 : Le passage du radier

La traversée du radier peut s'avérer dangereuse, il existe souvent un fort courant. Piétons, cyclistes, camions-citernes, minibus et chaleur caniculaire font partie du décor. On en profite pour se rafraîchir les pieds... ou le visage. L'eau est rouge, chargée de latérite.



- La route du Sud : de Tananarive à Békily

La RN 7 est la route du Sud¹⁹⁹ à Madagascar. A partir de Tananarive, elle traverse le massif central malgache sur un peu moins de 400 km, sur deux voies en bon état jusqu'à Fianarantsoa, capitale du « pays » Betsiléo. Il s'agit d'une route de montagne, aux innombrables virages, allongeant de ce fait la durée du trajet (une dizaine d'heures en moyenne). L'étape suivante est la petite ville d'Ihosy, la porte du grand sud malgache. La route s'étire sur de longues lignes droites, on peut parcourir les 200 km en 2h30. A partir d'Ihosy, il restera 290 km de route secondaire. Peut-on parler de route ? C'est un tracé qui n'a jamais été recouvert, les régions du Sud de Madagascar n'ayant jamais représenté une priorité ni un enjeu quelconque aux yeux du pouvoir central. Elle est faite de pistes sableuses ou pierreuses en ligne droite. La durée du trajet est très variable, selon le type de véhicule, 15 ou 20 heures dans le meilleur des cas pour atteindre Békily.

Photographie 90 : Est-ce une route, un chemin, une piste ?

Sommes-nous dans le désert ? Sécheresse, terre rouge, buissons d'épineux et pierraille, « Békily, c'est tout droit, plein Sud ! » nous signale le chauffeur.



Le dernier itinéraire est l'un des plus dangereux de Madagascar, car sillonné en permanence par les voleurs de bœufs. Quelques routiers courageux l'emprunteront tout de même, par obligation, en tentant de faire abstraction du risque. Certains ne reverront jamais leur famille.

¹⁹⁹ La dénomination RN 7 avait été suggérée durant la période coloniale, par analogie à la « Nationale 7 » française, qui « descend » également vers le Sud.

Tableau 25 : Distances routières de Békily à Tananarive

Trajets	Distance (km)	Etat de la route
Békily – Béraketa	47	Secondaire
Béraketa – Bétroka	125	Secondaire
Bétroba – Ihosy	118	Secondaire
Ihosy - Ambalavao	150	Bitumée
Ambalavao – Fianarantsoa	56	Bitumée
Fianarantsoa – Ambositra	136	Bitumée
Ambositra – Antsirabe	90	Bitumée
Antsirabe – Tananarive	169	Bitumée
Total	891	

Source : IGN, 2010.

Photographie 91 : Troupeaux de zébus.

Ces bovidés se rendent au marché de Békily. Certains iront à l'abattoir. Les troupeaux de bœufs sont plus nombreux que les véhicules sur les pistes du Sud de Madagascar. convoités par les voleurs, ils constituent le principal « capital » de la population rurale.

**b) Isolement loco-régional**

Outre cet isolement national, les deux territoires sont également remarquables par un isolement local et régional total ; ils n'ont aucun lien routier avec les districts voisins, comme nous allons le voir en analysant brièvement les espaces limitrophes. Mandritsara est à la fois le nom du district et de la ville chef-lieu du district. S'il n'y a pas de précision apportée, lorsque l'on cite Mandritsara dans le texte, nous faisons référence au district, la commune urbaine (ville) de Mandritsara sera étudiée en détail plus loin. Cette précision vaut également pour le district de Békily.

- Mandritsara : le grand isolement

Le district de Mandritsara appartient à la région Sofia, une des 4 régions de la province de Majunga. Il en marque la limite sud-est, aux marges de trois grands domaines biogéographiques, longitudinaux (voir Carte 12).

La partie nord de l'escarpement Betsimisaraka, énorme cassure du socle, parallèle à la côte orientale de Madagascar, forme la bordure est du district. Au-delà, le climat est sub-équatorial et la végétation luxuriante. La forêt pluviale se dégrade inéluctablement sous la pression de l'homme. La falaise représente une véritable barrière naturelle, rendant difficile le développement de voies de communication et le déplacement des personnes.

Le Nord des Hautes Terres centrales, au climat tropical d'altitude, marque la limite sud du district de Mandritsara. C'est un paysage de montagnes ou de hautes collines, parsemées de pitons granitiques, comme celui qui borde la ville de Mandritsara, en forme de nez géant, et de plateaux gréseux ou basaltiques très disséqués par l'érosion et à vallées digitées. Ils portent une forêt sèche sur des sols ferrugineux.



Photographie 92 : Ankitsikitsy

Ce piton granitique est le symbole de la ville de Mandritsara. Il a la forme étonnante d'un nez humain et surplombe le lit de la rivière Mangarahara, dont l'étiage est au maximum au mois d'octobre.

La partie ouest du district est située sur le vaste bassin sédimentaire, où domine la savane herbeuse. Les forêts décidues disparaissent peu à peu. Le climat est tropical avec une courte saison sèche. Ce district a par conséquent une situation géographique très originale.

Il est relié à l'extérieur par la route nationale 32, venant d'Antsohihy, ville chef-lieu de la région, à 200 km de la ville de Mandritsara. La route est bitumée sur la majeure partie de son trajet. Elle est néanmoins très dégradée, par des ornières et diverses ruptures, ce qui rend son utilisation en saison des pluies aléatoire et problématique. En saison sèche, il faut compter 5 à 7 heures pour faire ces 200 km. Durant les pluies, la durée du trajet est très variable, de 10 à 24 heures selon la nature du véhicule et son état.

Les deux districts limitrophes, à l'Ouest et au Nord, font partie de la région Sofia, ce sont Port-Bergé sans lien routier direct avec Mandritsara et Béfandriana Nord, traversé également par la RN 32. Ces deux districts sont un peu plus ruraux que celui de Mandritsara, n'ayant pas pour chef-lieu de véritable ville. Ils sont victimes de feux de brousse incessants, occasionnant une forte dégradation de l'environnement.

Au Nord-Est, se situe le district enclavé de Maroansetra. Les liaisons avec Mandritsara se font à pied uniquement, à travers le plateau de Makira, une frontière naturelle : des échanges commerciaux de produits agricoles (girofle, café) se font par ce mode de

déplacement. Un « trafic²⁰⁰ » de pierres semi-précieuses se pratique aussi de façon pédestre. Il n'y a aucun « trafic » sanitaire, le système de soins n'étant guère plus développé dans cet autre district. La ville de Maroansetra se situe au fond de la baie d'Antongil, qui a joué un rôle historique²⁰¹, grâce à son ouverture maritime. Son isolement lui procurait une certaine sécurité. Elle est totalement enclavée. Le climat y est très humide, partagé entre la saison des pluies et la saison pluvieuse. A l'Est, on trouve deux autres districts : Mananara Avaratra et Sonierana-Ivongo. Ils n'ont pas de liaison avec Mandritsara ; le plateau d'Antsiatsiaka en marque la limite physique. Ces districts orientaux sont néanmoins reliés au port de Tamatave par une route côtière, bitumée mais très dégradée, qui traverse de multiples rivières. Celles-ci ne sont pas toujours équipées de ponts, la traversée se fait alors au moyen d'un bac artisanal. Ces trois derniers districts appartiennent à la région Analanjirofo, dont le chef-lieu est Fénérive-Est, petite ville côtière.

Enfin au Sud, c'est le district enclavé d'Andilamena. Il appartient à la région Aloatra Mangoro, où se localise un des « greniers » à riz de Madagascar, autour du lac Aloatra. Lorsqu'on a la chance de pouvoir s'y rendre, c'est l'aventure totale, mais au bout du chemin on peut rencontrer des chercheurs d'or. Il n'y a pas de voie de communication avec Mandritsara. Un no man's land existe entre ces deux districts, autour des plateaux inhabités de Marovoalavo et d'Analamaitso.



Photographie 93 : Pour quelques pépites...

Clin d'œil à nos amis les chercheurs d'or du bout du monde. Ils passent leur journée dans l'eau. La bilharziose a par bonheur épargné cette rivière.

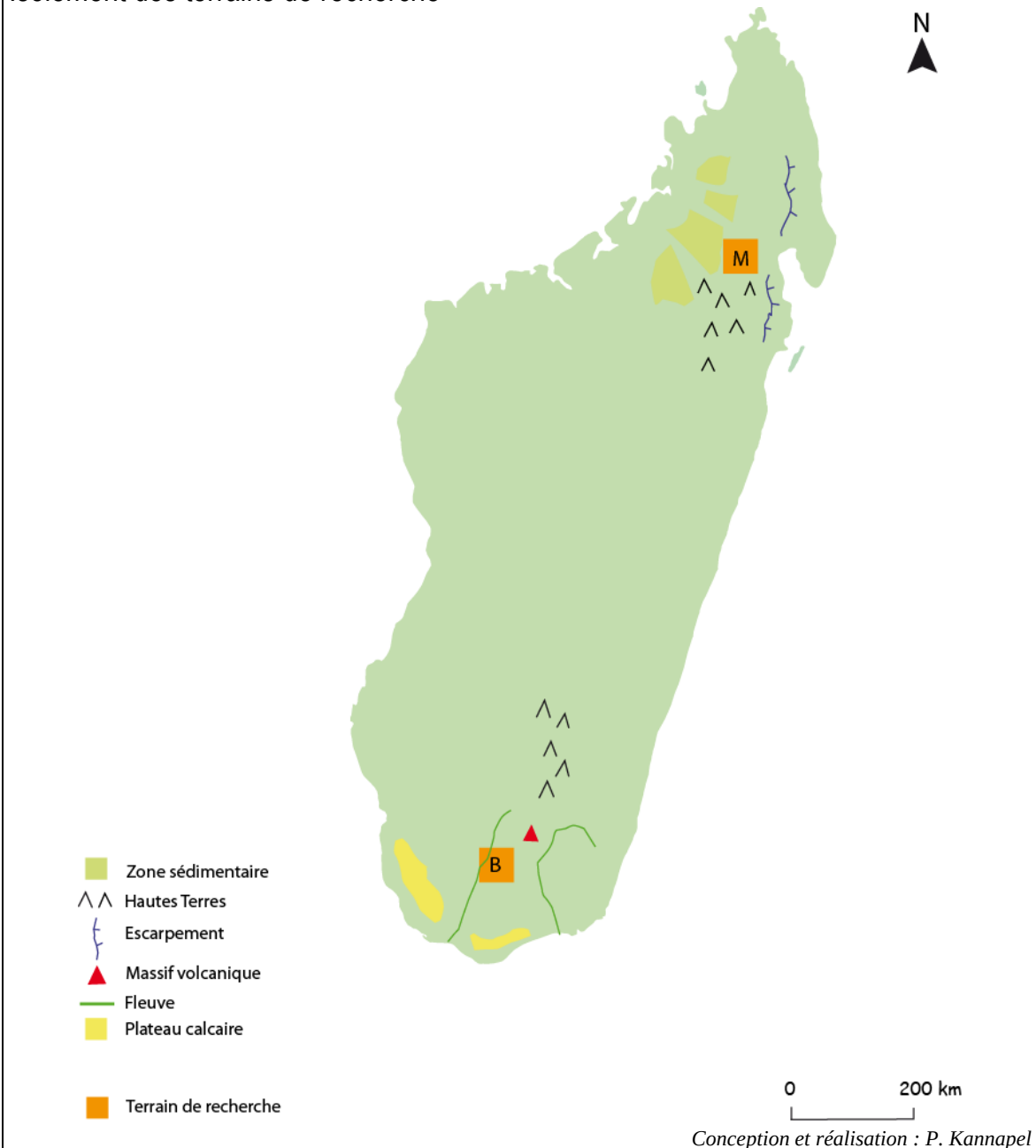
Les limites entre ces districts sont faites de massifs montagneux ou de plateaux. On parle de barrières naturelles, qui ont isolé les populations par le passé, et c'est encore le cas aujourd'hui. Ce fut un choix politique délibéré : isoler pour mieux soumettre. Des planifications de routes avaient pourtant été conçues, notamment via Andilamena, mais finalement elles ne sortiront jamais de terre, on avait préféré garder les populations isolées. Sans route ni autre accès, elles pouvaient difficilement entreprendre des attaques

²⁰⁰ Le terme « trafic » pour les Malgaches, ne fait pas forcément le lien avec un commerce illégal, tous les types de commerces sont ainsi qualifiés.

²⁰¹ Ce fut notamment un repaire pour les pirates qui, au XIX^e siècle, venaient y cacher leur butin.

contre la capitale. C'est aussi une des raisons pour laquelle il n'y a jamais eu de route bitumée dans ces espaces. Les deux districts de Maroansetra et d'Andilamena sont entièrement enclavés. Le premier est néanmoins relié à Tananarive par voie aérienne, au rythme d'une à deux liaisons hebdomadaires. Le district d'Andilamena dispose d'une piste « défoncée », fréquentée de façon saisonnière par des camions collecteurs de riz, vers la ville d'Ambatondrazaka. Tous ces districts périphériques sont ruraux et agricoles pour 95% de la population ou plus. Leur système de soins se calque sur celui de Mandritsara, avec une attractivité probablement moindre pour les personnels de santé (hypothèse ?).

Carte 44 :
Isolement des terrains de recherche



- Békily, le très grand isolement

La situation du district de Békily n'est guère plus enviable, quant aux axes de communication. Il n'y a en effet aucune route bitumée. Békily est aussi le nom de la ville chef-lieu du district.

Békily est un des 4 districts de la région administrative de l'Androy, à l'extrême sud de Madagascar. L'histoire de cette région est peu connue avant l'arrivée des Français en 1642 et les relations écrites d'Etienne de Flacourt²⁰² au nom de la couronne française. Une tentative de colonisation va échouer. Par la suite, elle intéressa les ethnologues, Raymond Decary au début de l'époque coloniale et plus récemment Georges Heurtebize, à partir des années 1970. Ces auteurs nous livrent des récits très complets sur la géographie physique de cet espace, mais aussi sur la société Antandroy. Le « pays » Androy est resté isolé de Madagascar depuis ses origines... la vie quotidienne paraît immuable, rythmée par un élevage bovin extensif et la quête permanente de l'eau. Depuis une quinzaine d'année, des organisations internationales et diverses ONG occupent le terrain. Les préoccupations sont dorénavant d'aider une population vulnérable, victime de sécheresses récurrentes, parfois suivies de famines, et tenter de faire face à l'impuissance (désintérêt ?) de l'Etat central, lui-même confronté à des crises socio-politiques à répétition.

Le district de Békily est cerné de huit districts ruraux, tout autant dépourvus de voies de communication. C'est à notre avis un problème majeur du Sud de Madagascar.

Dans le Sud-Est, on trouve le district d'Ambovombe, où se localise la capitale régionale de l'Androy. Un tronçon routier bitumé permet de rejoindre la ville de Fort Dauphin (110 km à l'Est). Cet axe est très dégradé, creusé d'énormes ornières, le bitume a disparu en de nombreux endroits, laissant la place à une piste sableuse. Il n'a jamais connu de réfection depuis sa création à l'époque coloniale, ce qui ne facilite guère les communications.

Photographie 94 : La pointe Sud de Madagascar, le Sud du « pays » Androy, une région naturelle intacte

Les hautes dunes littorales sont recouvertes d'une végétation adaptée à la sécheresse endémique. Il n'y a pas de port naturel sur cette côte austère. A l'horizon, c'est l'Antarctique.



²⁰² FLACOURT E. de, 2007, « *Histoire de la Grande Isle, Madagascar* », Ed. INALCO-Karthala, Paris, 713 p., texte de l'édition de 1661, annotée, augmentée et présentée par Claude Allibert.

Le district de Beloha marque la limite méridionale de la région Androy. Le littoral de dunes offre des points de vue spectaculaires sur l'océan Indien. Il n'y a que quelques pistes sableuses, dans ce district isolé et aride : la sécheresse y est plus intense qu'à Békily.

Au Nord et à l'Est, les districts de Betroka et d'Amboasary Sud constituent des lieux de repaire et de repli pour les voleurs de bœufs, qui participent à un vaste trafic, parfois sanglant. La région n'est pas sécurisée et la population y vit en quasi-autarcie. La route (bitumée mais abîmée) qui relie Amboasary Sud à Fort Dauphin sur 75 km, serait la plus dangereuse de Madagascar. Le village d'Isoanala, au Sud du district de Betroka et à 40 km au Nord du village de Manakoliva (voir carte 52, page 416), dispose d'un hôpital à vocation chirurgicale (projet semi-privé de coopération italienne), C'est le centre de référence pour les malades de Békily. MSF y conduit des patients en ambulance.

 Une action du PAM dans le Sud malgache : nourrir les élèves (La Tribune de Madagascar du 31 octobre 2014)

Le Programme alimentaire Mondial (PAM), agence de l'ONU, a mis en œuvre depuis 2008 un projet de cantines scolaires dans des villages de deux districts au Sud de Békily, Ambovombe (région Androy) et Amboasary Sud (région Anosy). Ce programme permet de fournir un repas quotidien à plus de 220 000 élèves, cuisinières et enseignants dans près de 1200 écoles primaires des régions Androy, Anosy et Atsimo Andrefana (voir carte 12, page 75). Les cantines scolaires couvrent actuellement 43 % des enfants en âge d'être scolarisés dans ces zones. Ce programme est rendu possible grâce à l'appui financier de plusieurs bailleurs (Banque mondiale, Union européenne, France, Norvège et Canada). La délivrance de repas scolaires permettent d'améliorer l'accès à l'éducation. Ils ont un triple avantage : améliorer l'accès et le taux d'achèvement du cycle primaire, réduire les taux d'abandon scolaire et améliorer les capacités de concentration et d'apprentissage, en réduisant la sensation de faim immédiate chez les élèves. Les cantines scolaires constituent une plateforme pour mener une série d'activités complémentaires telles que la fortification de la ration distribuée, l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'hygiène. Ces initiatives sont mises en place à travers un programme conjoint avec le Bureau International du Travail et l'Unicef. Les cantines scolaires constituent un exemple concret de l'appui du PAM aux efforts menés par le gouvernement, afin d'encourager l'accès à l'éducation des enfants vulnérables et d'améliorer leur sécurité alimentaire et nutritionnelle. Le PAM fournit par ailleurs un appui nutritionnel aux malades du Centre de diagnostic et de traitement de la tuberculose d'Ambovombe. Le nombre des bénéficiaires du programme « alimentation sur ordonnance » est d'environ 350 patients par mois, ainsi que leurs familles. C'est ce même organisme qui nourrit enfin les malades de l'hôpital de Békily.

La rivière Menarandra est une barrière naturelle qui sépare Békily du « pays » Mahafaly. Celui-ci étend vers l'Ouest ses plateaux calcaires. Ils couvrent les districts de Benenitra et d'Ampanihy, vaste région agropastorale qui n'a jamais eu de route bitumée. Il n'y a pas non plus de formation sanitaire d'importance, hormis une modeste clinique privée, à vocation chirurgicale. Un chirurgien retraité a monté ce projet dans le bourg de Fotadrevo, il y a quelques années. Les interventions concernent une petite chirurgie ambulatoire (cure de hernie inguinale, appendicectomie ou césarienne non compliquée, ainsi que de la petite traumatologie). Elle ne représente qu'un recours exceptionnel pour la population de Békily, pour des raisons d'accès, essentiellement : seule la commune rurale d'Ambahita (Nord-Ouest de Békily) est « relativement proche » (40 km de piste à pied ou en charrette à bœufs !).

2. Pauvreté rurale diffuse et consommation de soins : une spirale sans fin

Madagascar est un pays pauvre, tant en ville (RAZAFINDRAKOTO, ROUBAUD, 2010) que dans les campagnes (DROY et alii, 2010). Ce dernier type d'espace nous intéresse particulièrement. L'importance de la pauvreté rurale à Madagascar pourrait se résumer dans deux chiffres : 80 % de la population vit à la campagne et 3/4 de cette population vit sous le seuil de pauvreté (INSTAT, 2006). L'étude de la pauvreté se base sur un système d'information original : les observatoires ruraux²⁰³.

La pauvreté est massive, c'est un fait établi. Néanmoins, les manifestations et les déterminants de cette pauvreté ne sont pas uniformes, liés en grande partie aux situations agro-écologiques variées du pays. L'inégalité de répartition de la population conditionne des systèmes d'exploitation plus ou moins intensifs selon les régions. La population rurale malgache présente une diversité socio-culturelle, avec des groupes de populations ayant une organisation, un mode de fonctionnement et des systèmes de valeur et de représentation spécifiques. Un paysan Tsimihety (Mandritsara) et un éleveur Antandroy (Békily) auront une gestion des ressources et de l'espace fort différente, créant ainsi des paysages et des systèmes d'activités très variés. C'est pourquoi tenter de cerner les caractéristiques et les déterminants de la pauvreté rurale d'une manière générale présente un danger de simplification et de nivellement, en désincarnant la réalité.

Les situations de pauvreté ne sont pas non plus perçues de la même façon selon les contextes culturels : être pauvre pour un Antandroy ne se manifeste pas de la même façon que pour un Betsileo des Hautes Terres. Etre pauvre pour une femme chef de famille n'a pas les mêmes causes ni les mêmes implications que pour un homme.

²⁰³ Il s'agit d'un système d'information original, créé en 1995 par les chercheurs de l'IRD du projet Madio. En 2007, le Réseau des observatoires ruraux (ROR) regroupe 16 sites répartis dans les différentes régions du pays. Les observatoires permettent de faire un suivi de l'évolution des conditions de vie, des activités et des revenus des ménages ruraux sur de petites zones, illustrant des problématiques rurales spécifiques ; les analyses sont répétées annuellement. Un observatoire est situé dans le district d'Ambovombe, voisin de Békily.

a) Des causes différentes pour une seule conséquence. Eléments explicatifs

La pauvreté est une des caractéristiques majeures de la population rurale d'un pays pauvre. Quel est le lien avec le système de soins ? La maladie, à défaut de soins adéquats, peut rendre pauvre. Inversement, l'état de pauvreté contraint à mal se soigner, ou ne pas se soigner du tout, et donc à rester pauvre, car peu productif. Il s'agit avant tout de pauvreté monétaire, enracinée depuis plusieurs décennies. A Madagascar, la cause principale se situe dans les politiques économiques désastreuses menées depuis la période socialiste jusqu'à l'ajustement structurel et la libéralisation (voir chapitre 4). On se trouve aujourd'hui dans une spirale de la pauvreté, de laquelle il est difficile de se sortir. Dans la brousse, la pauvreté matérielle est visible partout. La population ne dispose pas d'argent liquide de façon régulière, et encore, ce ne sont que des petites sommes en très petites coupures²⁰⁴. Il n'y a jamais de dépense superflue. Le budget des familles est consacré en totalité à l'alimentation, un souci quotidien. Nous noterons toutefois que peu à peu les technologies dites « modernes » arrivent à la campagne. Ainsi de plus en plus de personnes s'équipent d'un téléphone portable – les jeunes des zones urbaines en particulier : moyen de communication ou élément pour se distinguer ? Ils se procurent généralement des portables d'occasion, à moindre coût, pour un usage modéré. Certains vont travailler plus pour pouvoir s'offrir ces gadgets, les jeunes filles vont parfois tomber dans le piège de la prostitution. Les zones de brousse ne disposent pas encore de réseau. Le moyen utilisé à la campagne, dépourvue de réseau électrique, pour recharger les batteries de téléphone, est une dynamo manuelle, un système D. Nos observations et rencontres sur le terrain nous conduisent à formuler différentes remarques.

Les agriculteurs les plus chanceux sont propriétaires de petits lopins de terre, qui à chaque génération, subissent de nouveaux découpages. La mentalité rurale incite les enfants à devenir eux-mêmes des cultivateurs, sur des terrains de plus en plus étroits, avec au bout du compte une récolte de plus en plus maigre, suffisant à peine à l'autoconsommation. Dans les campagnes malgaches, hormis de rares exceptions²⁰⁵, les possibilités de travail se limitent *stricto sensu* aux pratiques agricoles. La situation semble figée. Si par bonheur un enfant réussit à s'extraire de ce cercle infernal, en dépit des nombreuses embûches (aller à l'école, malgré les réticences de ses parents) et s'installe en ville dans une situation plus « confortable », le cercle ne sera toutefois pas rompu. La famille restée en brousse exercera toute la pression possible. Elle aura tendance à exploiter cette situation (profiter de la situation ?) en faisant régulièrement appel à l'enfant prodigue, censé par respect lui « prodiguer » des compléments de ressources. L'enfant expatrié en ville verra une partie de son salaire amputée par des envois réguliers d'argent frais à la campagne. L'enfant de la ville sera aussi sollicité pour prendre en charge l'éducation d'un ou l'autre de ses neveux, nièces ou collatéraux. Une bouche de moins à nourrir à la campagne, ça

²⁰⁴ Les billets les plus petits sont de 100 Ariary, équivalents en moyenne à 3 cts d'euro (toutes proportions gardées, car il y a un écart de niveau de vie considérable entre Madagascar et les pays européens).

²⁰⁵ Beraketa (district de Békily), avec ses mines de mica, est la seule exception dans les terrains étudiés. Nous plaçons à part le cas des quelques fonctionnaires.

compte. Une ou deux bouches de plus en ville : ça va compter à la fin du mois. Ainsi le migrant urbain, malgré un salaire correct, n'aura jamais la possibilité de faire des économies et espérer un jour voir améliorée la situation de ses propres enfants. La pression familiale est forte. On nous transmet régulièrement, en 2014, de tels témoignages. Certains jeunes ont compris, par eux-mêmes, que la seule issue se trouvait dans la poursuite d'études pour l'obtention d'un diplôme, afin d'obtenir au final un meilleur emploi que leurs parents (on entrevoit surtout de meilleurs revenus). Ils continuent à fréquenter la campagne, le week-end, pour ceux qui étudient à proximité du village, ou durant les vacances scolaires, pour ceux qui ont rejoint l'université d'une grande ville. On nous raconte comment les parents exercent leur pression (E 28) : « *Quand vas-tu te marier ? – Mais je n'ai que 23 ans, les études passent avant. Est-ce que tu vas nous « donner » des petits enfants un jour ? – J'attendrais d'avoir un bon métier, pour pouvoir nourrir ma famille. Regarde ton frère, à 21 ans, il a déjà 2 enfants, et lui il travaille (à la campagne !). – Mais maman, la vie est dure dans la brousse. Regarde quand sa petite fille a été malade la semaine dernière, il n'a même pas pu acheter les médicaments !* ».

Dialogues de sourds. Les parents sont persuadés de détenir la vérité, le jeune est ambitieux. « *Mes parents ne m'ont jamais soutenu dans mes études, j'ai eu la chance au collège d'avoir un professeur de français qui croyait en mes chances. Elle me répétait de m'accrocher, de travailler dur. Je suis maintenant en 7ème année de médecine à Majunga, mais mes parents n'en sont pas fiers, c'est triste. Ils rêvent en fait qu'un jour je sois fonctionnaire, leur ambition ultime* » (E 24). Le cercle se referme, se reproduit de génération en génération, inexorablement, inéluctablement.

Dans le Sud, d'autres témoignages ont un ton légèrement discordant : « *Moi je crois aux vertus de l'éducation. Deux de mes enfants sont instituteurs. Ma fille a fait des études supérieures à Tuléar, mon fils a eu son bac il y a 5 ans. Mais que sont-ils devenus ? Ils ont bien des postes d'instituteurs dans la brousse, mais les salaires (versés par l'Unicef) sont très faibles. Ils ont peu de chance de devenir fonctionnaires un jour. Alors à quoi bon les études ?* » (E 1).

Si pauvreté et exclusion sont des notions bien différentes, elles ont parfois des liens étroits et se nourrissent l'une de l'autre : « *On est, selon les contextes, pauvre parce qu'on est exclu (d'un statut social inférieur ou affecté d'un handicap), ou exclu parce que l'on est devenu pauvre et dans l'impossibilité de faire face à ses obligations sociales* » (BANERJEE, DUFLO, 2012). Certaines personnes tombent sérieusement malades. Elles deviennent alors improductives, et une charge pour le foyer. S'il s'agit du chef de ménage, cela peut conduire à des catastrophes. Il faudra déjà trouver de l'argent pour régler les frais médicaux. « *Dès que l'on rentre dans la salle du docteur, celui-ci nous demande avant tout si on a de l'argent. Après, il faudra encore payer les médicaments* » (E 10). En espérant que le traitement soit efficace, car toutes les maladies ne sont pas curables médicalement. Si, de surcroît, une opération s'avère nécessaire, il faudra vendre un bœuf, parfois le seul du ménage, voire s'endetter. La pauvreté va alors s'enraciner

durablement dans cette famille. Certains malades peuvent conserver des séquelles, de la fatigue, un handicap, grevant largement l'avenir de la famille : on va solliciter les enfants pour faire le travail de la culture. Ceux-ci vont arrêter l'école et le cycle de la pauvreté risque ainsi de se poursuivre éternellement.

b) Une population rurale philosophe à Békily

La pauvreté rurale est une des conséquences des éléments étudiés précédemment. Dans bien des régions isolées ou enclavées, les habitants ne comprennent pas que l'Etat ait en plus le « culot » de venir percevoir des taxes (c'est le cas pour les bœufs) et imposer des lois alors que celui-ci n'entretient rien, que les écoles ne sont souvent pas pourvues d'instituteurs, que les forces de l'ordre ne peuvent jamais intervenir en cas de danger, soit-disant faute d'infrastructure, sans parler des services de santé bloqués. Inversement, quand une catastrophe touche une région isolée, la population n'attend rien de l'Etat non plus. L'attitude de défiance a au moins le mérite d'être cohérente. L'économie des espaces enclavés a tendance à fonctionner en autarcie, avec une tendance naturelle à la démonétarisation et un retour au troc. Les échanges informels sont ici plus simples que les échanges déclarés : inutile de s'encombrer d'une lourde paperasserie administrative.

c) La privation de capacités et autres concepts de la pauvreté

L'analyse de la pauvreté monétaire est cependant insuffisante pour illustrer la pauvreté des conditions de vie en milieu rural, parfois aussi appelée pauvreté d'existence. Celle-ci se manifeste par l'impossibilité de satisfaire aux besoins essentiels concernant l'alimentation (insécurité alimentaire et déséquilibres nutritionnels), l'accès à l'eau potable et l'accès aux services de santé et d'éducation.

Mais la pauvreté des conditions de vie comporte aussi une composante liée aux préférences des individus, qui sont ancrées dans leur système socio-culturel. Les enquêtes sur la perception de la pauvreté (DROY et alii., 2010) permettent d'appréhender le point de vue des populations sur ce que sont pour elles les domaines de privation les plus graves. Certes, l'incertitude qui pèse sur les moyens vitaux de subsistance, comme l'accès à la nourriture, est le premier et principal souci des groupes de population confrontés à l'insécurité alimentaire. Mais d'autres dimensions essentielles du bien-être sont perçues de manière différente selon les sociétés. Pour certains groupes, la réduction de la mortalité maternelle ou de la mortalité infantile n'a pas une place prioritaire ; il en est de même pour l'éducation. Ces écarts apparaissent d'ailleurs nettement sur les observatoires ruraux de Madagascar : à équipement égal, la fréquentation de l'école ou de la maternité n'est pas la même. Les programmes de développement se heurtent d'ailleurs souvent à ce problème : réduire une inégalité spatiale en termes d'équipement est une condition nécessaire mais pas toujours suffisante pour atteindre l'objectif souhaité.

La pauvreté rurale est diffuse à Madagascar. Elle n'a cependant pas les mêmes déterminants selon les lieux, on constate ainsi que le Sud est le territoire où la pauvreté est la plus intense (DROY et alii., 2010). En plus d'une situation de pauvreté chronique, il

existe une situation d'insécurité alimentaire récurrente. Certaines valeurs accordées aux dimensions du bien-être matériel varient aussi au sein même des sociétés rurales malgaches. Ainsi l'importance du logement est radicalement différente selon les régions. Dans l'Androy (région d'Ambovombe), riches et pauvres vivent dans des cases rudimentaires. Ce qui fait la différence, aussi bien économique que sociale, est le nombre de bœufs possédés, alors que sur les Hautes Terres, la richesse se manifeste notamment par d'élégantes maisons de brique avec un toit de tuile. S'il est utile d'établir des repères de pauvreté et de richesse, parfaitement ancrés dans la culture locale, on voit cependant la difficulté méthodologique ensuite à réaliser des comparaisons entre zones ayant des référentiels différents.

Par ailleurs, si on considère la pauvreté comme une privation de capacités (D'AGOSTINO, DUVERT, 2008), il est nécessaire d'intégrer les choix des populations pour définir les dimensions de la pauvreté qu'il est prioritaire de prendre en compte. Mais cela ne peut être fait qu'à partir d'une enquête participative qui évite les écueils des biais des représentations. Qu'elle soit absolue ou relative, la pauvreté est généralement repérée à partir du revenu : revenu minimum dans un cas, position dans l'échelle des revenus par ailleurs. Or, une vision fondée sur le seul revenu est réductrice. L'économiste indien A. Sen (2000)²⁰⁶ propose d'élargir le champ de définition de la pauvreté par une conception innovante, la notion de capacités. Les économistes appréhendent la pauvreté par sa dimension monétaire. Or, selon A. Sen, l'insuffisance de revenu ne permet pas de la repérer dans sa globalité. C'est pourquoi il propose de fonder la conception de la pauvreté sur la notion de « capacités ». La pauvreté consiste en fait à ne pas pouvoir disposer d'opportunités (« capacités ») pour choisir la façon de mener son existence. Il ne s'agit plus d'un manque de revenu mais d'un défaut de capacité des individus à avoir accès aux ressources et à pouvoir les utiliser pour assurer des « fonctionnements » (des accomplissements physiques élémentaires, comme être en bonne santé, et d'autres de nature sociale, comme participer à la vie en collectivité). L'absence ou l'insuffisance d'opportunités renvoie à la question de l'infériorité sociale : la pauvreté est alors inhérente à l'inégalité.

Pour E. Duflo (2010), mieux comprendre « la vie des pauvres » requiert une nouvelle approche théorique, celle de l'« économie comportementale²⁰⁷ », qui inclut dans ses méthodes d'analyse certains éléments de la psychologie. Dans cette perspective, expliquer les comportements des pauvres vivant dans des pays pauvres exige de multiplier les enquêtes de terrain d'une part (ce seront autant de tests expérimentaux), et d'autre part de prendre en compte trois éléments qui président aux choix décisionnels des pauvres : leur capacité à traiter l'information est limitée (leur information est imparfaite) ; ils n'ont pas la possibilité de toujours faire les meilleurs choix en regard de leurs intérêts à long terme ; enfin, ils n'agissent pas exclusivement en fonction de leurs intérêts personnels, mais aussi

²⁰⁶ Amartya Sen, né en Inde (1933), a reçu le prix Nobel d'économie en 1998.

²⁰⁷ L'économie comportementale « étudie les comportements humains en cherchant à comprendre les motivations des acteurs et en recourant à l'expérimentation en laboratoire pour tester les fondements de leurs choix décisionnels » (D'AGOSTINO, DUVERT, 2008).

de celui de leurs familles et des communautés auxquelles ils appartiennent ou désirent appartenir. La prise en compte de ces éléments, et l'observation des comportements *in situ* permet d'expliquer certains comportements jugés trop souvent anormaux. Par exemple, pourquoi les pauvres ne mangent-ils pas plus quand leurs revenus s'accroissent ? E. Duflo (2010) explique « *qu'ils peuvent consacrer leurs ressources supplémentaires à l'organisation de fêtes pour entretenir les liens sociaux avec leurs familles ou leurs voisins* ». Mais pourquoi n'épargnent-ils pas davantage pour investir ? La même auteure répond « *qu'épargner, c'est disposer de liquidités et de ce fait être tenté de les dépenser pour acheter des biens désirés ou pour aider une ou des personnes à qui il est difficile de « dire non » : savoir que l'on ne pourra pas résister à la tentation de dépenser n'incite pas à épargner* ».

La sécurité alimentaire est définie par la FAO comme « *l'accès des populations, en tous temps et en tous lieux, à une alimentation saine, équilibrée et adaptée aux préférences alimentaires* ». La première condition d'accès est donc que la nourriture soit disponible, soit par la production familiale, soit sur les marchés, y compris dans les zones très enclavées. Mais, même si l'offre existe, il faut que les ménages puissent se la procurer à un prix compatible avec leurs revenus monétaires.

Dans son ouvrage « *Poverty and Famines* », A.Sen (1981) s'est intéressé aux *entitlements*, c'est-à-dire aux dotations des individus (accès aux moyens de production, force de travail, épargne, etc.) et aux possibilités légales d'échange et de distribution qui leur sont offertes en fonction de leurs dotations. Ces dotations, mais aussi les droits à l'échange, sont modifiés lors de certains événements personnels (maladie) ou liés à des aléas naturels comme les sécheresses, ou encore politiques comme les conflits. Ainsi, dans les exemples de l'Inde et de l'Éthiopie étudiés par A.Sen, la famine a eu lieu alors que le déficit de production agricole était faible, et que les régions concernées ne manquaient pas de stocks alimentaires. Mais certaines catégories de populations n'avaient plus la capacité de se procurer de la nourriture. Cette capacité n'est pas uniquement liée aux prix (et donc à la pauvreté des individus), mais aussi et surtout aux droits d'accès à l'échange, fonction de dotations, d'opportunités, de contraintes ou de caractéristiques personnelles. « *Ainsi une personne qui souffre de la faim est une personne dont la carte des droits d'accès s'est réduite, même si l'offre générale de biens alimentaires demeure suffisante* » (DUBOIS, MAHEU, 2009).

Les manifestations les plus extrêmes de l'insécurité alimentaire sont les disettes et les famines sporadiques que l'on rencontre à Madagascar, dans la région d'Ambovombe, mais aussi à Farafangana (Sud-Est malgache). Ces événements se greffent le plus souvent sur une situation d'insécurité alimentaire chronique, qui est observable sur tous les observatoires ruraux, mais qui concerne des groupes de ménages plus ou moins importants. Cette insécurité alimentaire est aussi marquée par une importante saisonnalité, avec une forte réduction de la consommation alimentaire au moment de la soudure annuelle. L'alimentation durant la soudure est donc un bon indicateur du niveau de sécurité alimentaire des ménages. Cette période difficile correspond à des fins de stock

d'aliments de base provenant de la production familiale et persiste jusqu'à la récolte suivante. C'est durant cette période que les travaux agricoles sont aussi particulièrement intensifs, car c'est la saison des pluies. La qualité des travaux, et donc la future récolte, dépendent aussi de la manière dont la main d'œuvre est nourrie durant cette période. A Mandritsara, les récoltes concernent le riz (*vary*), produit une fois par an, sauf dans les rares zones irriguées. Dans le Sud, l'aliment de base est soit la patate douce, soit le manioc, selon les villages. En 2007, les trois quarts des ménages d'Ambovombe (Sud) n'assuraient pas leur couverture alimentaire plus de six mois dans l'année. L'éventuel impact négatif de cette soudure ne peut toutefois être interprété sans les informations complémentaires sur les modifications de l'alimentation familiale.

3. Les faiblesses du système de soins

Le système de soins présente de fortes disparités spatiales dans le milieu rural malgache ; il en est parfois totalement absent. Il est de toute façon insuffisant en quantité et en qualité. On compte en moyenne un médecin pour 11 200 habitants à Mandritsara, et un médecin pour 10 075 habitants à Békily : ce ne sont que des médecins généralistes. En ce qui concerne les spécialistes, un ophtalmologiste et un chirurgien généraliste pour 300 000 personnes à Mandritsara, zéro pour les 175 000 habitants du district de Békily. Quelle est la compétence de ces médecins ? Nous ne saurions la remettre en cause, pour avoir observé leurs conditions de travail excessivement difficiles, et partagé de longues conversations avec eux. Un professionnel de santé nous racontait un jour une anecdote édifiante : *« C'était le mois dernier, ma mère qui vit à Mandritsara, est tombée malade. J'ai décidé de l'emmener au CHU de Majunga. Elle avait mal à l'estomac, je l'ai donc adressée au médecin gastro-entérologue. Déception totale. Il ne lui a rien demandé, ne l'a pas examinée (touchée) non plus, se contentant de prescrire vingt-cinq examens complémentaires. Manque de déontologie total, absence de savoir-vivre, arrogance. Il savait pourtant que j'étais infirmier. Il se moque purement et simplement de ses patients, il est fonctionnaire, une consultation de plus ou de moins ne lui rapportera rien de plus, en terme monétaire. Ce comportement est fréquent de la part des médecins exerçant en ville. Les médecins à la campagne ne pourraient se le permettre, sous peine d'être rejetés par la communauté »* (E 17). Le constat est simple : les praticiens ne sont pas suffisamment nombreux pour faire face à la demande – éventuelle, pour les soins de santé primaire.

a) Des professionnels de santé désorientés

Le système de soins rural souffre de nombreuses insuffisances. Que ce soit à Mandritsara ou à Békily, les densités médicales sont faibles, dans certains espaces ce sera un médecin pour plus de 25 000 habitants²⁰⁸. On demande beaucoup à ces professionnels, qui ne sont pas des surhommes et ne peuvent décemment pas assurer un service 24 h / 24. Leur statut de fonctionnaire complique un peu la donne, altérant leurs motivations ; en effet, qu'ils

²⁰⁸ Par comparaison en France, il y avait 1 médecin pour 1000 habitants en 1950 et 1 pour 400 en l'an 2000 (VIGNERON, 2000).

fassent 10 ou 50 consultations par jour ne leur rapporte financièrement rien de plus. Il faut savoir qu'à Madagascar, les médecins du système public ont un salaire bien plus faible qu'un simple agent de police ou un militaire du grade le plus bas. Où trouver de nouvelles motivations ? Comment trouver des revenus complémentaires ? *« Nous sommes des gens normaux, nous avons des familles, des enfants. Le fait que nous ne puissions vivre tous ensemble augmente les dépenses. Moi, je suis en brousse. Ma femme travaille en ville, un loyer ici, un loyer là-bas, et les frais de déplacement si on veut se voir de temps en temps : tout cela coûte très cher et cela augmente tout le temps. On doit obligatoirement chercher des compléments de revenus. »* (E 5). Les médecins sont des fonctionnaires qui n'ont pas eu vraiment le choix de leur mode d'exercice. *« Il est très difficile d'ouvrir un cabinet privé à la campagne : la population n'aurait pas les moyens de régler les consultations. J'ai quelques collègues installés en libéral à Majunga, la situation n'est pas facile non plus, pourtant c'est une grande ville »* (E 22).

Dans ces deux districts ruraux, on constate une carence de médecins, mais aussi une insuffisance de personnels para-médicaux, quelques infirmiers et sages femmes seulement²⁰⁹, exercent à la campagne. La population a par ailleurs du mal à distinguer ces différents professionnels, quand elle est à la recherche d'un « soignant » au sens large. Il n'y a pas de masseur-kinésithérapeute, pas d'orthophoniste, pas d'opticien. Il existe par contre un et un seul, technicien de laboratoire et un manipulateur-radiologiste par district, ce qui fait peu, rapporté au nombre d'habitants. Mais au bout du compte, *« que vaut un médecin s'il ne peut pas accompagner son diagnostic de prescriptions pharmaceutiques, d'actes exploratoires et chirurgicaux ? »* (VIGNERON, 2000).

Le médecin n'a pas de vision globale de la santé sur son territoire. Il fait de la prévention de façon ponctuelle, au gré des campagnes de vaccination nationales, c'est à dire quand l'Etat va « débloquer » des vaccins. Les vaccins ne sont pas en vente libre en pharmacie car il n'y a pas de pharmacie dans le pays²¹⁰. Les quelques « dépôts de médicaments » officiels ne gèrent pas les vaccins. Comment cela serait-il possible, d'ailleurs : il faudrait pour cela respecter la « chaîne » du froid, difficile à obtenir dans un pays tropical dont l'état routier est si dégradé.

b) Une population qui ne sait plus à quel « saint » se vouer

Il est impossible pour un malade de se faire « suivre » à la campagne. Il peut s'avérer utile, ce devrait d'ailleurs être la règle générale, la moindre des choses pour un malade, en cas de maladie chronique, par exemple, de bénéficier d'un suivi particulier. Cette maladie contraint le patient à poursuivre un traitement quotidien, à faire le point avec un médecin régulièrement : son état de santé demeure-t-il stable, s'est-il aggravé ? Il faut pour cela se faire suivre par un médecin, qui note les différents événements liés à la maladie dans un

²⁰⁹ Les chiffres exacts ne sont pas disponibles, car soumis à des variations incessantes. A noter que sage-femme est une profession paramédicale à Madagascar, alors qu'elle est reconnue comme profession médicale en France.

²¹⁰ Il y a par comparaison 22 000 pharmacies en France. Mais ces deux faits sont-ils comparables ?

dossier médical. Point de cela dans les campagnes malgaches. D'autre part, et ce n'est pas la moindre des parts, les médicaments utiles ne sont pas forcément disponibles, nous l'avons observé à maintes reprises. Que fait le malade dans ce cas ? Eh bien, il laisse la maladie suivre son évolution naturelle, tout en conservant un espoir illusoire de rémission. *« On n'a pas d'argent pour payer le médecin. Quand on consulte le médecin en dehors des heures d'ouverture du CSB, il faudra le payer ; mais parfois on ne choisit pas l'heure de la maladie. Si notre enfant tombe malade la nuit, il faut bien faire quelque chose. Beaucoup d'enfants meurent chaque année dans le village car les gens n'avaient pas osé appeler le médecin »* (E 10). Les malades de la campagne ne sont pas protégés par un système de protection sociale. Tous les habitants de nos terrains sont des agriculteurs. En cas de maladie exceptionnelle et donc imprévue, ils ne peuvent compter que sur eux-mêmes, ou au mieux sur la famille proche. *« Le médecin n'est jamais là. On n'est pas sûrs que le CSB soit ouvert, donc on va chez le guérisseur traditionnel, il habite dans notre quartier, il est toujours disponible, cela nous rend service »* (E 19).

C. ...AVEC CEPENDANT DES NUANCES

Nous avons vu précédemment que la partie publique du système de soins était globalement la même dans nos deux districts, ce modèle sert d'ailleurs de référence sur l'ensemble du territoire malgache. Des nuances, qui en sont en même temps de grosses différences, apparaissent en ce qui concerne l'offre privée et surtout l'avenir à court terme du système de soins en zone rurale. La situation du district septentrional est globalement meilleure que celle du Sud. Ainsi, les conditions de la pérennité des formations sanitaires privées seraient plus favorables à Mandritsara qu'à Békily. Un lien routier, même en piteux état, est déjà un élément positif. L'insécurité dans le Sud est à prendre comme un facteur très défavorable. Le climat très éprouvant du Sud est un autre facteur répulsif à l'installation de praticiens de la santé. La médecine traditionnelle est omniprésente dans le Sud : est-ce de la médecine ? Les usages en terme de recours à cette offre de soins demeurent très vivaces à Békily.

1. A Mandritsara : une offre de soins privée confessionnelle, dans la durée, et une offre privée humanitaire en chantier

a) HVM : implantation réussie

L'Hôpital Voavoa Mahafaly s'inscrit désormais dans le paysage sanitaire du district de Mandritsara de façon pérenne. C'est le seul centre chirurgical du territoire. Il propose par ailleurs des consultations spécialisées en ophtalmologie. Une école de formation de personnels paramédicaux est un autre équipement de choix de cette formation sanitaire, que la population critique d'ailleurs, car le recrutement des élèves se fait à l'échelle nationale. Seul établissement dirigé par la religion baptiste à Madagascar, il dispose de moyens financiers importants, lui permettant d'effectuer des évacuations sanitaires vers la capitale par voie aérienne. Il réalise par ailleurs des missions de vaccination dans des territoires enclavés, en partenariat avec l'Etat. L'hôpital souffre globalement d'un

problème de recrutement. *« Il nous faut régulièrement faire appel à des médecins étrangers. Ils arrivent pour des missions courtes, de 4 ou 6 mois, ce n'est pas forcément l'idéal pour le suivi des malades ou pour des actions de santé publique. Nous ne sommes que 4 médecins malgaches présents depuis les origines de ce projet »* (E 27). L'étude détaillée de cette structure a été faite par ailleurs (chapitre 6).

b) Santé Sud²¹¹ à Mandritsara

La plus importante ONG sanitaire du Sud de la France, œuvre au niveau international depuis 1984, au service du développement sanitaire et social, auprès des personnes les plus vulnérables : enfants, handicapés ou souffrant de maladies chroniques graves, populations rurales isolées, personnes stigmatisées, orphelins, femmes enceintes et nouveaux-nés... Elle a mis en place des projets de formation de personnels sanitaires et médico-sociaux dans 30 pays avec une devise unique : « Agir sans remplacer ». Avec un budget annuel de 2,6 millions d'euros, Santé Sud emploie une cinquantaine de personnes, dont la majorité dans les représentations nationales de pays en développement, et envoie chaque année plus d'une centaine de missions bénévoles, réparties sur trente corps de métiers. Elle intervient à la demande des autorités sanitaires d'un pays (Ministère de la santé, responsables régionaux) pour soutenir le développement sanitaire d'une région, en proposant des actions d'amélioration de l'organisation et de la qualité des soins offerts dans les structures sanitaires (dispensaires, hôpitaux de district ou régionaux). L'ONG réalise une étude préalable et élabore, en liaison avec les autorités sanitaires, un programme d'action couvrant les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Elle travaille avec les responsables et le personnel des établissements de soins de différents niveaux, à l'identification des besoins des personnels concernés et à l'élaboration d'un projet de santé et à sa mise en œuvre. Sur cette base, elle assure la formation des professionnels de santé, permettant la diffusion de nouvelles compétences.

Cette ONG a également la particularité d'accompagner l'installation de jeunes médecins, dans les campagnes les plus isolées, voire enclavées, spécialement là où il n'y a pas de couverture sanitaire. Elle agit en collaboration avec le ministère de la santé publique du pays concerné. Elle a conçu et mené à bien, depuis 1989, un programme original et efficace d'installation de médecins généralistes communautaires (MGC) en milieu rural. Ce programme était né d'un constat : la coexistence, dans de nombreux pays, d'une forte proportion de jeunes médecins sans emploi en ville, et de déserts médicaux recouvrant 60 à 80% de la population, en zone rurale. Santé Sud s'est ainsi lancée dans une expérience visant l'accompagnement de jeunes médecins maliens, dans leur installation en milieu rural. Cette initiative a été évaluée et validée par l'OMS en 2008, confirmant la pertinence de cette nouvelle stratégie. Après le Mali, l'ONG s'est tournée vers Madagascar, le Bénin

²¹¹ Association reconnue d'utilité publique (ARUP), elle fait figure de modèle, notamment pour son action originale visant à soutenir les médecins de campagne. Santé Sud a récemment reçu le prix de la Transparence Associative et le prix de la coopération internationale du HCCI. Les rapports d'activité des MGC sont à consulter dans l'ouvrage de D. Desplats et C. Razakarison (2011).

puis la Guinée en 2013. L'arrivée de ces nouveaux médecins répond en général à une demande de la population. Chaque médecin couvre une aire d'au moins 10 000 habitants, avec un impact fort sur le niveau de santé des habitants : baisse des taux de mortalité maternelle et infantile, prévention des épidémies etc. Ces médecins de campagne, organisés en association, constituent en outre un réseau de solidarité professionnelle capable de mener des activités novatrices et de mieux prendre en charge les maladies chroniques.

Concernant Madagascar, l'ambition est d'offrir une meilleure couverture sanitaire à 600 000 habitants, répartis dans sept régions (sur les 22 que compte le pays). L'ONG bénéficie du soutien de partenaires opérationnels comme l'AMCM²¹², le ministère de la santé publique et MG France²¹³, l'Agence française de développement et diverses fondations. 80% de la population malgache vit en milieu rural, et comme nous le verrons dans le chapitre suivant à propos de nos terrains, la majorité d'entre elle n'a pas accès aux soins, en raison de l'éloignement ou de l'enclavement, une cause de nombreux décès évitables. Santé Sud souhaite lutter contre cette situation. Dans les régions difficiles d'accès, la présence d'un médecin compétent permet à priori, non seulement de régler sur place de nombreuses urgences quotidiennes (accouchements, traumatologie diverse et autres fièvres ou diarrhées aiguës), mais aussi de pratiquer un suivi régulier des malades chroniques. L'objectif ultime est de pérenniser les installations de 18 médecins dans trois provinces (Tananarive, Majunga et Tuléar). Selon l'ONG, une informatisation des dossiers des malades est en cours, grâce à un logiciel développé spécifiquement à cette pratique. L'ONG déclare que la majorité des femmes vivant dans les zones de responsabilité d'un MGC sont suivies durant leur grossesse, et bénéficieront d'un accouchement médicalement assisté. Elle propose en outre un partenariat avec le Réseau Epilepsie Madagascar (REM) ; en effet, cette maladie est souvent vécue comme un maléfice dans les zones rurales. Les malades, sans suivi ni traitement possible, sont stigmatisés et victimes d'exclusion sociale. La prévalence de cette affection varierait entre 10 et 15 malades pour 1000 habitants.

Que pensent les médecins de leur nouvelle situation ? Comment se passe le quotidien, loin de tout accès à l'eau et à l'électricité ? Avec quelle source d'énergie fonctionne leur logiciel ? Un MGC est arrivé dans le district de Mandritsara (commune rurale d'Ankiabe Salohy²¹⁴) en décembre 2013. Nous n'avons pu nous rendre dans cette commune, pour des raisons pratiques d'accès, mais selon des habitants, le médecin serait toujours en place un an plus tard. Notre analyse est un peu plus nuancée. Santé Sud finance l'installation du médecin (mobilier, immobilier et équipement médical minimum). Comment se passe l'approvisionnement en médicaments ? Une des missions du médecin est-elle également de pratiquer des vaccinations ? Comment se pratique la rémunération ? Où et comment a-t-il été recruté ? Le travail ne manque pourtant pas pour les médecins, si

²¹² Association des médecins communautaires de Madagascar.

²¹³ Syndicat de médecins généralistes français.

²¹⁴ On trouvera les références de cette commune, en termes de situation et d'accès, dans les chapitres 5 et 7.

peu nombreux à Madagascar ! Quelle est sa connaissance du terrain ? Sait-il ce qui l'attend dans sa pratique quotidienne avant de signer un engagement avec Santé Sud (on incite les jeunes médecins à s'engager pour une durée minimale de 5 ans) ? Nous avons découvert cette activité à la fin de notre travail de terrain, sans pouvoir l'approfondir. Il s'agit malgré tout d'une offre de soins innovante et supplémentaire, dans cet espace largement carencé sur le plan sanitaire. Un petit caméléon en période de croissance ?

2. A Békily, une offre de soins humanitaire non pérenne et une offre confessionnelle stable

La présence confessionnelle est ancienne dans le Sud malgache. Outre des actions sociales, elle assure aussi des missions sanitaires. Afin de faire face aux carences structurelles de l'hôpital public de Békily, le « privé humanitaire à but non lucratif » est venu s'y installer. Est-ce une situation ordinaire ? Ordinaire, dans de nombreux pays défavorisés (hors situation de conflit armé), signifie précaire. Les organismes privés sans but lucratif sont souvent là pour parer aux déficiences du service public et apporter un minimum d'assistance sanitaire à une majorité de la population, qu'elle soit rurale ou urbaine.

a) MSF à Madagascar : dix-huit ans de présence ininterrompue

MSF est présent sur le terrain malgache depuis de longues années, dont une période continue de 18 ans (1987-2005). Les projets furent très variés. Ils concernaient les enfants des rues, les mineurs en institution ou en prison, les urgences nutritionnelles ou une réponse à des catastrophes naturelles. 1987 est l'année d'ouverture d'un programme « Urgence dans le grand sud » puis d'un soutien technique dans la province de Tuléar (vaccinations, relance des laboratoires d'analyse médicale). L'année suivante sera le début des projets urbains, dans la capitale notamment : soutien des structures existantes, pendant cinq ans. En 1993, MSF ouvre le programme « Enfants vivant dans la rue » : prise en charge médicale des enfants et mise en place d'un réseau de solidarité. 1994 : ouverture d'un programme dans les prisons et les centres de rééducation pour mineurs. L'ONG quitte le pays en 2006, mais sera de retour en 2009, suite à la grave crise politique. MSF était présent dans le Sud de Madagascar au début des années 2010, pour offrir une aide d'urgence à des populations victimes d'une grave épidémie de paludisme. Notant l'état de dégradation avancée du centre hospitalier de la ville de Békily, seule structure hospitalière dans tout le district²¹⁵, l'ONG va décider de mettre en place un vaste plan de réhabilitation de cet hôpital, sur le plan immobilier mais aussi sur le fonctionnement pratique des services. Un certain nombre de professionnels de santé furent recrutés (médecins, infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire). L'entreprise s'avérait colossale, mais au bout de deux années d'efforts, en terme de ressources, humaine et

²¹⁵ 175 000 personnes se retrouvaient privées de soins hospitaliers et les formations rurales ne fonctionnaient guère mieux.

financière, le résultat fut spectaculaire et un hôpital fonctionnait à nouveau. Quelle est la pérennité de ce programme ?

b) Un dispensaire confessionnel

Les missions religieuses, surtout catholiques, outre des actions sociales, gèrent des dispensaires tenus par des infirmières religieuses. C'est le cas dans la ville de Békily : le dispensaire est situé sur le terrain de l'église catholique, en plein centre de la commune. Un service quotidien de consultations est assuré et un petit laboratoire permet des dépistages pour le paludisme, la bilharziose et la lèpre. La structure est dotée d'un dépôt de médicaments, achetés sur le marché local, soigneusement géré. Les principaux médicaments sont des antibiotiques et des antiparasitaires. Les dons divers apparaissent comme un complément appréciable. Une participation financière forfaitaire (la consultation plus les médicaments) est demandée pour chaque traitement prescrit, la forme orale étant globalement plus chère qu'un traitement injectable. Par ailleurs, les enfants bénéficient d'un tarif spécial, moindre que celui des adultes. Le paiement peut être différé, mais le débit est consciencieusement noté sur un registre ; le malade est invité à venir payer plus tard, selon ses possibilités. Enfin, l'appréciation de l'état d'indigence est à la discrétion de la sœur.

Avec le temps, la population a parfaitement intégré le principe du paiement forfaitaire : le dispensaire existe depuis plus de soixante ans. Les excédents budgétaires sont consacrés au rachat de médicaments et au salaire d'une aide-soignante non religieuse. L'état d'esprit de cette activité est sain, sans esprit de concurrence avec les formations publiques. Le but est évidemment non lucratif.

3. Et à l'avenir : beaucoup d'espoir à Mandritsara

A Mandritsara, une offre de soins en devenir, une éclaircie, semble se dessiner dans le ciel sombre du système de soins. A Békily, y a-t-il un statut quo ou est-ce une régression ?

a) Une saine ambition ici et une dérive malsaine là

A l'inverse d'une jeunesse occidentale gâtée mais sur la voie de la décadence (ruptures familiales, décrochage scolaire, addictions à diverses drogues ou aux nouveaux réseaux de communication virtuelle, départs pour le djihad, en quête d'idéal ?), quelques jeunes malgaches sont motivés et ambitieux. Que dire « *de la stupidité consumériste des générations actuelles, de la vulgarité des loisirs modernes, de la pauvreté des centres d'intérêt et des goûts des jeunes occidentaux ? La platitude de leurs idées, leur comportement moutonnier et leur incurable philistinisme (...)* »²¹⁶ ne peuvent servir de modèle sérieux pour une jeunesse en souffrance, mais pas pour les mêmes raisons : à Madagascar, les jeunes n'ont pas la garantie de manger chaque jour. On parle bien de

²¹⁶ MINIER B., 2013, « *Le cercle* », POCKET, Paris, 790 p.

deux « mondes » que tout oppose, en 2014, le premier en décroissance ou décomposition, avec des générations qui se renouvellent à peine, le second plein d'espoir de croissance. Un jeune malgache apparaît très mature depuis sa plus tendre enfance : il a déjà eu de nombreuses responsabilités : participation aux travaux des champs ou domestiques (aller chercher de l'eau, faire sa lessive, la vaisselle, apporter des soins à un enfant plus jeune). Il a souvent traversé un drame, la mort d'un parent ou de sa petite sœur... Par les temps de crises que traverse le pays, son avenir reste pour le moins incertain, improbable. Un espoir pour certains est l'engagement dans une école de formation professionnelle paramédicale. Celle-ci prépare aux métiers d'infirmier généraliste, de sage-femme, de technicien de laboratoire ou d'infirmier anesthésiste.

b) Un recrutement quasi-exclusif dans les campagnes

Depuis le mois de novembre 2013, plein de petits caméléons sont en gestation dans la région de Mandritsara. Mais que se passe-t-il donc là-bas ? Une école de formation paramédicale a ouvert ses portes, au sein d'une clinique privée, dans la ville d'Antsohihy, chef-lieu de la région Sofia (voir carte 13, page 75). L'initiative en revient au directeur de la clinique, médecin et président de l'Ordre régional des médecins. Il est bien placé pour connaître l'insuffisance des ressources médicales dans sa région. Il rencontre régulièrement tous les médecins de campagne, qui lui remontent des informations en ce sens : « *on est incapables de prendre en charge la santé de toute la population* » nous a-t-il indiqué un jour. L'idée a germé et le projet a pu se concrétiser. Il a fallu auparavant remplir un lourd dossier administratif d'agrément auprès des autorités sanitaires du pays. Le premier but affiché fut de recruter des élèves dans chacun des districts de la région Sofia, tous exclusivement ruraux d'ailleurs. L'établissement scolaire est privé, il faut pour l'élève verser chaque mois des frais de scolarité²¹⁷. Ce fut un premier obstacle : imposer des privations à sa famille pendant trois ans. La première promotion comporte 75 élèves, sélectionnés par concours et entretien, au niveau baccalauréat. Le cursus est de trois ans, les cours se font dans la langue française, habitude qui perdure dans les facultés de médecine aussi. Le directeur assure une partie de l'enseignement : il poursuit ses activités médicales dans la clinique, en parallèle. Il a même le temps de suivre des formations professionnelles : il a pu obtenir un diplôme d'échographie et prépare actuellement une capacité en chirurgie réparatrice. Les autres intervenants, dispensateurs de savoir, sont les médecins de l'hôpital public et quelques infirmiers de la ville. L'année universitaire dure 10 mois, de début novembre à fin août et se partage entre cours théoriques et stages pratiques, dans toutes les formations sanitaires de la région. Le programme de l'enseignement théorique est calqué sur celui des écoles d'infirmiers françaises. Dès la première année, les élèves doublent des gardes au service d'urgence de la clinique. Celle-ci est aussi équipée d'un laboratoire, lieu de stage obligatoire pour chaque élève. Ils ont tous été admis dans l'année supérieure. Une seconde promotion de 82 élèves, dont 32 originaires de Mandritsara, a fait sa rentrée en novembre 2014.

²¹⁷ Le montant s'élève à l'équivalent de 25 euros, somme astronomique pour une famille d'agriculteurs malgaches.

c) Désir de s'assumer dans sa communauté

La préoccupation actuelle et légitime de la direction est d'organiser la « sortie des élèves », c'est-à-dire de réfléchir au moyen de les répartir sur le territoire de façon harmonieuse. Spontanément, la plupart souhaiteraient repartir exercer dans leurs villages d'origine, intention louable au demeurant, ils nous ont tous fait part d'un grand manque de professionnels de la santé dans leurs communes respectives. On nous a déjà sollicités pour apporter une aide géographique précieuse (ou « comment faire de la géographie de la santé utile ? »). La sortie de la première promotion sera un test grandeur nature. Quel infirmier dans tel village, quelle sage-femme dans tel autre ? Un sujet préoccupant reste la rémunération de ces professionnels, il s'agira d'être compétent, pour fidéliser la population et l'amener à régler ses consultations, car ces nouveaux professionnels vont travailler dans le secteur privé bien sûr ! Nous avons déjà commencé à réfléchir au moyen de faire cette répartition, en cabinets de deux ou trois praticiens, ce qui permettrait de faire face à des absences et d'assurer une meilleure continuité des soins. Mais nous sortons là de notre sujet. Nous avons eu la chance d'assister à toutes les étapes de ce projet et assisté à l'éclosion de cette école. La ville d'Antsohihy se trouve en effet sur notre chemin vers le district de Mandritsara.

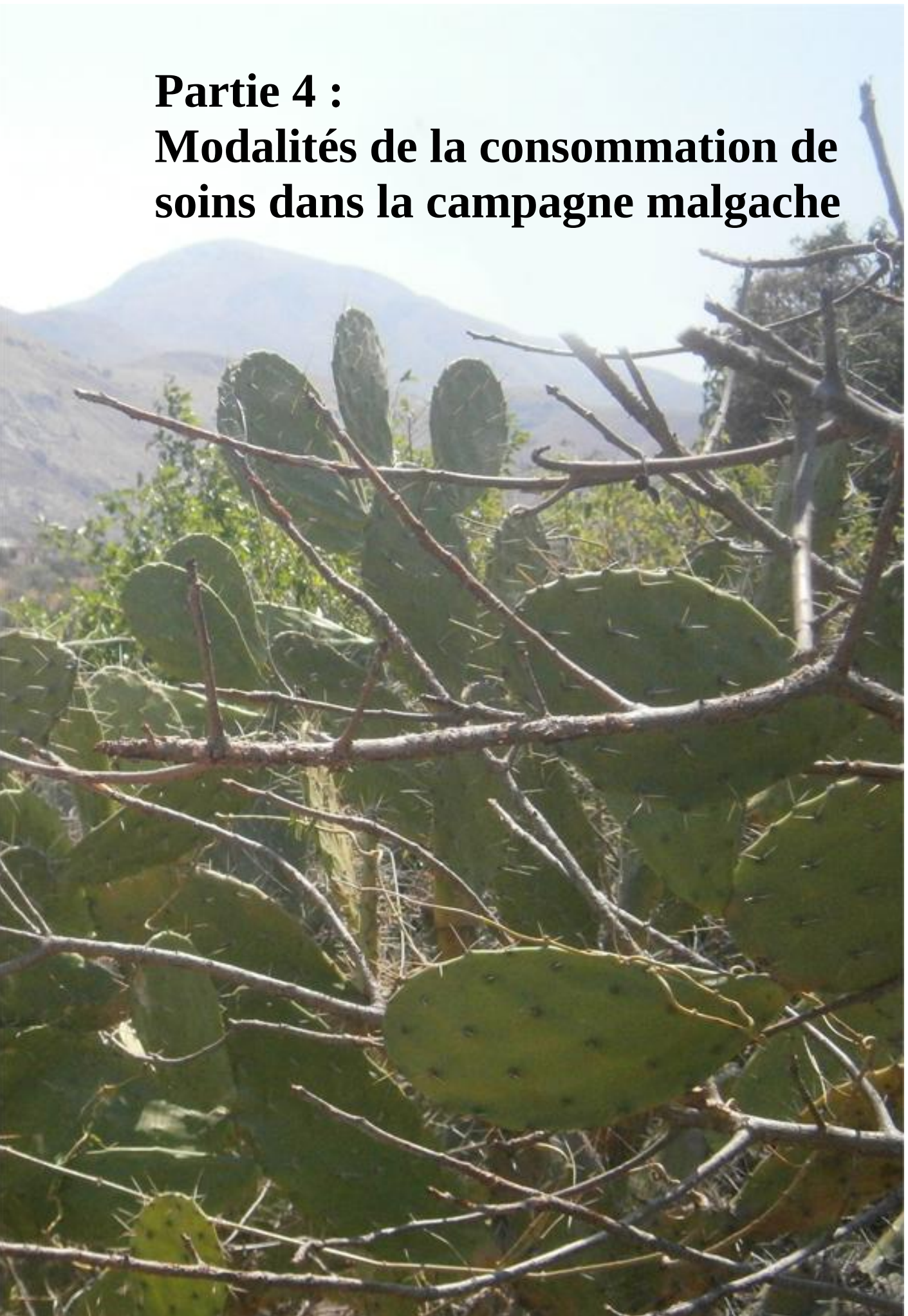
d) Mode

Un second établissement de formation paramédicale fonctionne à Antsohihy. Dirigé par un infirmier, les ambitions d'investissement territorial ne sont pas clairement définies. Deux écoles dans une région de plus de deux millions d'habitants, ce n'est pas du luxe. Simultanément, une quantité incroyable d'écoles a fleuri dans le paysage sanitaire malgache, et ce, dans de nombreuses régions ; il y en aurait plus d'une dizaine dans la capitale, cinq à six dans la ville de Majunga, simple effet de mode, ou désir réel et sincère des promoteurs d'améliorer la santé publique ? On entend déjà des rumeurs à propos de corruption dans certains établissements, les diplômes seraient mis à la vente... L'Etat a réagit vivement en instaurant un examen de fin d'études, commun à tous les étudiants. Personne n'est venu dans la région Androy. Décidément, le district de Békily est maudit !

Nous verrons dans la troisième partie les autres défauts et travers du système de soins public. Comment fonctionne-t-il sur les plans de l'accès, des pratiques et des représentations ? L'essor d'un secteur privé de la santé serait-il la seule solution pour améliorer la santé de la population malgache ?



Partie 4 : Modalités de la consommation de soins dans la campagne malgache



Dans la seconde partie de ce texte, nous avons tenté d'appréhender les besoins de santé de la population rurale de Madagascar, par des approches globales sur le pays, et des « percées » sur nos terrains de recherche. Nous avons proposé dans la partie suivante une analyse comparative du système de soins dans deux espaces ruraux. Il convient à ce stade de se poser la question de l'efficacité du système de soins : est-il capable de satisfaire la population, c'est-à-dire de répondre à ses besoins de santé, en offrant des soins de base à minima?

Introduction à la quatrième partie

Qui peut connaître les vrais besoins de santé d'une population, où que ce soit dans le monde ? Les pays dits « riches » ont à priori des moyens d'investigation illimités pour procéder à des mesures exactes, ou du moins se rapprocher au plus près de la réalité. Ils ont à leur disposition un ensemble d'outils statistiques performants. Pour atteindre ces objectifs on se base sur deux données majeures (TONNELIER, VIGNERON, 1999) : la mortalité et la morbidité en population générale. Ce ne sont pas des indicateurs, mais des données brutes. En dispose-t-on aujourd'hui ? Prenons par exemple le cas de la France. Les décès font l'objet d'une déclaration obligatoire : un certificat médical en bonne et due forme, sur lequel figurent la cause du décès et les circonstances ayant abouti à la mort, est établi par un médecin. Cela permettra l'enregistrement officiel du décès. Ces données sont disponibles. La situation est moins nette en ce qui concerne les valeurs de morbidité. Est-ce que TOUS les diagnostics de TOUTES les personnes qui consomment le système de soins (et il y en a beaucoup²¹⁸ !) sont répertoriés ? La réponse est non. On connaît néanmoins les chiffres de la morbidité hospitalière. Toutes les personnes qui fréquentent les services hospitaliers sont enregistrées dans un dossier anonyme, transformé en valeurs numériques ; cette nouvelle activité est d'ailleurs très chronophage pour les personnels de soins. On sait ainsi que les pathologies les plus graves, dégénératives et de surcharge, et leurs conséquences, sont très nombreuses, elles retiennent même l'attention particulière des géographes (SALEM et al., 2000 et 2006). Mais toute la population ne souffre pas de cancer ou d'accident vasculaire. Combien de personnes ont de l'eczéma ? Combien de personnes sont « fatiguées » ? Combien souffrent de lombalgie ou de névralgie ? Le mystère est total. On ne connaît donc que partiellement les vrais besoins de santé de la population française. Une partie de la réponse pourrait se trouver dans la consommation de médicaments : dans telle région, combien sont vendues de boîtes de somnifères chaque mois ? On ne saura pas par contre si ces médicaments ont réellement été consommés. Des biais apparaissent cependant, liés à la consommation sur le Web, un des nombreux travers de la chose informatique.

²¹⁸ Un médecin généraliste installé en libéral consulte une moyenne de 30 patients par jour (les jours ouvrables). Il y a 69 226 médecins généralistes exerçant exclusivement en privé en 2014 en France (<http://insee.fr>). Cela fait beaucoup de consultations chaque jour. Elles sont notées scrupuleusement dans le dossier médical du patient, mais en aucun cas le médecin ne fait « remonter » les informations auprès de l'administration. Personne ne peut donc savoir les motifs de consultation ou les diagnostics globaux d'une clientèle.

Par opposition, quelle est la situation dans un pays pauvre ? Nous avons vu précédemment qu'à Madagascar seule la ville de Tananarive possède un bureau fonctionnel d'enregistrement des décès. La campagne devra encore attendre pour en disposer : les décès y sont bien enregistrés dans les mairies, mais la déclaration se fait simplement par la famille, sans mention de diagnostic médical. Il faut savoir aussi que certains décès ne seront jamais déclarés, notamment ceux des très jeunes enfants. Par ailleurs, tous les médecins de brousse sont tenus à des déclarations mensuelles de l'activité du CSB (voir l'analyse critique proposée dans le chapitre 3). Il en est de même pour tous les services hospitaliers. Nous disposons donc de beaucoup de données de morbidité..., habilement rangées dans des fichiers informatiques, mais pour quel traitement ? Une autre façon de connaître les besoins est d'examiner des rapports de mission. Par exemple, dans le district de Békily, des équipes mobiles de MSF²¹⁹ étaient en place jusqu'en avril 2014 (voir Chapitre 8). Les données sont précises et riches d'enseignement. Une dernière manière d'apprécier la morbidité en un lieu est de faire des enquêtes avec des projections statistiques (INSTAT, 2006). Nous avons abordé ce sujet par ailleurs.

L'offre de soins est rare dans les espaces ruraux malgaches, elle est presque invisible, on la voit peu, camouflée comme un caméléon apeuré. Une grande partie de la population n'a jamais eu de contact avec un « représentant » de la biomédecine (observations personnelles). Quels sont les liens de la population avec les structures sanitaires existantes ? Le contact patient-praticien est fondamental, il est à la base d'une santé de qualité. Nous étudierons les relations soigné-soignant dans différentes dimensions. La consommation de soins est conditionnée par plusieurs facteurs. Pour qu'une population consomme des soins, il faut dans un premier temps qu'il y ait une structure de soins à sa disposition, ou tout au moins à une distance raisonnable. La seconde condition est que l'on puisse y accéder. Dans les campagnes, le système de soins est difficilement accessible. Nous en ferons la synthèse pour nos deux districts, suivie du récit de deux itinéraires thérapeutiques rocambolesques (Chapitre 7). « *Dans toute société, la maladie, et plus globalement la santé, donnent lieu à la production de « pratiques de santé»* »²²⁰ (GOBATO, 2003). Elles peuvent se lire à différents niveaux du réel, depuis la relation de face à face soignant-soigné, qui constitue le plus petit élément du social, jusqu'à des niveaux macro-sociaux, comme les structures politiques (éléments de politique nationale et internationale), économique (ressources humaines et matérielles dont dispose une société), sociale (tant dans l'ordre des représentations du monde, du corps que de la maladie). Les pratiques des professionnels de santé, en terme de disponibilité, seront abordées, mais aussi celles des patients. En milieu rural, on observe différentes formes de pratiques, certaines sont même « fantaisistes » (Chapitre 8). Il conviendra ensuite d'être motivé pour consulter un professionnel des soins, ou tout au moins avoir conscience de sa

²¹⁹ Nous avons « inclus » la mission de MSF à Madagascar dans le système de soins malgache.

²²⁰ Déclinées sur un axe qui s'étend de politiques de promotion du bien-être, de conditions favorables à une « meilleure santé » des populations, à la prévention face à divers risques, jusqu'aux pratiques de prise en charge thérapeutique ou plus spécifiquement de soins curatifs, sans négliger les pratiques quotidiennes les plus ordinaires d'attention à sa santé. Elles concernent autant les professionnels que les non-professionnels.

maladie ou de son état de souffrance ; comment les personnes se représentent-elles la maladie, ou du moins un état de mauvaise santé ? Le sens de la maladie n'est pas universel. Y a-t-il des significations particulières dans les campagnes malgaches ? Nous avons travaillé dans deux espaces très différents d'un même pays. La maladie a-t-elle la même signification au Nord et au Sud de Madagascar ? Nous proposons une courte étude inspirée de l'ethnologie géographique, un travail de terrain original. Nous avons partagé quelques temps la vie d'une famille de Mandritsara et le quotidien d'un petit hameau isolé dans la brousse de Békily (chapitre 10). Nous verrons comment la population se représente le système de soins (le contact avec un professionnel de santé). Nous aborderons d'autre part les représentations mentales des professionnels de la santé, en situant le chercheur dans ces interrelations.

Chapitre 8 : L'accessibilité aux soins en milieu rural malgache

Nous avons noté les faiblesses structurelles du système de soins (chapitres 5 et 6), il y a même parfois de réelles carences. Le milieu rural malgache est particulièrement déshérité sur le plan des communications terrestres. Le réseau routier, quand il existe, est dans un piteux état. Mais l'accès physique est-il la seule contrainte ? L'accès financier est une autre dimension à prendre en compte.

A. CADRE CONCEPTUEL

L'**accès** au système de soins est une notion fondamentale pour rendre compte de sa capacité à satisfaire les besoins de santé de la population. Une personne est malade, mais elle ne peut accéder à un soignant. La raison peut être tout simplement financière. Quelle est la capacité financière de la population concernée ? Il peut ensuite s'agir de l'accès physique ; le centre de santé est très éloigné du domicile du malade, il n'y a pas de réseau routier, ou celui-ci est en mauvais état. Il n'y a pas de transport régulier pour se déplacer, ni public, ni privé. On parlera alors d'**accessibilité** au système de soins. L'accessibilité concerne les personnes malades, les professionnels de santé mais aussi le chercheur. Comment est-il possible de se rendre sur un terrain de recherche en l'absence de route ? Avant de rentrer dans les détails du terrain, il nous a paru évident de préciser les différents aspects de la notion d'accès aux soins.

1. Un cadre conceptuel multiple

M. Malengreau (2005) résume les contours du concept d'accès aux soins par cette formule : « *L'accès aux services de santé est une problématique complexe et spécifique à chaque contexte* ». La notion d'accès aux soins occupe une place centrale dans l'étude du système de soins. C'est un des éléments de sa structuration, et il est déterminant pour son fonctionnement. Nous allons dans un premier temps analyser les aspects théoriques de ce concept, pour mieux les mettre en relation avec la pratique dans les espaces ruraux malgaches.

a) Accès ou accessibilité ?

La littérature consacrée à ce concept est abondante, le signe que cette notion intéresse les chercheurs en sciences humaines, sociales et médicales, traitant de la santé au sens large et des services de soins en particulier. De quoi parlons-nous, accès ou accessibilité ? Ces deux termes sont-ils synonymes ? Nous citerons tout d'abord une définition générale et brève du concept d'**accès** aux soins, proposée par H. Picheral (1996), comme « *l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. La géographie des soins repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité* ». L'**accessibilité** peut être considérée comme la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment. Si l'accès est une réalité mesurable, par la fréquentation ou l'usage du système de soins, l'accessibilité est une notion plus théorique, considérée comme le potentiel d'accès à un service.

Puisque le concept d'accès est si important, on comprend mieux la multiplicité de ces définitions, d'une taille parfois étroite mais d'autres fois extrêmement large. J. Frenk (1992) indique à juste titre qu'une revue de la littérature à ce sujet laisse l'impression d'un « *inextricable réseau de mots et de significations* ». Il expose bien quelques approches sans établir un cadre conceptuel unifié. Certains auteurs ne font pas de différence entre les termes accès et accessibilité, voire disponibilité. L'accès peut être considéré du point de vue des usagers ou de celui des ressources sanitaires. Pour A. Donabedian (1973), c'est « *le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources humaines* ». Au bout du compte, on voit que le champ couvert par la notion d'accès reste mal défini ; les points de vue divergent. Nous citerons la définition de l'accessibilité en terme de transport proposée par J. Small et M. Witherick (1986) : « *C'est la qualité relative possédée par un lieu résultant de la localisation particulière dans un réseau de transport* », qui sera rapidement complétée par « *la capacité pour différents groupes sociaux d'obtenir des biens et des services* ». On la rapprochera de celle fournie par A. Khan (1988) qui définit l'accès comme « *la capacité à atteindre un service et y être admis* ». L'auteur avait noté que « *le moyen le plus efficace, quoique indirect, de définir l'accès, est de le considérer comme un ensemble de barrières qui doivent être surmontées pour obtenir un service, ces barrières sont liées tant à la production de services (nombre de fournisseurs, distribution géographique, types et spécialisation, etc.) qu'à leur consommation (disponibilités financières, comportement de recherche de soins propres à chaque individu, aux groupes, etc.)* ». L'accès aux systèmes de soins peut ainsi être vu soit comme une barrière, soit comme un élément facilitateur. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, géographiques ou des facteurs temporels de localisation. S'y rajoutent des facteurs culturels et architecturaux, d'organisation et d'information, chacun pouvant être un obstacle ou un moyen facilitateur dans l'obtention du service requis. Ce concept a été étudié de façon minutieuse en milieu urbain ivoirien (YMBA, 2013).

b) Équité et ponctualité

On peut aborder la notion d'accès sous différents angles : géographique, financier, culturel, social ou psychologique. L'accès exige que les services de santé soient a priori disponibles. Pour les chercheurs anglo-saxons, c'est un déterminant de la qualité du système de soins. Deux autres notions sont à rapprocher de celle de l'accès. L'**équité** est une dimension étroitement liée à l'accès. Elle couvre la capacité d'un système de santé à traiter de manière juste toutes les personnes concernées, indépendamment de leur âge, sexe, origine ethnique, et de leurs ressources financières. Dans ce contexte, il s'agit de la distribution des soins entre différents groupes de populations, quelles que soient leurs situations, géographique, économique, culturelle ou sociale. La **ponctualité** est à rapprocher du concept de pratiques de soins. Pour un professionnel de santé, être à l'heure, ou être présent, c'est une question de mentalité ou d'habitude. Mais ce concept peut être également relié à la notion d'accès. Elle se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent des soins adaptés à leur état. Elle associe l'accès aux soins dans des délais opportuns, c'est-à-dire dans l'idéal : obtenir des soins lorsqu'on en a besoin. La

coordination des soins, le parcours ou la trajectoire de soins appartiennent à ce même corpus. Dans ce cadre, accès et accessibilité sont synonymes. Ils traduisent une dynamique, une action. Mais pour certains auteurs, ces deux termes ne sont pas obligatoirement équivalents.

2. Définition de l'accès aux soins selon les dimensions de Penchansky et Thomas

Pour notre travail, nous retiendrons définitivement le concept d'accès aux soins selon R. Penchansky et J.-W. Thomas (1981). Bien que déjà anciens, leurs travaux présentent encore à l'heure actuelle l'avantage de définir un cadre conceptuel pertinent dans l'analyse du concept d'accès. Les auteurs prolongent la réflexion en concevant l'accès comme « *un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé* », en décomposant la notion en cinq dimensions bien définies, que nous allons détailler et illustrer dans le cadre de nos recherches dans le milieu rural d'un pays pauvre. Les cinq voies proposées sont l'accessibilité proprement dite (*accessibility*), la commodité (*accomodation*), la capacité financière (*afordability*), l'acceptabilité (*acceptability*) et enfin la disponibilité (*availability*). Nous allons considérer chacune de ces dimensions sous l'angle des obstacles à surmonter pour qu'un malade accède à un thérapeute. Dans notre étude sur le système de soins à Madagascar, spécifiquement en milieu rural, nous avons choisi de caractériser ces dimensions. Trois dimensions (accessibilité, capacité financière et commodité) seront envisagées dans ce chapitre. La dimension « disponibilité » sera abordée dans le chapitre 8, à propos des pratiques de soins. Le concept d'acceptabilité entre dans le champ du dernier chapitre (9), qui traite des représentations.

a) Accessibilité

Définie par H. Picheral (2001), comme la « *capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé* », l'accessibilité présente au moins deux dimensions, matérielle et sociale. Puisqu'elle traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins, elle n'a donc qu'une valeur potentielle en terme de desserte. Elle est essentiellement dépendante du binôme distance/temps, c'est-à-dire de la proximité ou de l'éloignement d'un cabinet médical ou d'un établissement de soins, ainsi que de la longueur du trajet à effectuer pour s'y rendre. L'accessibilité est un indicateur social qui permet de mettre en évidence des inégalités sociales d'accès aux soins, et un indicateur sanitaire souvent utilisé. Elle est une condition de l'accès aux soins, mais ne détermine pas à elle seule le recours effectif aux soins (PHILLIPS, 1981). L'accessibilité indique aussi la possibilité financière ou monétaire de recourir au système de soins. Dans un pays particulier, y a-t-il un système d'assurance-maladie ou une couverture sociale quelconque ? Enfin, elle s'intéresse aux innovations technologiques dans le domaine des équipements. Nous intégrerons ces indicateurs dans notre propos. La meilleure accessibilité possible est ainsi un des objectifs prioritaire de tout système de soins, dans sa dimension sociale en matière d'équité. J.-P. Thouez et al. (1981) jugent l'accessibilité comme « *équitable lorsque des*

variables non contrôlables comme l'âge, le sexe, ou la nature de la maladie peuvent expliquer l'utilisation des services. Elle ne sera pas équitable si l'usage fait des ressources sanitaires est tributaire d'autres variables comme l'éducation, les revenus ou l'absence de ressource financière ». Dans ce cadre, on peut considérer l'accessibilité comme un déterminant de santé, mais aussi un éventuel facteur de risque, c'est-à-dire « *une caractéristique individuelle ou collective augmentant de façon statistiquement significative la probabilité d'apparition et de développement d'une maladie* » (PICHERAL, 2001). Dans sa dimension géographique, l'accessibilité fait intervenir la notion de distance euclidienne par rapport au temps, entre d'une part l'usager ou client, le malade ou patient, et la ressource sanitaire d'autre part, privilégiée dans le sens de sa capacité à représenter un recours.

Concernant l'accessibilité financière (dimension économique), il y a parfois plusieurs choix possibles d'un service, arbitrés dans un système de santé concurrentiel de type libéral ou mixte. Dans un système directif, offrant des soins gratuits, le choix reste obligé ou contraint. Si on consulte un praticien déterminé (non-choix), la consultation sera gratuite. Si on veut en choisir un autre, le patient devra payer. Une autre situation concerne les pays pauvres, où le système de santé est défaillant, spécialement en milieu rural. Il n'y a souvent qu'un seul médecin à des lieues à la ronde : la population n'a pas de choix et un paiement est plus ou moins exigé par le professionnel de santé.

Pour R. Penchansky et J.-W. Thomas (1981), l'accessibilité est « *la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet. L'accessibilité est une mesure de proximité* ». C'est bien sûr cette dimension de l'accès que les géographes ont le plus étudiée, les travaux consistant alors à mesurer puis modéliser. Les modèles obtenus sont souvent de type gravitaire, en traduisant l'effet de la distance sur les contacts entre prestataires de services et patients. Cet effet est variable en fonction d'autres facteurs, l'âge et le sexe du malade par exemple, le niveau hiérarchique du service concerné, la disponibilité d'un moyen de transport ou l'importance de la maladie en terme de gravité, ou un éventuel degré de handicap. Le but de ces recherches est largement opérationnel, en tentant de proposer des découpages des territoires à différentes échelles, pour délimiter des zones ou aires de desserte d'un service public, selon des impératifs d'équité et d'efficacité. Le but ultime est d'offrir des services homogènes sur le territoire pour un coût minimal.

Différentes mesures de la distance séparant les services de soins de leurs utilisateurs potentiels sont communément utilisées pour décrire l'accessibilité. Certaines sont fortement influencées par la densité et la qualité des voies de communication, ainsi que par le mode de transport utilisé. Les mesures d'accessibilité potentielle de divers types de services de soins sont utiles dans un objectif de planification sanitaire. Dans les milieux urbains de l'Afrique de l'Ouest par exemple (KOUASSI, 2008), 84% de la population vit à moins de 2 km d'une formation sanitaire et à peine 3% des citoyens en sont éloignés de plus de 5 km.

Dans les pays en développement, la disponibilité et l'accessibilité à différentes formes de médecine traditionnelle sont souvent meilleures que celles de la médecine moderne. C'est la raison principale de leur succès dans le milieu rural. Cet attrait est rarement pris en compte dans les recherches sur l'accessibilité. La question est de savoir si on inclut ou non les tradi-praticiens dans le système de soins.

L'accessibilité géographique prend en compte l'accessibilité théorique et non les pratiques réelles des patients. C'est une des conditions de l'accès aux soins et elle ne détermine pas à elle seule le recours effectif aux soins. D'autres paramètres doivent être considérés : la qualité des infrastructures routières, l'existence d'un réseau de transports collectifs, l'accessibilité économique et culturelle des populations.

b) Commodité

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. Elle intéresse en ce sens le géographe. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contexte pratique et facile (ou non) entre le patient et le système de soins. Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (les jours et les heures d'ouverture des services de santé, la présence régulière d'un agent de santé, le temps d'attente), mais non exclusifs. Il faut aussi prendre en compte le système de paiement, la prise en charge des urgences, les consultations téléphoniques, les systèmes de référence, etc. En milieu urbain, on a la chance d'avoir un centre de centre de santé ouvert en cas d'urgence. En outre, les médecins et infirmiers du secteur privé, ainsi que les tradi-praticiens, se montrent généralement plus souples que les professionnels du service public quant aux horaires. Contrairement au milieu urbain, en milieu rural les heures d'ouverture des services de santé sont souvent peu adaptées au rythme de travail des paysans. Ceux-ci quittent le village en famille pour les champs, tôt le matin, avant les grandes chaleurs de la mi-journée et ce, avant même que les centres de santé ne soient ouverts. Ils ne regagneront leur domicile qu'à la tombée de la nuit, lorsque le centre de soins est fermé. La journée de travail d'un agriculteur n'est donc pas calquée sur la journée du professionnel de santé. « *Consulter pour soi ou son enfant conduit inexorablement à perdre une demi-journée de travail* » (RICHARD, 2001). Dans une société peu monétarisée, où la carence d'argent liquide est la règle, il est aussi compliqué de régler le prix de la consultation ou des médicaments. Beaucoup de paiements se feront ainsi en nature. Dans d'autres cas, l'absence de liquidité est un frein à l'accès aux soins : on ne se rend pas chez le médecin, ou du moins on attendra une rentrée d'argent, ce qui pourra durer des semaines ou même plusieurs mois. On observe à la campagne de grandes variations saisonnières de revenus, rythmées par les récoltes. En cas de maladie grave, qui nécessitera une hospitalisation longue ou une intervention chirurgicale, on va compter sur la solidarité familiale ou procéder à la vente d'un bœuf. Il faudra parfois emprunter de l'argent. Cela sera vécu tragiquement ; le cheptel est souvent la seule « fortune » de ces populations. Dans un tel contexte, le recours au tradi-praticien sera plus envisageable, avec un règlement en nature de ses prestations. La plupart des systèmes de soins ayant une structure très hiérarchisée,

c'est bien le cas à Madagascar, il existe une organisation pré-établie que l'on appelle le système de référence. Ce système permet de rediriger les patients, selon le cas, des centres de santé de base vers des services spécialisés ou hautement qualifiés. Nous aborderons ce thème dans la troisième partie de ce chapitre. Une telle pratique permet ainsi d'offrir des prestations de base, au niveau périphérique, dit de proximité, relativement abordable sur le plan financier et d'autre part de ne pas « encombrer » les services d'accueil des hôpitaux, ou les services plus spécialisés disposant de ressources rares et coûteuses, situées au niveau central du système. Rigoureusement appliqué, le système de référence limiterait de façon considérable la diversité des parcours thérapeutiques en canalisant les malades dans des filières pré-établies. Il s'ensuivrait une facilitation de commodité d'accès aux soins. Or, on constate que ce modèle de système offre l'avantage de ne pas dresser de barrières supplémentaires devant les patients potentiels. Un premier contact avec les structures de base, souvent dénigrées par la population²²¹, risque de décourager tout recours à un soignant de la médecine « moderne ». Il convient de ne pas oublier que l'automédication (usage de médicaments ou de potions diverses, de la propre initiative du patient) constitue généralement le premier recours et que l'on ne s'adresse à un professionnel qu'en cas d'aggravation ou de persistance de la maladie (RICHARD, 2001). Ainsi, l'automédication remplace largement le recours au niveau sanitaire de base et l'entrée dans le système peut se faire à un échelon intermédiaire.

c) Capacité financière du malade. Facteur limitant de l'accès aux soins ?

On peut concevoir la notion de capacité financière comme la relation entre le prix des prestations fournies et les moyens financiers du patient, de sa famille ou de son assurance, à assumer ce coût. Il faut se rendre compte que dans un pays pauvre, rares sont les personnes couvertes par une assurance maladie. De plus, les quelques bénéficiaires de telles prestations sociales (une partie des fonctionnaires et des employés du secteur formel) ne se recrutent généralement pas dans les couches les plus démunies ni les plus « à risque » de la population. Il y a bien des tentatives de créer des mutuelles pour tous. Elles se heurtent à de réelles difficultés (MOENS, 1990) : la réticence à cotiser pour une hypothétique future maladie, la crainte superstitieuse de « faire venir » la maladie sur soi en l' « appelant », le manque de confiance pour les gestionnaires de sociétés d'assurance ou la rigidité du mode de paiement. Dépourvus de ressources à l'image de leurs habitants, les Etats concernés tendent à faire supporter une part croissante du coût de la santé directement aux malades. L'Etat assure du moins le financement de certaines affections particulières (la tuberculose, par exemple, dont le traitement est très long) ou intervient dans le cadre d'épidémies (peste, choléra). La gratuité des soins de santé est souvent synonyme de médiocrité des soins et de consommation de médicaments génériques

²²¹ Il s'agit d'un autre problème que nous analyserons par ailleurs.

d'origine douteuse, souvent très faiblement dosés en principe actif²²². On constate désormais de plus en plus le choix d'une santé publique payante, car devant davantage s'autofinancer. Si ces politiques éloignent les plus pauvres des centres de santé, elles peuvent aussi y attirer de nouveaux patients, par une disponibilité accrue en médicaments vendus en DCI²²³ et équipements offerts par les nouvelles ressources. Ces politiques en place dans la plupart des pays en développement sont nées de l'Initiative de Bamako (1987). Elles ont contribué à limiter dans plusieurs pays l'augmentation du prix de la santé, tout en améliorant la qualité de l'offre de soins. C'est notamment le cas au Burkina Faso (MEUNIER, 2001). De nombreuses enquêtes dans les pays pauvres ont démontré que la capacité financière de la population constitue une des principales raisons de l'inaction thérapeutique face à la maladie, au choix d'un recours particulier ou tout bonnement au renoncement aux soins. Nos recherches nous ont permis de voir de nombreuses maladies qui se sont chronicisées, à un stade jamais décrit dans la littérature médicale. L'introduction d'un paiement ou une rapide augmentation des tarifs se répercute fortement sur l'orientation thérapeutique, principalement si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité des soins. Le milieu rural est à opposer au milieu urbain, toujours mieux équipé de structures sanitaires, mais aussi plus accessible (réseau routier en bon état, transports publics plus fréquents). Les espaces ruraux souffrent de carences à ce point de vue. Nous présenterons finalement une expérience « extraordinaire », un genre de parcours du combattant, vécu, en montrant les obstacles incroyables qui se présentent aux malades de la campagne malgache, pour accéder au système de soins dans des conditions acceptables sinon dignes.

B. L'ACCES AUX SOINS DANS LES CAMPAGNES MALGACHES

Pour chacun de nos deux terrains de recherche, nous traitons de l'accès à des soins de santé dits « modernes ». La sphère des pratiques traditionnelles n'est pas abordée ici. Elle mériterait à elle seule une thèse complète, en ethno-géographie peut-être ? Ce pourrait même être le moyen de lancer un débat national sur la reconnaissance officielle de cette offre de soins spécialisée. Où vivent les tradi-praticiens ? Quels sont les moyens à leur disposition ? Quelle est leur connaissance du corps humain et de ses dysfonctionnements éventuels ? Un travail de ce genre a été produit par ailleurs (FAURE, 2003), avec des résultats probants. Les formations sanitaires sont généralement étudiées individuellement, cependant leur dynamisme dépend de l'attraction qu'elles exercent sur les populations. Or, cette attraction n'est pas liée uniquement au niveau d'équipement, mais également à d'autres facteurs comme l'implantation géographique, la desserte en voies de communication ou le dynamisme économique du lieu d'implantation : le réseau sanitaire est une composante incontournable du territoire. Nous analyserons tout d'abord l'accès aux soins dans le district rural du Nord, puis dans celui du Sud dans une seconde partie. Pour apprécier l'accès physique aux formations sanitaires, nous nous basons sur trois

²²² Des tests, réalisés à Madagascar par MSF pour quelques médicaments courants, l'ont démontré. Ainsi, pour les besoins de leur mission dans le Sud de l'île, et par principe de précaution, ne se fournissent-ils qu'auprès de grossistes européens.

²²³ Dénomination Commune Internationale, c'est-à-dire le nom international des médicaments.

critères principaux : l'équipement sanitaire de la commune, son éloignement à un hôpital et la présence ou non d'un réseau routier. Cela nous permet ainsi de « ranger » les communes en plusieurs classes, certaines ont un accès aisé, pour d'autres, la situation est plus compliquée. Pour traiter des concepts de R. Penchansky et J.-W. Thomas (1981), nous développerons ici l'accès aux soins en zone rurale sous trois de ses aspects : l'accès financier (**capacité financière**) et l'accès physique (**accessibilité** et **commodité**). Le concept de **disponibilité**, fortement lié aux pratiques des soins, sera étudié dans le chapitre 9. La notion d'acceptabilité des soins peut être rapprochée de celle de représentation que la population se fait des soins de santé modernes. Elle sera traitée dans le chapitre 10.

1. L'accès aux soins dans le district de Mandritsara

L'accès aux soins signifie l'accès à un professionnel de santé, qu'il soit médecin ou non. Les infirmiers ou les sages-femmes peuvent acquérir une solide expérience en travaillant dans la brousse pendant des années, au quotidien. C'est une question de volonté et d'engagement. L'accès financier est globalement difficile pour tous les ruraux. Nous n'avons pas fait d'étude particulière dans ce sens, mais les témoignages recueillis sont suffisamment parlants et éloquents, pour que nous puissions envisager une extrapolation à toute la population rurale du pays. Globalement, dans ce district, quatre habitants sur dix sont dans une situation difficile par rapport à l'accès physique aux soins. Quel est le détail de cette situation ? Nous avons effectué précédemment (chapitre 6) des typologies des communes selon plusieurs critères. Nous en proposons ici une synthèse.

* **L'accès financier** aux soins concerne toute la population rurale. Mais il faut nuancer : acheter des médicaments pour traiter une affection bénigne est accessible. Les problèmes apparaissent dans certaines circonstances particulières :

- Pour une maladie grave, quelle qu'elle soit. On citera par exemple le cas d'une crise de neuropaludisme. Le tableau clinique est impressionnant, et le pronostic le plus souvent réservé. La famille, affolée, se rend compte qu'il vaudrait mieux transporter le malade à l'hôpital. Il faudra dépenser de l'argent pour une maladie dont l'évolution est fatale à plus ou moins brève échéance. Cruel dilemme.
- Lors de la survenue brutale d'un handicap (suite à un accident vasculaire cérébral ou un accident de la route, par exemple). Dans ce cas, on doit de plus prendre en compte la qualité de la personne touchée. La situation deviendra critique s'il s'agit du chef du ménage, ou d'une personne en pleine force de l'âge, car productive. Ce sera moins dramatique, économiquement parlant, si une personne plus âgée est touchée, même si certaines personnes âgées ou très âgées participent encore largement aux travaux agricoles. Nous ne portons pas de jugement moral dans ce texte.
- Pour le traitement d'une maladie chronique. Dans ce cas, c'est encore un peu plus compliqué. Une personne aura peut-être suffisamment d'argent pour payer ses médicaments, mais ceux-ci sont inaccessibles (rupture de stock, médicament rare

jamais disponible, même à la ville). Le malade va se décourager et perdre confiance dans le système de soins.

- Pour une maladie dont le diagnostic est incertain. Il conviendra de compléter l'exploration par des moyens radiologiques ou biologiques, payants et pas toujours accessibles. Prenons l'exemple d'une maladie diarrhéique. La cause peut être virale, bactérienne ou parasitaire : seul un examen de laboratoire permettra de découvrir l'agent causal, ce qui déterminera le traitement adéquat. On s'arrête souvent après la première consultation. En attendant que la mort survienne...
- Pour une maladie dont le traitement est chirurgical. Les gens de la brousse vivent toujours ce type de situation comme dramatique. Ils sont conscients des frais énormes qu'ils devront engager. Ce serait encore possible (on va vendre un bœuf, un morceau de terrain), mais les conséquences attendues seront désastreuses : on vend son outil de travail, de quoi va-t-on vivre dorénavant ? Autre problème : la guérison n'est pas garantie, le malade pourrait garder des séquelles : c'est alors une catastrophe, on a dépensé tout son argent pour « rien » !
- Que dire s'il faut se rendre dans une grande ville ou la capitale pour se soigner ? Comment financer les frais de transport ? Le prix du déplacement est trop fort pour la faible bourse d'un agriculteur.

* **L'accès physique** à un professionnel de santé peut s'avérer compliqué.

Nous proposons une dernière classification des communes, en faisant une synthèse de trois critères spécifiques : l'existence d'une formation sanitaire, l'éloignement de l'hôpital et un éventuel accès routier. Quand on parle de distance, on fait ici référence à la distance euclidienne entre des individus, malades potentiels, et une formation sanitaire. Il est à noter que les communes sont étendues. Elles comptent un certain nombre de villages, dispersés. En conséquence, les distances ne sont pas les mêmes pour chaque village de chaque commune ; nous retiendrons des distances moyennes, extrapolées à la commune. Une commune peut sembler « proche » (Ankiabe Salohy), mais puisqu'elle ne dispose pas de route, elle se retrouve finalement « éloignée ». Inversement, une commune « éloignée » (Pont-Sofia, 60 km au Nord du chef-lieu) est finalement « proche » car joignable par la route nationale.

Le classement établira une norme d'accessibilité aux structures de soins, on trouvera les communes ayant une situation favorable (**Fav** – groupe 1), celles au statut intermédiaire (**Int** – groupe 2), et enfin celles pour qui l'accès est difficile (**Dif** – groupe 3) ou catastrophique (**Cat** – groupe 4). Une première synthèse est faite dans le tableau suivant. Nous avons affecté des scores à chaque commune. En ce qui concerne l'offre de soins, le score est de 1 si la commune a au moins un hôpital, 2 s'il y a au moins un CSB 2, 3 pour un CSB 1 et 4 s'il n'y a pas de formation sanitaire. A propos de l'éloignement de l'hôpital, les scores sont de 1 pour une distance de 0-20 km, 2 pour 20-40 km, 3 pour 40-80 km et 4 si elle est supérieure à 80 km. Enfin les scores affectés à l'accès routier sont de 1 pour la présence d'une route bitumée, 2 pour une route secondaire, 3 pour une autre voie et 4 s'il n'y a pas de réseau. Ces critères ont été choisis arbitrairement.

Tableau 26 : Situation des communes pour un accès à des soins de base dans le district de Mandritsara

Nom de la commune	Nombre d'habitants	Nombre de villages	Score affecté selon les critères de l'accès aux soins			Synthèse de la situations des communes pour l'accès aux soins
			Offre de soins	Distance hôpital	Accès routier	
1. Ambalakiraji	16 774	18	2	3	2	Int
2. Ambariokorano	5 435	6	2	2	2	Int
3. Ambaripaika	8 025	6	2	3	3	Dif
4. Ambilombe	7 977	9	2	3	2	Int
5. Amboabo	11 218	10	2	2	3	Int
6. Ambodiadabo	6 751	9	2	4	4	Dif
7. Ambodiamotana-Kianga	5 932	7	2	2	2	Int
8. Ambohisoa	9 410	12	2	4	3	Dif
9. Amborandolo	2 435	4	2	4	4	Dif
10. Ampataka-Maroreny	8 042	6	2	4	4	Dif
11. Andohajango	15 170	15	2	4	3	Dif
12. Andratamarina	5 600	6	2	3	3	Dif
13. Anjiabe	8 915	9	2	4	2	Int
14. Ankiabe-Salohy	21 300	12	2	4	4	Dif
15. Ankiakabe-Fonoko	5 961	6	4	3	3	Dif
16. Antanambaon' Amberina	10 458	9	4	4	4	Cat
17. Antanandava	8 110	13	3	1	2	Fav
18. Antsatramidola	9 654	9	2	3	2	Int
19. Antsiatsiaka	11 464	6	2	3	2-4	Int
20. Antsirabe centre	9 825	8	3	2	2	Int
21. Antsoha	15 829	20	2	1-2	2-3	Int
22. Kalandy	20 979	14	2	2-3	1	Int
23. Manampaneva	7 254	7	2	3	3	Dif
24. Mandritsara	19 269	13	1	1	1	Fav
25. Marontandrano	18 022	16	3	3	2	Dif
26. Pont-Sofia	9 792	6	2	3	1	Int
27. Tsarajomoka	10 152	10	3	2-3	2	Int
28. Tsaratanana	8 870	10	2	1	2	Fav
Totaux	298 623	276				

Sources : SSD (2012) – Analyse personnelle

a) Les communes favorisées

Les trois communes d'Antanandava, de Mandritsara et de Tsaratanana - plus quelques villages du Sud de la commune d'Antsoha, ont une situation favorable (**Fav**). Par rapport à la population totale du district, elles représentent 12 %.

- Les habitants de la ville de **Mandritsara** (20 000 personnes) sont privilégiés, comme c'est le cas pour d'autres espaces urbains. Par comparaison aux territoires ruraux, la « ville » dispose d'une offre de soins meilleure en nombre et en compétence, et d'un équipement sanitaire supérieur.
- La commune d'Antanandava (8000 habitants) couvre une grande plaine rizicole, directement au Sud de la ville. Les distances sont courtes, au maximum de 15 km de la structure hospitalière. Un CSB 2 (le bâtiment) existe dans la commune, mais il n'y a plus de personnel de santé depuis une dizaine d'années.
- **Tsaratanana** (9000 habitants) est étendu sur une plaine propice à la riziculture. Outre un CSB 2 fonctionnel²²⁴, une route secondaire traverse la commune. L'éloignement des villages de l'hôpital est de 15 km en moyenne.

La proportion d'habitants ayant un accès facilité aux soins est très maigre dans le district de Mandritsara : seule une personne sur 10 est dans ce cas.

Une exception qui ne confirme pas la règle

La commune d'Antsoha (16 000 habitants) a une situation paradoxale. Le relief de la commune est relativement plat mais il n'y a aucun réseau routier dans cet espace. Les 10 villages du Sud (40 % de la population) sont géographiquement proches de la ville. On se déplace à pied, dans un temps « bref ». Les 10 villages de la moitié nord ont un CSB 2 fonctionnel à leur disposition. Nous la rangerons par conséquent dans le groupe suivant (voir ci-dessous).

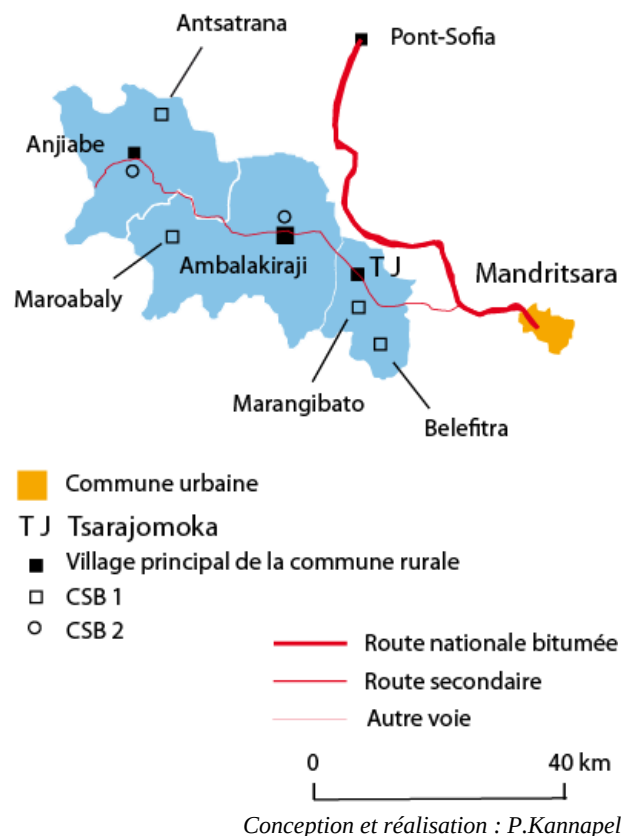
b) Les communes en situation intermédiaire

Treize communes sont dans une situation intermédiaire (**Int**), pour 48 % de la population totale. Elles ont au moins deux critères « satisfaisants » sur les trois retenus. Trois d'entre elles sont accessibles par une route secondaire au Nord-Ouest du district (voir carte 45, page 404) et trois autres sont au Nord-Est (voir carte 46, page 405).

²²⁴ Le terme de « fonctionnel » est appliqué par l'administration aux centres de santé qui disposent de personnel de santé. Parfois la structure immobilière existe, mais les professionnels de santé sont mobiles, ils vont et viennent. Le centre sera ainsi fermé pendant un mois ... ou plusieurs années. Les cadres de la santé tiennent à jour les évolutions. Mais comment le paysan d'un village perdu peut-il le savoir ? Il s'agit encore une fois d'un défaut de circulation des informations.

Les communes du Nord-Ouest du district de Mandritsara

Carte 45 : Accès aux communes du Nord-Ouest du district de Mandritsara



Les trois communes de Tsarajomoka, Ambalakiraji et Anjiabe sont situées le long de la route secondaire qui dessert la partie nord-ouest du district. La première possède deux CSB 1 et les deux autres ont un CSB 2 et un CSB 1. Elles ont une position relativement favorable pour l'accès aux soins. Les centres de santé, où ne pratique qu'un seul professionnel de santé, couvrent des populations moyennes de 5 à 7000 habitants.

Il y a deux CSB 1 dans la commune de **Tsarajomoko** (45 km à l'Ouest du chef-lieu de district). Ils sont situés dans les villages de Marangibato (pour 7 villages – 7705 h) et Belefitra (pour 3 villages – 2447 h), respectivement à 11 et 18 km au Sud de la commune

principale, où passe la route secondaire.

La commune d'**Ambalakiraji** (70 km à l'Ouest de Mandritsara) dispose d'un CSB 1, localisé dans le village de Maroabaly (800 h, à 25 km à l'Ouest du village principal (1 762 h). Le CSB 1 dessert 4 villages enclavés pour une population de 2292 habitants (un peu plus de 13 % des habitants de la commune).

La commune d'**Anjiabe** (100 km au Nord-Ouest de Mandritsara) possède également un CSB 1. Il est dans le village d'Antsatrana et couvre 3 villages enclavés (4201 personnes, soit 45 % de la population communale).

- Les communes de **Kalandy** et **Pont-Sofia** ont une situation privilégiée de part et d'autre de la route nationale. Elles disposent d'un CSB 2 fonctionnel. Kalandy est la seconde commune du district, en terme de population (20 000 habitants). Elle dispose également d'un CSB 1, localisé dans le village d'Andampihely au bord de la route nationale. Il couvre 7500 habitants, répartis sur 5 villages dans la partie nord-ouest de la commune. Le relief est fait de collines et de plaines fertiles favorables à la riziculture.

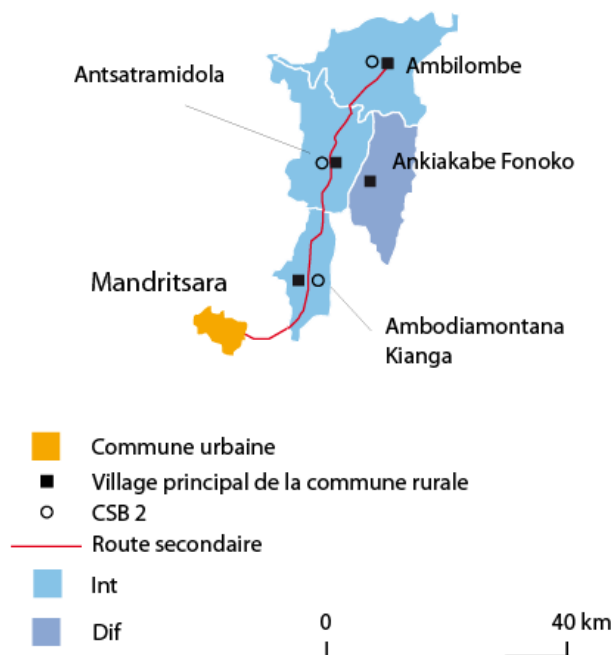
- On peut accéder à **Antsirabe Centre** (35 km au Sud-Est du chef-lieu de district) par une piste sableuse, carrossable pour les motos. Le CSB 2 a été remplacé fin 2013 par un CSB 1, dirigé par un infirmier sérieux.
- Deux communes sont géographiquement proches de la ville et ont un CSB 2. Elles ne sont desservies par aucune voie carrossable. La commune d'**Ambariokorano** s'étend entre 9 et 40 km à l'Est de Mandritsara. Un CSB 2 fonctionne pour 5435 habitants. **Antsoha** s'étend entre 1 et 36 km au Nord de Mandritsara – le CSB 2 est localisé dans le village d'Ambinan'Ifango (2194 habitants – 18 km au Nord du village d'Antsoha). Il couvre 9 384 habitants (60 % de la population de la commune).
- **Amboabo** est enclavée, mais équipée d'un CSB 2 fonctionnel. Elle est située à 35 km au Sud-Ouest de Mandritsara.
- **Antsiatsiaka** (entre 60 et 70 km au Sud-Est du chef-lieu), dispose également d'un CSB 2 fonctionnel. Trois villages enclavés sont desservis par un CSB 1 (basé dans le village d'Ankarany (2742 administrés).

Les communes du Nord-Est du district de Mandritsara

Les trois communes d'**Ambodiamotana Kianga** (à 40 km du chef-lieu), **Antsatramidola** (à 60 km au Nord de Mandritsara), et **Ambilombe** (à 80 km de la ville) sont reliées par la route secondaire du Nord-Est du district. Elle est très dégradée.

Ces communes rurales ont la chance d'avoir un CSB 2 fonctionnel. Celui d'Antsatramidola couvre également les 5961 habitants d'Ankiakabe Fonoko (les 9 villages de cette commune enclavée sont éloignés de 10 à 31 km du CSB). Les communes d'Antsatramidola et Ambilombe sont particulièrement affectées par la bilharziose intestinale. Elle représente 70 % des causes de mortalité²²⁵, tant chez les hommes que chez les femmes. La mort est toujours violente, consécutive à des hémorragies digestives par rupture de varices oesophagiennes.

Carte 46 : Accès aux communes du Nord-Est du district de Mandritsara



Conception et réalisation : P.Kannapel

²²⁵ L'information nous a été communiquée oralement, par le responsable du Service de Santé Régional, basé à Antsohihy.

c) Les communes en situation difficile

Le troisième groupe compte onze communes en situation difficile (**Dif.**), n'ayant qu'un seul élément « acceptable » sur trois. Elles forment 36 % de la population totale.

- Neuf communes enclavées ont au moins un CSB 2. Il s'agit d'**Ambaripaika** (45 km à l'Est)²²⁶, **Ambodiadabo** (150 km au Sud), **Ambohisoa** (92 km à l'Ouest), **Amborandolo** (150 km au Sud-Ouest), **Ampataka Maroreny** (110 km, accessible par moto en saison sèche), **Andohajango** (90 km au Sud-Ouest), **Andratamarina** (49 km à l'Est), **Ankiabe Salohy** (de 115 à 150 km au Nord) et **Manampaneva** (70 km au Sud). C'est le seul critère positif de ces communes, permettant à leur population de pouvoir prétendre à des soins de base.
- Un CSB 1, localisé dans le village d'Ampombila (25 km à l'Ouest du village principal), permet de compléter l'offre de soins de la commune d'Andohajango. Il couvre 1454 habitants.
- Il existe également un CSB 1 dans la commune d'Ankiabe Salohy ; il est localisé dans le village d'Ambalamadiro (39 km au Nord du village principal). La commune d'Ankiabe Salohy est traversée dans sa partie ouest par la route nationale. Mais les villages de cette commune ne s'y trouvent pas. Cela explique son grand éloignement par rapport à la ville de Mandritsara. L'accès à cette commune se fait par la commune rurale de Pont Sofia (5 heures de marche à pied jusqu'au village d'Ankiabe Salohy).
- Le CSB 2 d'Andratamarina, n'avait pas été fonctionnel durant 3 ans. Un infirmier a été nommé en 2012, puis un nouveau médecin est arrivé en décembre 2013, pour une première expérience. Six cas de peste (dont un mort) ont été déclarés dans le village enclavé d'Ankeniheny (22 km au Nord du village principal), en novembre 2011.
- Le CSB 2 de la petite commune d'Amborandolo (Sud-Ouest du district) serait non fonctionnel en 2012. L'information est reçue oralement au SSD, mais non confirmée. Dans ce cas, elle serait déclarée « enclavée » et rejoindrait le dernier groupe de cette typologie. La population a néanmoins la possibilité de se rabattre sur la commune voisine d'Ambodiadabo.
- Ankiakabe Fonoko, dépourvue de centre de santé, est dans ce groupe en raison de sa proximité avec la commune d'Anatsatramidola, dotée d'un CSB 2.
- Marotandrano a perdu son médecin récemment ; il reste un CSB 1 dans le village d'Anjiro, isolé au Nord-Est de la commune. Marotandrano est par ailleurs desservie par une route secondaire au départ de Mandritsara (carrossable en saison sèche).

Les communes du troisième groupe (plus du tiers de la population du district) sont dans une situation très compliquée, pour l'accès à des soins plus spécialisés. Un grave problème surgit lors de l'absence du professionnel de santé. Par exemple, celui de la

²²⁶ Entre parenthèses figurent les distances par rapport à la ville de Mandritsara. Ce sont des distances moyennes, par rapport au village principal de la commune rurale.

commune d'Ampatakana Maroreny ne dispense des soins qu'une semaine par mois, en moyenne !

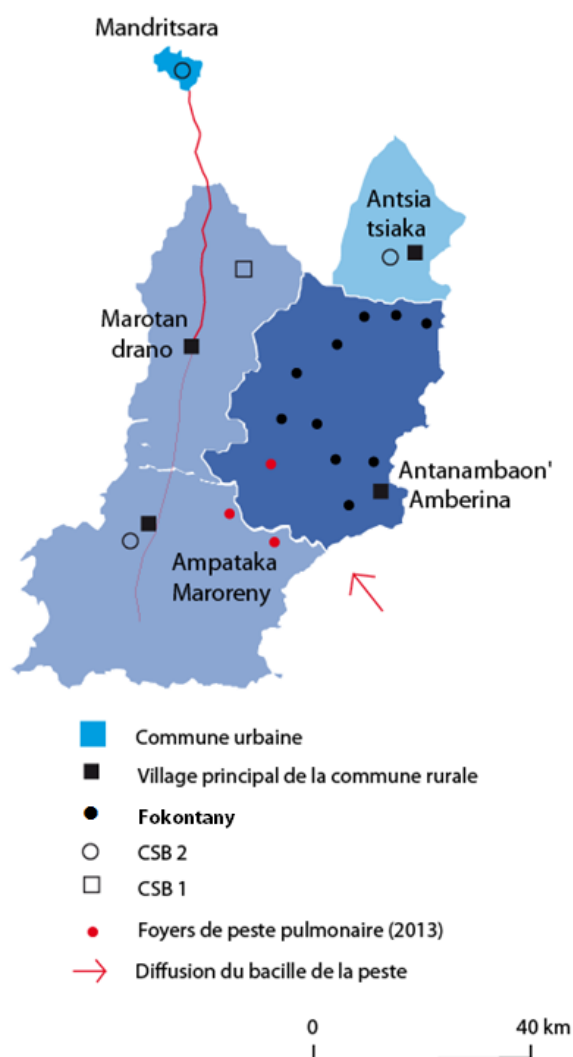
d) Des communes en situation catastrophique

Le dernier groupe, dont la situation est très difficile (**Cat**), ne comporte qu'une commune, Antanabaon' Amberina. Les trois critères de classification sont défavorables. Il s'agit d'une grande commune (10 458 habitants), située au Sud du district, localisée à 150 km de la ville. Elle représente 4 % de la population totale du district.

Aperçu de la commune rurale d'Antanambaon'Amberina

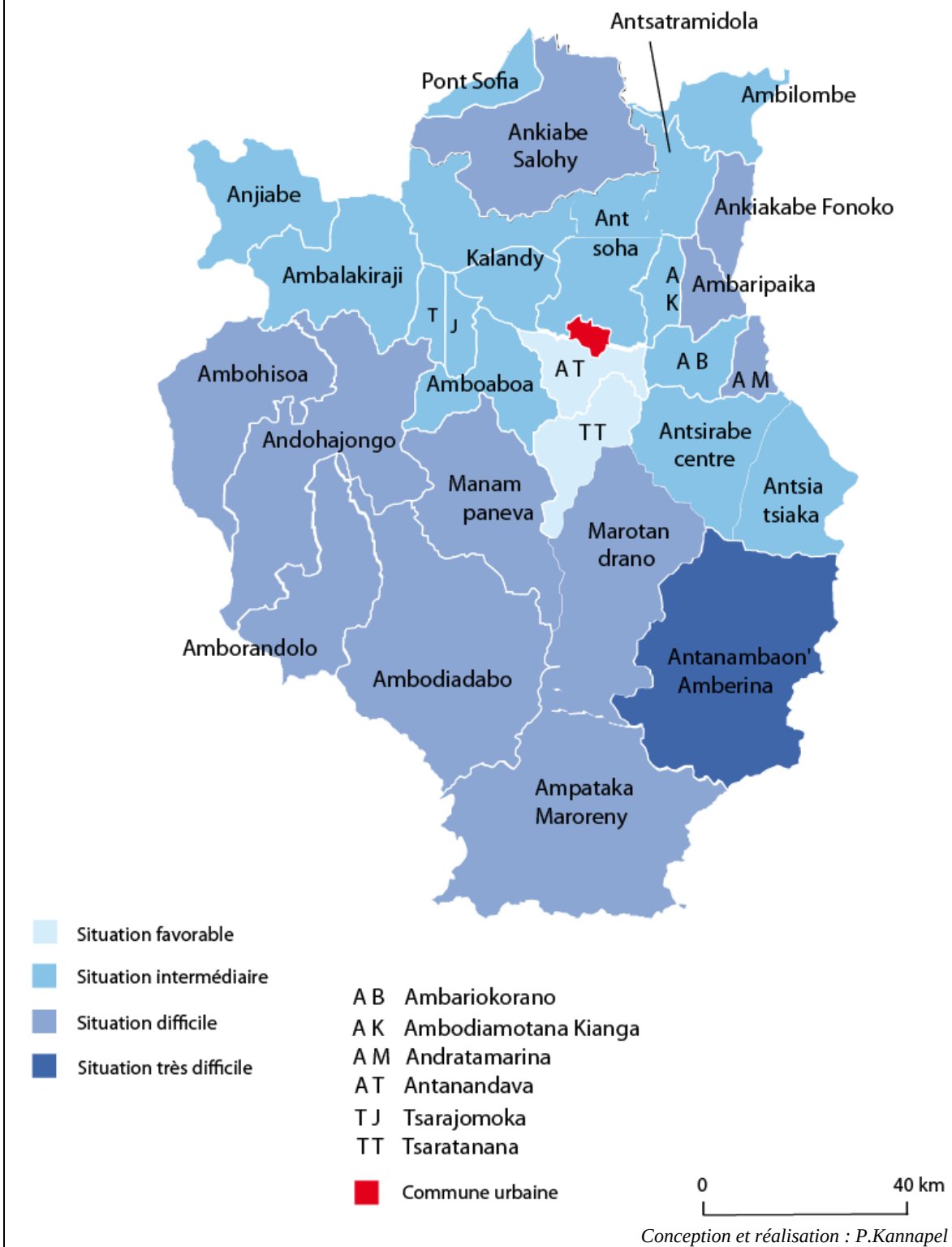
La situation est particulièrement préoccupante pour les 10 458 personnes de cette commune rurale. Elle est dans un état d'enclavement total, sans structure de soins sur son territoire ou à proximité. La population souffre de plus du départ du médecin de Marotandrano. La population est répartie en 12 villages ou hameaux. Le village principal d'Antanambaon' Amberina est situé à l'extrême sud-est de la commune, c'est aussi la limite sud-est du district, le village le plus enclavé. Il est situé à plus de 70 km (sur des terrains aux dénivelés importants) des 4 villages situés dans le Nord de la même commune. Ceux-ci sont par contre proches (une vingtaine de kilomètres) du CSB 2 de la commune d'Antsiatsiaka (elle est en situation intermédiaire pour l'offre de soins). Les autres villages sont plus proches (20 à 50 km) de la commune d'Ampatakana Maroreny, qui dispose d'un CSB 2. Ces zones ont connu une épidémie de peste fin 2013. Le foyer principal se situait dans le district voisin de Soanierana Ivongo, au Sud-Est de Mandritsara.

Carte 47 : La commune rurale d'Antanambaon'Amberina



Conception et réalisation : P.Kannapel

Carte 48 :
Situation des communes de Mandritsara pour l'accès à des soins de base



Routes, chemins et véhicules dans le district de Mandritsara

Photographies 95 et 96 : C'est poussif mais ça passe

Dans les endroits les plus isolés, on trouve encore des transports en commun, une camionnette, un antique petit camion. Ils sont toujours en surcharge pondérale mais la mécanique est solide. On apprend la patience à leur bord et c'est finalement positif : on arrivera à destination, dans quelques heures... ou dans quelques jours... Oui, sur la photo 95 nous sommes bien sur une route nationale bitumée. Le troupeau de zébus se colle au véhicule de façon instinctive : un convoi (une procession ?) s'organise ainsi très solennellement.



Photographies 97 et 98 : Autres lieux, autres voies

Un camion tente de se frayer un passage dans la forêt : il n'y a plus de route (Photo 96). Parfois il faudra fabriquer un radeau avec des pirogues pour faire passer les véhicules, là où il n'y a pas de pont. L'homme n'est plus maître des éléments et doit s'adapter aux caprices du ciel.



La majorité des communes déshéritées (groupes 3 et 4) occupe des zones de moyenne montagne, couvrant une bonne moitié du district. Il s'agit d'une grande partie sud ainsi que les bordures nord et est. En conclusion, on constate que 40 % de la population, répartis sur 60 % du territoire, se trouvent en situation de précarité pour l'accès à des soins de base.

Les distances euclidiennes sont à mettre en rapport avec les distances/temps, liées à l'état du réseau routier. Nous en faisons une synthèse. La vitesse la plus lente est le fait des camions : 2 à 2,5 km/h. La vitesse moyenne de déplacement à pied est de 5 km/heure, c'est aussi le cas des charrettes à bœufs. A bicyclette, il faut compter 10 km/h tandis qu'en moto on obtient une moyenne de 20 km/h. Une camionnette ou un minibus (taxi-brousse) peuvent atteindre des vitesses de 30 à 35 km/h. Le record est établi par les heureux possesseurs de 4X4 (ONG et autres associations internationales, caritatives ou non) : il s'établit à 40 km/h !

2. L'accès aux soins dans le district de Békily

* La **capacité financière** de la population rurale de Békily est nulle : les gens ne disposent pas d'argent liquide, ni pour se soigner, ni pour autre chose. Certes, quelques personnes possèdent des bœufs ou cultivent de petits lopins de terre. Il n'y a pas de vaste système de plantation : le sol est bien trop ingrat. Les maigres légumes cultivés seront revendus sur des petits marchés, sans garantie de les revendre : les gens n'ont pas d'argent disponible pour cela non plus ; il reste un petit espoir de gagner trois sous, largement insuffisants pour acheter un ou deux médicaments. Donc, on ne consomme pas le système de soins moderne. Les consultations sont parfois gratuites : même dans ce cas la fréquentation est faible (on se rapportera aux missions des équipes mobiles MSF). On se tourne vers la nature pour traiter les petits maux de tous les jours. Si la maladie est grave, on souffre en silence, en attendant la mort.

* L'**accès physique** à une formation sanitaire se fait généralement à pied. Dans le district, les agriculteurs ne sont pas motorisés. Le moyen de transport classique est la charrette à bœufs. Elle sert d'outil de travail ou de véhicule de transport de marchandises. Elle sert de jouet pour les enfants, ou... d'ambulance. Le malade est installé à bord et sa famille l'accompagne dans une grande procession. La vitesse de déplacement est de 5 km/h, soit celle de la marche à pied. La capacité d'accueil est faible, elle comprend le conducteur et un ou deux passagers. Elle tombe rarement en panne. Mais toutes les familles ne possèdent pas une charrette. Si un véhicule 4X4 passe par là²²⁷, il peut être sollicité pour transporter un malade. On peut aussi voir des malades se déplacer en brouette ou à dos d'homme ; c'est le cas en général si le malade est un enfant ou un adulte gravement dénutri. Toujours est-il que si le malade en est capable, il viendra à pied. Par souci de confort, les gens choisiront de « voyager » de nuit (il fait moins chaud !). Il n'est pas rare, dès les premières heures du jour, de voir plusieurs malades attendre devant le centre de santé. Si le professionnel de santé est absent, l'attente peut devenir interminable. En cas d'absence, personne n'en connaît la durée, une ou deux heures si le professionnel est parti faire son marché, un ou deux jours si le médecin est parti faire une campagne de circoncisions dans des villages reculés. Ce peut être une semaine quand le médecin part chercher son salaire en ville ou s'il est en formation. Cela peut enfin durer un mois ou

²²⁷ Les 4X4 qui « passent par là » sont ceux des ONG ou autres organisations internationales. La population reste toutefois prudente et sceptique à l'idée de « monter » à bord, même pour le véhicule de MSF. Lors de nos recherches de terrain, nous avons été amenés à conduire des malades à l'hôpital à plusieurs reprises.

plus pour les vacances... Toujours est-il que l'information n'est *jamais* affichée. Pour l'étude détaillée des communes, nous donnerons les distances dans une unité de temps, sur la base de 5 km en une heure, 10 km correspondra à 2 heures, pour 45 km, ce sera 9 heures. Les durées données ici sont entendues depuis le village principal de la commune jusqu'à l'hôpital installé en « ville ». Il faudra toujours tenir compte du fait que le malade a déjà mis plusieurs heures pour rejoindre le village principal de sa commune.

Tableau 27 : Situation des communes pour un accès à des soins de base dans le district de Békily

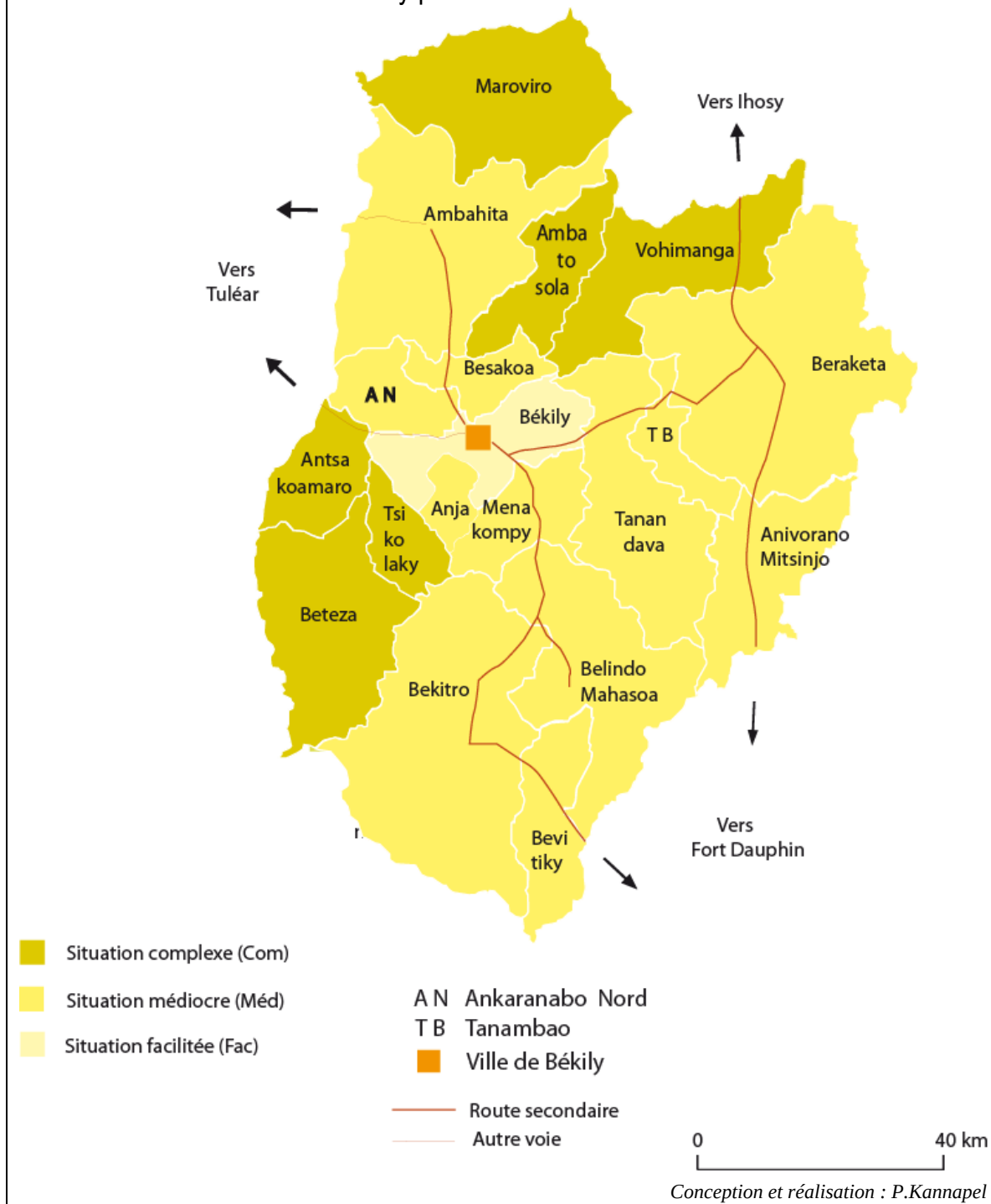
Nom de la commune	Nombre d'habitants	Nombre de villages	Score ²²⁸ affecté selon les critères de l'accès aux soins			Synthèse de la situations des communes pour l'accès aux soins
			Offre de soins	Distance hôpital	Réseau routier	
1. Ambahita	17 066	34	2	2	21	Med
2. Ambatosola	6 077	12	2	2	4	Com
3. Anivorano-Mitsinjo	3 905	13	2	3	2	Méd
4. Anja Nord	2 432	10	2	1	3	Méd
5. Ankaranabo Nord	3 906	25	2	1	2	Méd
6. Antsakoamaro	7 473	10	2	2	4	Com
7. Békily	12 894	21	1	1	0	Fac
8. Békitro	27 637	26	2	3	2	Méd
9. Bélindo-Mahasoa	21 523	31	2	3	2	Méd
10. Beraketa	19 959	31	2	3	2	Méd
11. Besakoa	1 447		4	1	2	Méd
12. Beteza	7 400	20	2	2	4	Com
13. Bevitiky	5 341	16	2	3	2	Méd
14. Maroviro	9 869	15	2	3	4	Méd
15. Menakompy	6 171	17	2	2	2	Méd
16. Tanambao	1 355	8	2	2	3	Méd
17. Tanandava	10 731	25	2	2	3	Méd
18. Tsikolaky	4 242	12	2	2	4	Com
19. Vohimanga	5 064		3	2	4	Com
Totaux	174 092	336				

Sources : Services de santé du district, 2013²²⁹ - Analyse personnelle

²²⁸ Les scores affectés aux communes sont une de nos appréciations.

²²⁹ Le nombre de villages pour les communes de Besakoa et de Vohimanga n'est pas déterminé.

Carte 49 :
Situation des communes de Békily pour l'accès à des soins de base



Les communes du district de Békily peuvent être classées en trois groupes, selon l'accès à une formation sanitaire pour des soins de base. La situation est globalement mauvaise, pour la population rurale de Békily. Le faible nombre de professionnels de santé et l'état routier déplorable expliquent aisément cette situation. Nous avons choisi trois qualificatifs pour traduire cette situation : facilitée (**Fac**), médiocre (**Méd**) ou complexe (**Com**). Pour l'offre de soins, le score est de 1 (hôpital), 2 (CSB 2), 3 (CSB 1) et 4 pour une commune sans formation sanitaire. Pour l'éloignement, le score est de 1 (0-20 km), 2 (20-

40 km), 3 (40-80 km), 4 (plus de 80 km). Pour l'accès, les scores sont de 1 (route bitumée), 2 (route secondaire), 3 (autre voie), 4 s'il n'y a pas de voie de communication.

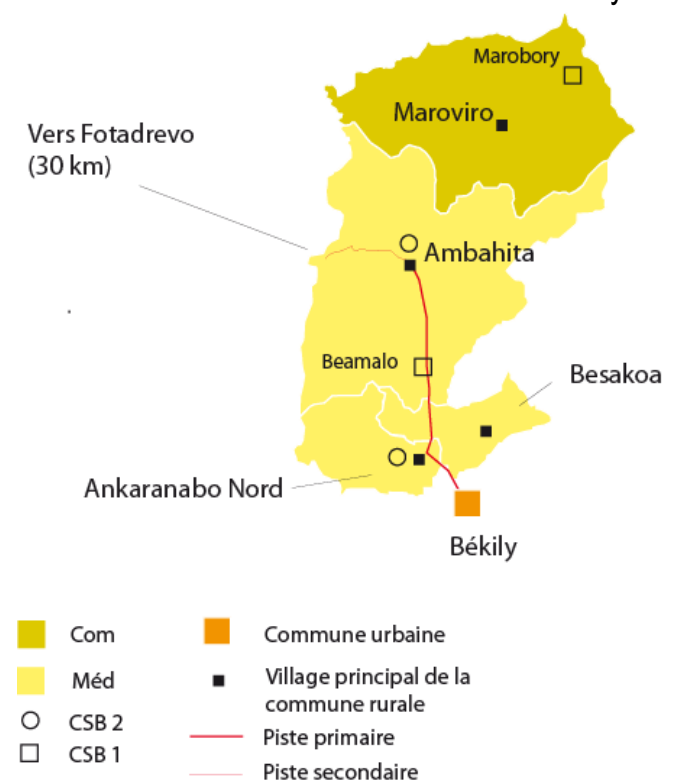
a) Une commune pour un accès facilité

Le premier groupe contient la seule commune de Békily, en raison de la présence de l'hôpital public, repris en main par MSF en 2011. L'accès aux soins est facilité pour à peu près 13 000 habitants, soit 7,5 % de la population totale du district, c'est un maigre score.

Le long de la piste primaire du Nord de Békily

Trois communes²³⁰ en situation médiocre (Méd), s'étalent autour de la piste primaire du Nord. Le terrain est plat, recouvert d'une savane herbeuse brûlée par le soleil.

Carte 50 : Accès aux soins au Nord de Békily



Besakoa (à une heure de la ville) et ses 1447 habitants sont privés de formation sanitaire.

Le CSB 2 d'Ankaranabo Nord est ouvert de façon régulière une fois par semaine. Il est situé sur la piste, à une heure de Békily. Les 24 autres villages de la commune sont enclavés.

La commune d'Ambahita dispose de deux centres de santé. Le CSB 1 de Beamalo est à 1 h15 de la ville. Il couvre 12 villages. Le CSB 2 du village d'Ambahita est éloigné de 6 h de l'hôpital de Békily et autant de la clinique chirurgicale de Fotadrevo (petit village hors district). Il couvre 22 villages, dont 21 enclavés, dans un rayon de 10 km autour du village principal.

b) Des communes pour un accès médiocre

Le second groupe comprend 12 communes. Elles présentent une situation médiocre, plus mauvaise que la ville, et à peine supérieure à la catégorie suivante. On compte 121 473 habitants au total dans ces communes, soit la grande majorité de la population du district

²³⁰ La commune de Maroviro, en situation complexe, sera analysée plus loin.

(70 %). Elles sont reliées au chef-lieu par des pistes routières de qualité variable, et à circulation saisonnière ; les pluies les rendent impraticables (trois ou quatre mois par an en moyenne).

- La petite commune d'Anja Nord (voir encadré suivant) et ses 10 villages (2432 habitants) occupent une situation paradoxale. L'éloignement de la ville est au maximum de 2 heures. Un CSB tenu par un infirmier a été inauguré en mars 2013. Tous les villages sont enclavés. Seules deux personnes ont un véhicule : l'infirmier (moto) et l'agent communautaire (bicyclette).

La piste primaire du Sud offre un certain accès à quatre communes. Elle est de plus en plus dégradée au fil des années ; chaque nouvelle saison des pluies creuse un peu plus le tracé. Cela ne gêne pas franchement la population, déshéritée, qui n'aura jamais les moyens de s'acheter un véhicule. Les médecins, et c'est le cas pour tous les professionnels de santé, arrivent tout au plus à s'acheter une moto, après quelques années de pratique. Cet état de fait est commun à Madagascar, donc non spécifique à ce district.

Photographies 99 et 100 : Types de végétation au Sud de Békily

La photo 99 montre une partie de la piste principale (on aperçoit l'ombre du véhicule dans le coin en bas à gauche). Nous avons eu la chance de pouvoir louer un 4X4 pour assurer les déplacements dans ce district. Le chauffeur avait heureusement un bon sens de l'orientation, il est facile de se perdre lorsqu'il n'y a pas de point de repère. Il s'agit d'une brève parenthèse à propos de l'accessibilité du chercheur à son terrain de



recherche. Après deux heures de route depuis la ville, on entre dans une immense forêt d'épineux. Elle est formée d'arbustes et de broussailles, aux tons d'un ocre jaune desséché ou vert poussiéreux. La vue sur la campagne environnante est vite obstruée. De nombreuses plantes aux formes baroques et au nom mystérieux complètent le paysage (Photo 100).

Photographie 101 : Forêt de raketa

Les plantes les plus fréquentes sont les *raketa* (Photo 101), des cactus omniprésents à Békily. On aperçoit au premier plan une variante de « piste primaire » : des cailloux, de la terre rose très sèche, qui passe à l'état de boue trois mois par an. Ce « pays » fait le bonheur des piétons.



La piste primaire du Sud : direction sécheresse

Carte 51 : Les pistes primaires au Sud de Békily

Cette piste relie Békily à Fort-Dauphin (12 h en moyenne en 4X4). Elle permet à quatre communes d'être reliées au chef-lieu de district.

La commune de **Menakompy** (17 villages et 6171 habitants) est située à 4 heures de la ville. Le CSB2 fonctionne.

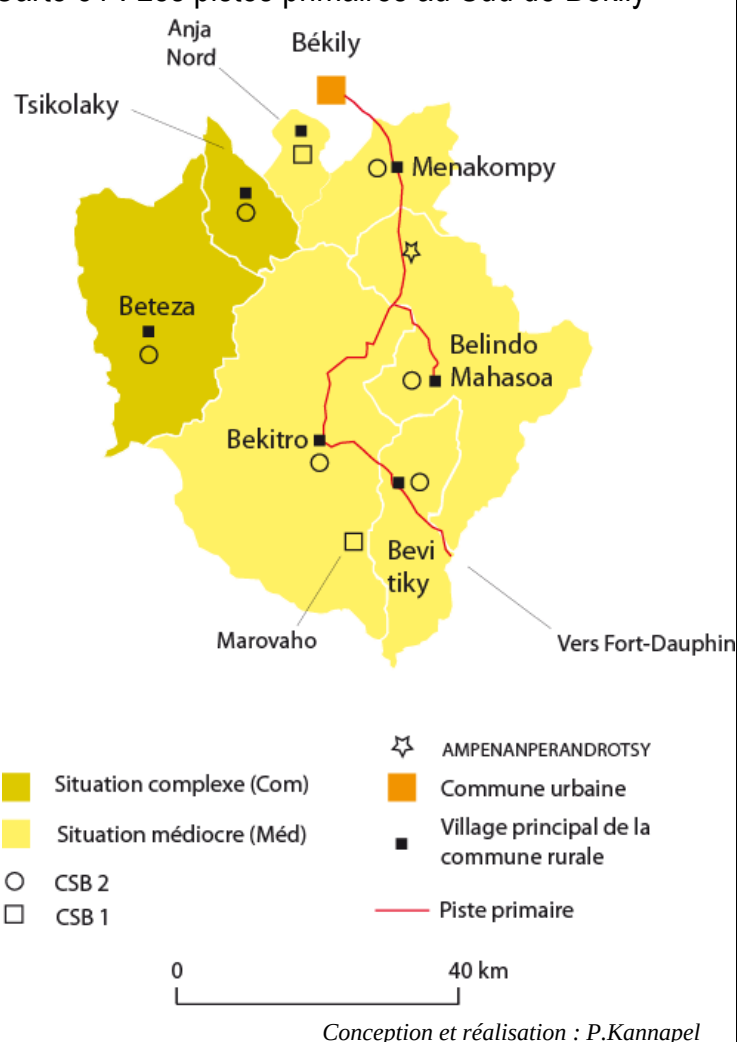
Les deux communes suivantes sont les plus peuplées du district.

Celle de **Belindo Mahasoa**²³¹ (21 123 habitants) possède un CSB 2 fonctionnel. De plus, un médecin y exerce à titre privé. Cette commune est à 9 heures de Békily.

On trouve un CSB 2 dans le village principal de la commune rurale de **Bekitro** (11h pour rejoindre la ville). Il couvre 18 158 habitants répartis dans 26 villages. Il y a également un CSB 1 dans le village de Marovaho (à 16 h de Békily). Il couvre 10 villages et 9480 habitants.

La commune de **Bevitiky** est localisée à 15 heures de Békily. Un CSB 2 y fonctionne. Hormis le village principal, 15 villages sont enclavés. Nous l'avons rangée dans les communes à situation médiocre par rapport à l'offre de soins, car elle est équipée d'un centre de santé.

Les deux communes « Com » figurant sur cette carte seront étudiées plus loin.



Conception et réalisation : P.Kannapel

Les pistes primaires de l'Est du district de Békily permettent à 5 communes rurales de ne pas être complètement enclavées, et pourtant... leur situation n'est pas vraiment avantageuse. Au départ de Békily, une piste principale se dirige vers l'Est du district. Le terrain est peu accidenté, la piste est faite de pierrailles, le paysage est monotone et les

²³¹ Le petit hameau d'Anpanamperandrotsy appartient à la commune de Belindo. Il fait l'objet d'une étude de cas, proposée dans le chapitre 9.

points d'eau absents. Elle se sépare en deux branches dans le village de Manakoliva, l'une plein nord, l'autre plein sud. Les pistes deviennent alors sableuses.

Les pistes primaires de l'Est : des pierres et du sable

Carte 52 : Les pistes primaires à l'Est de Békily

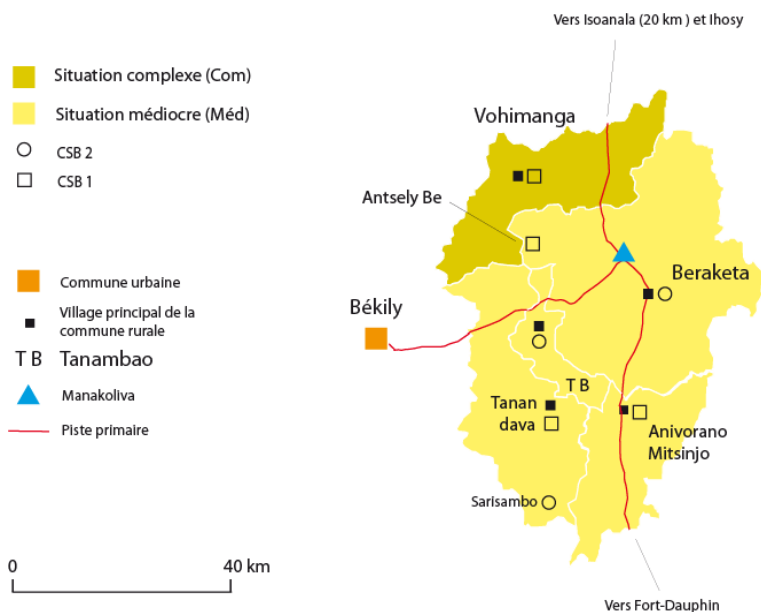
La commune de **Tanandava** (13 villages) est équipée d'un CSB 1 (dans le village principal ; il dessert 5813 personnes dans 12 villages), et d'un CSB 2 dans le village de Sarisambo, couvrant 13 villages et 4918 habitants. Les écarts de la ville sont respectivement de 9 heures et 5 heures. La piste ne traverse pas de village.

Tanambao est une commune rurale enclavée, distante en moyenne de 3 heures par rapport à Békily. Elle est équipée d'un CSB 2, pour 1355 individus répartis dans 8 villages.

Beraketa est une « grosse » commune de 19 959 habitants (la troisième plus peuplée du district). Elle dispose d'un CSB 1, dans le village de Antsely Be (à 6 h de Békily). Il couvre 4379 personnes réparties en 15 villages. Le village de Beraketa a une situation intéressante sur la piste nationale, permettant de rejoindre le Sud-Est de Madagascar. L'eau ne fait pas défaut ici. La limite est de la commune est une chaîne de moyenne montagne, très rectiligne, de direction Nord/Sud. On y trouve des mines de mica (voir Chapitre 3). Ce village offre un grand marché coloré tous les dimanches. Il est éloigné de 9 h de la ville de Békily. Le CSB 2 est bien équipé.

La commune d'**Anivorano Mitsinjo** ne dispose que d'un CSB 2. Ses 3905 habitants sont très isolés.

Au Nord, la commune de **Vohimanga** est enclavée. Elle fait partie du groupe 3.



Conception et réalisation : P.Kannapel

Photographie 102 : Piste de l'Est

On voit sur ce cliché un type de piste primaire observable (et fréquentable) dans le district de Békily. Celle-ci en particulier est aussi une piste « nationale » reliant la ville isolée de Fort-Dauphin (extrême sud-est du pays), à la capitale nationale, sur la moitié de son itinéraire. Nous sommes dans l'antre des voleurs de bœufs.

**c) Les communes enclavées**

Le groupe trois comprend six communes particulièrement défavorisées. Elles ont une situation complexe face à l'offre de soins et regroupent 40 125 habitants, soit 22,5 % de la population du district. A l'exception d'Ambatosola, nous n'avons pas pu nous rendre dans ces communes. Les informations suivantes sont issues du Service de santé de district, basé à Békily.

- Ambatosola est à 7 heures de la commune urbaine. Un CSB 2 fonctionne dans le village principal de la commune, au service de 6077 personnes (12 villages).
- Les communes d'Antsakoamaro et de Beteza forment la limite des « pays » Androy et Mahafaly, dans une vaste région de pâturages ; c'est le royaume des troupeaux, loin de toute « civilisation » dite moderne. L'accès à des soins de santé modernes est-il alors une utopie ? Il y a néanmoins un CSB 2 dans ces communes. Pour des raisons de sécurité civile, nous n'avons pu accéder à ces communes, et donc pas pu y rencontrer la population rurale ou les professionnels de santé. Nous ne pouvons donc pas confirmer la présence de personnels de santé. Antsakoamaro est à 5 h du chef-lieu (soit 10 heures aller/retour) ; l'autre est à 10 h de Békily. Il convient de noter que même les ambulances de MSF (véhicules tout-terrain) ne pouvaient accéder aux villages enclavés de ces communes. On peut légitimement se demander si les habitants de ces territoires ont déjà eu affaire (entendu parler ?) à des soins de biomédecine. En ont-ils besoin d'ailleurs ? Nous pensons que personne ne connaît vraiment les besoins de santé de ces populations pastorales. En 2012, les Services de santé du district déclarent 7473 habitants pour la première commune, 7400 pour la seconde. C'est au moins un chiffre rond, probablement juste !
- Maroviro (9869 h) occupe l'angle nord-ouest du district, elle forme la « tête » du territoire (le cou serait la commune d'Ambahita ?). Cette commune dispose de deux CSB 1, l'un dans le village principal²³² (situé à 9 h de la ville), l'autre dans le petit village de Marobory. Il faudra 17 heures à la population de ce hameau, pour

²³² Une erreur s'est glissée dans l'encadré des « pistes du Nord » (Carte 50), nous avons omis de représenter le CSB 1 du village principal de la commune.

se rendre à l'hôpital de Békily : hallucinant ! S'agit-il d'un *no man's land* ? Quels sont les besoins de santé de la population ? Quelles sont les conditions de travail des personnels de santé dans ces villages isolés ?

- La commune de Tsikolaky est enclavée. Il n'y a pas la moindre piste pour s'y rendre, ni primaire, ni secondaire. Les 4242 habitants de cette commune ont néanmoins un CSB 2 à leur disposition.
- Vohimanga (5064 habitants, voir dans l'encadré précédent) se localise au Nord-Est du district. Un bout de piste la traverse, mais aucun village n'en est proche. Le village principal est équipé d'un CSB 1.

L'accessibilité aux centres de santé de base, pour des soins de base, et à fortiori au seul hôpital du district serait-elle ici une chimère ? On comprend mieux comment ce territoire est négligé par les pouvoirs publics, mais pas pourquoi. Quelle en est la cause exacte ? La population, au demeurant chaleureuse, survit. Elle ne mérite certainement pas cet oubli. Ce lieu fascinant risque de garder longtemps ses mystères ... il est déroutant pour le chercheur en géographie de la santé.

Conclusion

Nous avons tenté d'analyser l'accessibilité aux soins de base dans deux districts ruraux, appartenant à la même nation. Les différences sont conséquentes. Nous nous intéressons à la santé individuelle de la population, il ne s'agit pas d'un traité de santé publique...

Si l'accès d'une grande partie de la population au système de soins est très problématique, l'accès du chercheur à ces populations n'est guère plus aisé. Nous n'avons pu accéder à toutes les communes au cours de ces trois dernières années. L'accessibilité physique fut un premier frein. Durant la saison des pluies, six mois par an à Mandritsara et 4 mois par an à Békily, l'accès nous fut refusé pour toutes les communes rurales. En saison sèche, les déplacements furent compliqués dans le Nord (voir la galerie de photos ci-dessus), faute de moyen de transport adapté. Nous sommes néanmoins arrivés dans un grand nombre de villages, en camion, à moto ou à pied. Dans le Sud, il a été possible de louer un véhicule 4X4 (dans la ville de Fort-Dauphin). Il fallait compter deux jours pour se rendre jusqu'à la ville de Békily ; on ne roule plus après 17 heures, pour des raisons sécuritaires. Les communes enclavées ne sont pas accessibles, même aux 4X4. Certes nous avons beaucoup marché, mais le temps n'était pas illimité. Sans compter que sur le plan pratique, nous passions la nuit dans la ville de Békily : nous avons passé un certain temps à gérer des horaires, afin de prendre le moins de risque possible. Il s'en suit que les véritables besoins de santé des populations enclavées demeurent mystérieux, on ne peut que supputer. Plus d'enquêtes domiciliaires auraient été possibles si nous avions eu plus de temps : ce fut le second frein majeur. Nous avons pu accompagner des missions humanitaires : il fallait compter une durée de dix à quinze jours pour une présence effective de seulement deux jours complets dans un village. Nous avons dû faire des choix, et ne prétendons pas donner un panorama précis, tant des besoins que de l'offre de soins, elle-même à géométrie variable !

Si l'accessibilité nous a souvent été refusée, que penser de celle des malades, affaiblis, en souffrance ou désespérés ? Nous poursuivons nos recherches et proposons dans la partie suivante deux « expériences » vécues, étonnantes, traitant de l'accès des malades de la campagne aux formations sanitaires de l'espace malgache.

C. LA BROUSSE OU LA JUNGLE : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CROISES

Un voyage s'inscrit simultanément dans l'espace, dans le temps, et dans la hiérarchie sociale. Chaque impression n'est définissable qu'en les rapportant solidairement à ces trois axes, et comme l'espace possède à lui seul trois dimensions, il en faudrait au moins cinq pour se faire du voyage une représentation adéquate.
Claude LEVI-STRAUSS

Introduction

Nous avons sillonné nos terrains de recherche durant plusieurs mois. En guise de synthèse ou de conclusion à ce chapitre, nous avons choisi de nous immiscer dans le quotidien de deux patients, en traçant des **itinéraires thérapeutiques** – un parcours du combattant – que leur a imposé leur état de santé. Pour ce faire, nous avons retenu la forme narrative d'une nouvelle ou d'une fable. En ce 11 mars, deux événements « extraordinaires » vont survenir : le départ d'un parcours de soins peu banal, pour Mme X., originaire du district de Mandritsara, d'une part, et pour Mr Y., natif du district de Békily, d'autre part. Nous allons voir comment la réalité peut parfois dépasser l'imagination.

1. Le grand départ

Mme X. vit entourée de sa famille, dans le village isolé d'Andilambe, au Nord-Est de la commune rurale de Marotandrano (Carte 31, page 312). Mme X. présente une tuméfaction de la face depuis presque une année maintenant, la marque d'un abcès dentaire négligé. Mme X., 48 ans, a mal aux dents depuis qu'elle a eu son premier enfant, à l'âge de 17 ans. Il y a bien sûr eu des hauts et des bas. Les grossesses suivantes ont vu s'exacerber les douleurs, avec à chaque fois une rémission après l'accouchement. Elle a eu dix grossesses, trois enfants étaient mort-nés. Elle avait déjà eu la possibilité d'aller chez le dentiste à Mandritsara, où elle se rend au moins une fois par mois, pendant la saison sèche. Mais elle déclare une peur panique envers les chirurgiens-dentistes. « *C'est inimaginable* » confie-t-elle quand ses proches tentent de la convaincre. Est-ce de la peur ou un tabou ? Mais depuis quelques semaines, les douleurs sont devenues quasi-permanentes. Sa vieille mère lui a préparé des tisanes, qu'elle boit volontiers. Son mari est parti cueillir des racines dans la forêt. Ecrasées et bouillies, elles forment un onguent aux vertus antalgiques. Néanmoins, elle voit son visage se déformer. Son conjoint nous dira plus tard : « *Une boule est apparue dans son cou, à droite ; ça grossissait et lui*

faisait de plus en plus mal. Si c'était moi, j'irais à l'hôpital » (E 20). Elle a consulté le médecin du CSB de Marotandrano il y a 2 mois. Il lui avait alors prescrit des antibiotiques et conseillé de voir un dentiste rapidement. Mme X. est fidèle au service public, dont elle n'a jamais eu trop besoin jusqu'à présent. Elle fait confiance au médecin, d'ailleurs le traitement reçu avait permis une petite rémission, raison pour laquelle elle n'était toujours pas allée voir le dentiste. Depuis 24 heures, son état s'est brusquement aggravé : la fièvre s'est élevée et sa conscience commence à flancher. Devant cet état inquiétant, son mari décide de la conduire à nouveau au CSB de sa commune. Tout le côté droit de sa tête est maintenant gonflé et elle a du mal à respirer le matin du 11 mars. A 4 heures du matin, le mari de Mme X. prépare l'attelage des bœufs : sous un fin crachin, c'est le départ pour Marotandrano, où l'on espère voir le médecin au CSB. « – Que va-t-il se passer à la campagne durant votre absence ? – *J'ai heureusement trois fils qui vont poursuivre le travail* » (E 20). Le trajet dure 6 heures, sur un sentier dégradé. La commodité est à ce moment nulle, l'inconfort total, mais pour le couple, c'est la routine, ils ne se plaignent pas. Ils sont accompagnés de leur dernière fille et d'une nièce. Un peu après 10 heures, devant le centre de santé, on les informe que le médecin est parti « en brousse », faire une campagne de vaccinations dans un village éloigné. Il reviendra demain soir. Elle voit l'infirmier, premier adjoint du maire, qui lui propose une piqûre pour la soulager en attendant. Elle n'aime pas les piqûres et se contentera donc de quelques comprimés antalgiques. Le couple va « patienter » 24 heures dans une de ses familles. L'état de la malade ne s'arrange pas : elle est en plein délire. Son mari est très inquiet ; il décide de conduire sa femme directement à l'hôpital de la ville et se demande aussi quel va être le montant des frais à venir. Il peut compter sur sa famille pour lui prêter un peu d'argent. Le lendemain 12 mars, c'est le jour de départ du transport public vers Mandritsara : en effet, la saison des pluies touche à sa fin, et depuis une semaine la liaison routière a repris. En guise de transport, il s'agit d'un convoi : un minibus et un camion quittent Mandritsara un jour et font le trajet inverse le lendemain. Ce n'est pas la panacée, mais déjà un peu plus confortable que la charrette ; la commodité va en s'améliorant. Et puis à Mandritsara, il y a un vrai hôpital. La piste est détremmée, le voyage chaotique dure huit heures. A 16 heures, Mme X. est enfin à l'entrée de l'hôpital. Mais il n'y a déjà plus de personnel pour l'accueillir. Que faire ?

Quand nous avons croisé le chemin de Mr Y., en ce lundi 11 mars, il ressemblait à un vieillard. Ce jour-là, l'ONG MSF effectuait une mission mobile dans le village de Manakoliva, situé à un carrefour stratégique d'axes routiers importants du Sud malgache (voir carte 52, page 416). Le premier axe, Nord – Sud, relie Ihosy à Fort-Dauphin, une longue piste très droite, sableuse et monotone. Ce village marque par ailleurs la jonction avec l'axe qui part plein Ouest vers Békily. Ce hameau est situé à équidistance, soit 40 km, de trois formations sanitaires dans la région : au Nord le village d'Isoanala dispose d'un hôpital médico-chirurgical, dirigé par une mission humanitaire italienne, le village de Béraketa au Sud possède un CSB 2 efficace et enfin la ville de Békily, un hôpital public dont MSF assure le fonctionnement. Le principe des équipes mobiles de MSF est de se déplacer régulièrement dans les villages très isolés du district de Békily, pour offrir des soins gratuits. L'équipement comprend deux véhicules 4x4, l'un pour le transport des

personnels et du matériel, l'autre qui sert d'ambulance pour les urgences. Afin de fidéliser une population illettrée, on a décidé de travailler par roulement dans chaque petit bourg : ce sera par exemple pour le village A, le premier mardi de chaque mois, pour le village B, le second vendredi du mois, etc. L'équipe opérationnelle comprend un médecin, une sage-femme et trois infirmières. La « petite » équipe installe son matériel dans la cour de l'école primaire. Et surprise, il est déjà 9 heures mais il n'y a personne ! Qu'à cela ne tienne, on déplie chaises et tables en plein air, on prépare les vaccins et quelques médicaments, ainsi que des moustiquaires imprégnées que l'on va distribuer aux patients. Un infirmier prépare dans un coin du matériel pour faire des tests de dépistage rapide du paludisme. La sage-femme va ouvrir un poste de consultation pré-natale, dans une salle de classe dont les fenêtres sont barrées de cartons. L'accès à des soins pour la population locale est ainsi facilité, grâce à des personnels de santé disponibles. Le temps passe, peu à peu quelques personnes arrivent. On se rend compte que l'information n'était pas passée, les gens ont confondu les lundis, une grosse foule était présente lundi dernier ! Couac ! Les premières consultations se passent, en dehors de toute intimité. Plusieurs femmes se réjouissent quand on leur donne une moustiquaire. La foule est maintenant compacte, animée par les jeux de nombreux enfants. Ceux-ci ont une apparence triste, ils jouent, mais sans enthousiasme excessif. Ils sont vêtus de frippes lacérées, masquant à peine des abdomens ballonnés, l'état bucco-dentaire apparent est déplorable chez la plupart de ces petits, mais ils ne s'en formalisent pas, pas plus que leurs parents. L'eau est rare et chère aussi, dans ce hameau. Nous cherchons à savoir quelle est la nature de l'eau dont les villageois disposent. On nous conduit à un puits protégé d'une barrière végétale, il se trouve en pleine nature, à trente minutes à pied du centre du village. Une jeune fille remonte un seau rempli d'eau trouble, qu'elle va s'empresse de disposer sur sa tête avant de s'en aller avec hâte. On craint les étrangers dans ce village. L'eau est présente, mais de quelle qualité ? L'accès à l'eau est un peu difficile. De retour au village, un homme nous interpelle : « *Il y a là-bas un homme malade. – C'est où là-bas ? – A la campagne...* ». S'il existe des pistes pour se rendre au village de Manakoliva, et même si elles sont en piteux état, il n'y en a plus du tout pour se rendre à la maison de Mr Y. L'accès se fait brutalement à travers le bush, pour un trajet précautionneux de 20 minutes en véhicule tout-terrain. Le déplacement à pied doit être plus rapide... Sur le pas de la porte, Mr Y. tient à peine debout. Il est 11 heures et il est seul dans sa maison, qu'il n'a pas quittée depuis plusieurs mois ; il est totalement dépendant de son entourage, ce qui affecte quelque peu son moral. Les membres de sa famille sont partis au champ depuis l'aube. Mr Y. a un gros ventre mais il n'est pas obèse. Ses membres sont d'une maigreur affligeante, mais ce qui nous frappe le plus est son regard : ses yeux n'ont plus de couleur, vaguement grisâtres, il a l'air plus mort que vif ! Mais que se passe-t-il ici ? Le « vieux » Mr Y. n'a que 27 ans ; il est au stade terminal d'une bilharziose digestive. Ses organes abdominaux (foie, rate) sont gonflés à la limite de la rupture ; ils ne fonctionnent plus. Son teint si profondément pâle indique qu'il n'a presque plus de sang. « Il faut faire quelque chose ». Nous avons un véhicule et envisageons un premier transfert au village, où l'ambulance de MSF pourra le conduire à l'hôpital. Mr Y. aura besoin de transfusion de sang : il faudra demander à des membres de sa famille de le rejoindre rapidement à l'hôpital de Békily. L'installation dans notre véhicule dure plus de 30 minutes. A 14 h,

nous sommes au village. Après plus d'une heure de palabres inouïes avec le responsable de MSF, la sanction tombe : « *Mr Y. est malade depuis si longtemps, ce n'est pas une urgence. Il pourra prendre le taxi-brousse !* ». Le prochain taxi-brousse, qui est en fait un camion-brousse, passera dans le village peut-être mercredi. Nous décidons de transporter Mr Y. à l'hôpital, où nous arrivons à la nuit tombée.



Photographie 103 : L'arrivée de Mr Y. à l'hôpital de Békily

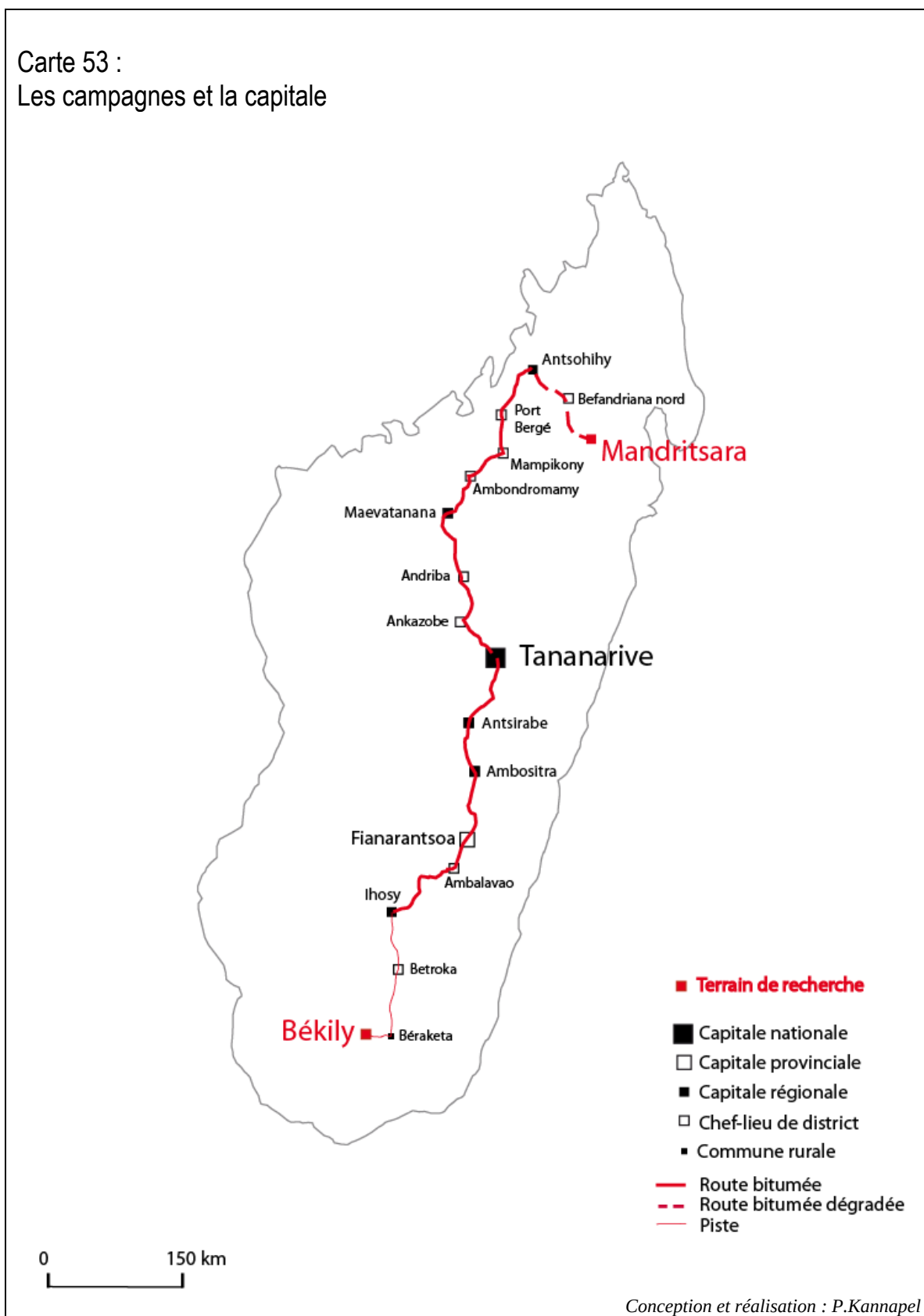
Le confort durant le transfert laisse à désirer mais à l'arrivée, le malade pourra profiter d'un personnel très attentionné. Il est 18h30 quand Mr Y. reçoit ses premiers soins. « *Il détient quasiment le record du monde (!) avec un taux sanguin d'hémoglobine à 1,5 g/l, soit pratiquement nul !* (E 8).

C'est un grand chambardement dans la vie de Mr Y., un déracinement total pour un jeune homme qui n'a jamais quitté son village. La nuit est calme, sous haute surveillance. Mardi matin, il est tiré d'affaire, mais il est loin d'être guéri. On n'a pas de nouvelle de sa famille, qui doit lui fournir du sang à transfuser et s'occuper de lui donner à manger. Mercredi, l'état est stable. Il n'y a toujours pas de famille. Le PAM gère un programme alimentaire pour les malades hospitalisés à Békily. Mr Y. recommence à se nourrir. Les journées sont longues. Il a un besoin urgent de sang mais il n'y a plus de stock à l'hôpital. Dans l'après-midi du vendredi 15 mars, arrivent sa sœur et un de ses frères. Le taxi-brousse de mercredi a trois jours de retard, suite à des ennuis mécaniques.

2. Des retards qui s'accumulent. Situation normale ou manque de chance ?

A Mandritsara, l'hôpital public n'est pas la seule formation sanitaire. Il y a un hôpital privé (HVM), doté d'un service de chirurgie. On reprend une charrette pour 30 minutes de déplacement vers la structure privée. Mme X. est accueillie et installée dans un lit. Le diagnostic du médecin de garde est formel : « *Vous avez un très gros abcès dentaire, et un début d'empoisonnement du sang. Le seul traitement est une opération, mais notre chirurgien est absent pendant deux semaines* ». Le centre chirurgical le plus proche est à Antsohihy, capitale régionale, soit 200 km de route en plus... On va garder Mme X. pendant deux jours à l'HVM, le temps de lui faire baisser la fièvre et reprendre ses esprits. Le 15 mars, son mari, toujours accompagné de sa fille et de sa nièce, décide de la conduire à Antsohihy, en minibus cette fois. Le chauffeur est prudent, mais le revêtement très improbable. Il pleut depuis trois jours non stop et d'immenses flaques d'eau parsèment le trajet.

Carte 53 :
Les campagnes et la capitale



A 17 heures enfin, on arrive à Antsohihy. A la gare routière, la famille doit prendre un taxi de la ville pour se rendre à la clinique. Celle-ci se situe à 5 km du centre-ville, on y

accède par une route secondaire, cassée. Après le refus de quatre taxis de se rendre là-bas (« *La route est trop mauvaise en ce moment* »), un cinquième accepte de faire le trajet : ce seront 15 minutes supplémentaires de secousses et d'inconfort, et un tarif double de la normale. Mme X. est épuisée. Nouvelle hospitalisation. Le médecin responsable est confus : « *Je peux opérer votre femme, mais notre anesthésiste est malade depuis hier, il fait une crise de paludisme, et je n'ai personne pour le remplacer. Il y a bien un dentiste à Antsohihy, mais le problème est le même, votre femme a besoin d'une anesthésie générale. Je propose que vous restiez ici deux jours, et si mon anesthésiste va mieux, on pourra vous opérer, sinon il faudrait partir à Tana...* ». Mme X., fatiguée, ne comprend pas tout. Son mari a bien compris la situation et sent l'angoisse monter dans son corps : « *Comment allons-nous faire ? Cela fait déjà 4 jours que l'on est en vadrouille. Nous avons une fille étudiante à Tananarive, je vais essayer de la contacter. C'est peut-être finalement la meilleure solution* ». Si l'accessibilité aux structures sanitaires est moyenne, les problèmes de disponibilité sont majeurs dans ce district.

Dans le Sud, le temps passe lentement. L'état de santé de Mr Y. s'est nettement amélioré, mais il n'est toujours pas guéri. « *Il doit être opéré de la rate, devenue trop lourde et qui risque de se rompre au moindre faux pas* » (E 8). Or il n'y a aucun service de chirurgie dans le district de Békily. MSF va décider son transfert à Isoanala, pour 80 km de routes secondaires. Le départ est prévu demain à 5h. « *Nous devons rouler de jour, pour la sécurité. En plus demain c'est dimanche, ça devrait être encore plus calme que les autres jours sur la route* » nous précise-t-on (E 2). Le voyage va durer 8 heures, il est inconfortable et éprouvant, mais se passe sans incident notable : c'est même considéré comme « *le grand luxe : une voiture particulière !* » par Mr Y., qui ne revient toujours pas de ce qui lui arrive. Son frère l'accompagne. La sœur a cinq enfants en bas âge, dont un bébé qu'elle allaite. Elle retournera au village. Mr Y. est peu loquace. Il nous confiera néanmoins, en toute innocence : « *C'est une sorte de renaissance, pour moi j'étais condamné* » dit-il. « *Nous avons bien consulté l'ombiasy quand mon ventre a commencé à grossir. J'ai suivi ses recommandations pendant un mois. Il me disait que quelqu'un m'avait empoisonné. A la fin, je n'avais plus d'espoir de vivre et je me réjouissais à l'idée d'aller rejoindre mes ancêtres* ». Isoanala, dimanche 17 mars. La chaleur est torride. Le chirurgien coopérant italien est absent : il est parti avant-hier pour un mois de congés, et aucun remplaçant n'est prévu. L'accessibilité aux services de soins est aisée mais il n'y a pas de disponibilité. La capacité financière n'est pas en cause : MSF prendra en charge complètement Mr Y. En terme de « confort », la commodité est moyenne jusqu'à présent et l'acceptabilité relativement bonne. Le siège de MSF est à Tananarive : on conseille alors à Mr Y. de se rendre dans la capitale où l'on trouvera bien un chirurgien compétent et disponible. Oui, mais comment ? L'ambulance doit retourner à Békily. Il n'y a pas de train, pas d'avions. Seule solution : le taxi-brousse. Les frais seront payés par MSF. Le frère de Mr Y. se charge d'achever de le convaincre. Le départ est prévu pour lundi. Direction Ihosy puis Fianarantsoa et enfin la délivrance ? Mais c'est une grosse angoisse pour la fratrie, qui n'a jamais quitté sa brousse ; la ville, à fortiori la capitale, fait peur, c'est un véritable choc de civilisation en perspective.

« *On n'a vraiment pas de chance. Vous pouvez voir comment cela se passe à Madagascar, quand on est malade. Tous les frais de santé sont à notre charge. Le médecin de la clinique ne nous a pas demandé trop d'argent, heureusement* » nous déclare le mari de Mme X., désespéré. « *Je partirai seul à Tana avec ma femme, ma fille et ma nièce resteront ici dans la famille. Le transport coûte trop cher* » (E 20). A Antsohihy, Mme X. est épuisée. Le médecin estime que son état ne lui permet pas de voyager en taxi-brousse immédiatement. Finalement, le 17 mars, on se prépare pour rejoindre la capitale. Des bus circulent tous les jours. Il faut compter entre 14 et 17 h de route. Mme X. se sent mieux, elle s'est préparée mentalement pour ce long voyage, largement soutenue par sa famille. La pluie tombe toujours, mais par intermittence. Ce sont de violents orages, de deux ou trois heures. Le véhicule est confortable, c'est un Sprinter Mercedes, une personne par place, ce qui est rare dans les transports publics. De nombreux Malgaches sont très maigres, et il est courant de voir deux ou parfois quatre personnes occuper un seul siège. Le départ se fait sans encombre. Les kilomètres défilent... jusqu'au premier radier, à la sortie de la ville de Port-Bergé : tout le monde descend, pour alléger le véhicule. On autorise Mme X. à rester à bord, les autres passagers vont devoir se mouiller. L'escale imprévue dure une heure trente. Il est déjà 14 heures : 6 heures pour faire 200 kilomètres. Deux gros radiers vont encore faire obstacle, le troisième sera celui de trop : infranchissable, il faut attendre la décrue ! Personne ne se plaint, chacun est résigné, ce sont des instants de vie habituels sur les routes malgaches. L'inconfort est total pour une personne valide, mais que dire pour un malade ? La pluie avait heureusement cessé. Commencent alors de longues heures d'attente : les habitants du village proche ont déjà aménagé de petits étals : on fait cuire du riz et de la viande, une aubaine pour ces habitants isolés, bien que vivant sur une route nationale. Le chauffeur a disparu, parti rejoindre une de ses maîtresses, probablement. La vie continue, malgré ces petits tracasseries. Le niveau de l'eau ne semble pas baisser très rapidement et les passagers se préparent à passer une nuit à la belle étoile. Cinq minibus au moins sont dans la même situation, de part et d'autre du radier, il y a en outre des camions semi-remorques, un troupeau de boeufs et plusieurs carrioles. Un homme joue du banjo quelque part au loin, c'est la pleine lune dans un ciel étoilé. « *Je pense qu'on pourra passer demain matin. J'ai pu joindre ma fille à Tananarive, elle nous attend. On devrait arriver demain après-midi* » nous confiera le conjoint de Mme X. « – Avez-vous déjà été à Tana, d'ailleurs ? – Oui, quand notre fille est entrée à l'université, il y a deux ans, et une autre fois pendant les vacances de Pâques, l'année dernière. – Que pensez-vous de cette ville ? – Oh, vous savez, nous, on ne pourrait pas y vivre, trop de bruit et de pollution. L'air est bien plus propre dans notre village. Mais les jeunes maintenant, ils ne rêvent que de ça, le soi-disant modernisme ! » (E 20). Mme X. est confortablement installée sur une banquette de quatre sièges, à l'arrière du minibus. Les autres passagers se sont installés dehors, à la bonne franquette, sur des nattes à même le bitume. La nuit est chaude et le chauffeur sera de retour à 7 heures, le 18 mars au matin. Le soleil est là, le radier s'est miraculeusement vidé durant la nuit. Après une heure de derniers préparatifs, chacun reprend sa place et le voyage peut continuer. Le paysage est monotone, on voit à perte de vue des immensités d'un sol ravagé par les incendies, il n'y a plus de verdure à l'horizon, à peine ça et là un champ de tabac et quelques palmiers. On arrive au croisement de la route de Majunga :

c'est le gros village commerçant d'Ambondromamy, escale pour le repas de midi, une heure de pause. Mme X. va pouvoir manger un peu, elle est affamée, sa grosse tumeur ne lui permet plus de se nourrir correctement. Courage, il n'y a plus que 424 km à résister, la route est bonne à partir d'ici. Etape suivante, la petite ville de Maevatanana est installée dans une cuvette ; elle a la réputation d'être la plus chaude de Madagascar ; en effet, on doit frôler les 45°C en cette fin d'après-midi. Il n'y a pas d'air conditionné dans le van, la température de Mme X. remonte en flèche, elle est prise de convulsions. Son mari va acheter deux blocs de glace à la station-service de la ville. « *C'est tout ce qu'on peut faire à ce stade. Le médecin de la clinique d'Antsohihy m'avait donné ce conseil* » indique l'époux fort dévoué. Les passagères du bus entourent Mme X. de beaucoup de prévenances. Il est 17h30, le véhicule reprend la route, c'est la brousse tout autour, il n'y a plus un seul village. La route s'élève aussi, on aborde les Hauts Plateaux. Dans un virage, un grand bruit éclate, pareil à une explosion. Le chauffeur reste calme et se gare rapidement sur le bas-côté. La voiture est immobilisée ; diagnostic : le radiateur est mort, il faut le remplacer. Mais elle est où cette capitale ?

Le temps clair de la veille avait laissé place à un ciel souillé par des nuages d'orage couleur de plomb. Il ne tarderait pas à pleuvoir. Si dans le Sud la saison sèche est déjà bien entamée, il n'en est pas de même à l'approche des Hauts Plateaux. Mr Y. et son « gros ventre » sont installés dans le minibus, son siège est juste derrière le chauffeur. Il y a en tout six personnes sur la banquette, outre Mr Y., son frère, un couple très âgé et très maigre, et deux jeunes hommes, les aides-chauffeur. Le minibus transporte au total vingt-trois passagers, pour une contenance de 14 places officielles. Le départ d'Isoanala s'est fait à 8h30. Direction Ihosy, pour un peu plus de 150 km de piste sableuse, le chauffeur espère mettre 6 heures pour les effacer. « *Après Ihosy, ce n'est plus que de la route bitumée jusqu'à Tana* » nous signale-t-il. La circulation est rare dans cette région. En trois heures, nous n'avons croisé qu'un camion-citerne et une dizaine de charrettes, mais aucun troupeau de zébus.

Photographie 104 : En taxi-brousse vers la capitale

Le ciel bleu est trompeur : de gros nuages noirs sont en formation sur les montagnes vers le Nord. La moindre averse permet à la végétation de se régénérer mais transformera la piste nationale en un borbier, bloquant toute circulation automobile... le temps que la chaussée s'assèche.



A quinze kilomètres au Nord du village de Bétroka, la route est bloquée par un gros amas de branchages : c'est un code à Madagascar pour signaler un danger routier quelconque, un trou sur la chaussée ou un glissement de terrain. Que se passe-t-il ici ? Le chauffeur s'arrête et descend du bus en toute innocence, lorsque trois hommes armés l'entourent puis le plaquent au sol. Deux passagères se mettent à hurler. Les hommes ont le visage masqué et paraissent très agressifs dans leurs gestes. « *Ce sont des bandits, ils veulent l'argent et les bijoux* » nous dit l'aide-chauffeur. « *Pas de panique, restez calmes et tout se passera bien* ». Mr Y. et son frère n'ont ni argent, ni bijou, ils sont vêtus d'un short et d'un tee-shirt ayant connu des jours meilleurs. Ils n'ont même pas de bagage. L'« attaque » dure 20 minutes, MAIS le chauffeur est tétanisé maintenant : la vieille dame, voisine de Mr Y. va lui prodiguer un massage de la tête. Il retrouvera un peu de ses esprits après trois heures de temps. La nuit commence à tomber. Il y a encore 100 km jusqu'à Ihosy : « *On n'a pas le choix, il faut y aller* » se rassure le vaillant chauffeur. Il restera dans un mutisme complet au cours de ce dernier tronçon. Il est minuit à l'arrivée à Ihosy, le chauffeur est épuisé, il ne peut plus faire un kilomètre de plus, il s'éloigne rapidement du véhicule, histoire d'oublier ce drame au plus vite... Tous les passagers se préparent à une nuit à la belle étoile, en espérant qu'un nouveau chauffeur arrive demain matin. Mr Y. a pu dormir quelques heures dans le bus. On repart à 6 heures, lundi matin. Les 200 km jusqu'à Fianarantsoa se déroulent sans incident. La route s'élève, on est arrivé dans la région des Hauts Plateaux. La forêt est rare mais les paysages de rizières en terrasse évoquent l'Indonésie, berceau des premiers habitants de l'île. Les kilomètres s'enchaînent. C'est encore loin la capitale ?

La fille de Mme X. est étudiante en sociologie à l'université de Tananarive. Le père va loger dans sa petite chambre, à la cité universitaire, durant le temps d'hospitalisation de la mère. Le père a pensé à transporter du riz de sa propre rizière, pour assurer la subsistance de la petite famille durant cet imprévu. Il se rassure à la fin de ce long voyage. Il est presque 3 heures du matin à l'approche de la capitale. « *Notre fille ne va pas la reconnaître, elle va paniquer* » (E 20). Mme X. ne va pas bien. Sa conscience lui échappe et elle commence à délirer, elle a du mal à respirer maintenant.

A proximité de la ville d'Antsirabe, le minibus perd une roue dans un virage : essieu cassé. Il est 21 heures, il faudra trois heures de réparation : c'est le système D malgache, il y a toujours une solution à tous les problèmes mécaniques. Mr Y. et son frère commencent à s'inquiéter. « *Ils nous ont dit à Békily que quelqu'un allait nous accueillir à Tana, mais avec tous ces retards, j'espère qu'ils ne nous auront pas oubliés. Parce que sinon, on est perdus. Il n'y a pas de famille là-bas* » déclare le frère de Mr Y (E 12). Ce dernier se pose des questions sur son opération. « *Est-ce que j'aurai mal ? Ils vont me faire beaucoup de piqûres ? Combien de temps cela va durer ? Qui va nous donner à manger ?* ». Il est presque trois heures en ce mardi matin, la capitale est proche maintenant.

3. « Adieu la brousse, bienvenue dans la jungle »

La capitale se profile au loin, dans les brumes d'un nouveau jour, de souffrance. Le terme du parcours de soins est proche et chaque voyageur en ressent du soulagement, la fin d'un périple de galères, riche en émotions mais ordinaire. Est-ce la fin d'un voyage ou le début d'une nouvelle aventure ? Il va s'agir désormais de se « confronter » à la capitale. Quelle est l'identité de cette ville ? C. Fournet-Guérin (2007, A) indique que « *Tana est une grande ville mal-aimée. Ce n'est pas une ville neuve ni une création coloniale : il s'agit de la très ancienne capitale des rois Mérimina dont le paysage urbain original rappelle les origines asiatiques du peuplement insulaire. Cité royale et sacrée située au cœur d'une opulente plaine rizicole, reflet d'un pouvoir centralisé, Tananarive ne pouvait que devenir le symbole de l'identité Merina* ». A l'arrivée dans la capitale, l'état de Mme X. s'aggrave, elle a de plus en plus de mal à respirer. Il faudrait pouvoir accélérer mais la route, étroite, est trop encombrée. Il est 4h30 et l'heure de pointe va commencer. Il n'y a pas hélas de service d'urgence du type SMUR²³³ dans la capitale malgache. Les pompiers ne prennent pas non plus en charge les malades ou blessés et il n'y a aucune ambulance équipée de gyrophares pour se frayer un chemin dans ce capharnaüm de circulation. On comprend vite ici que la capitale concentre au moins 90% du parc automobile de Madagascar. Il faut une nouvelle fois se résigner et patienter encore trente minutes, une heure ? Le chauffeur lui-même ne peut rien garantir. Trois voyageurs s'affairent autour de Mme X. pour un soutien moral sincère, ce qui provoque un réconfort transitoire à la malade.

A mille mètres d'altitude, dans la région historique de l'Imérina, la ville de Tananarive est construite sur plusieurs collines. Dans l'environnement des Hautes Terres, qui s'étagent entre 1000 et 2500 m sur les rives de l'Ikopa, long fleuve tranquille, on pourrait s'attendre, dans une vision idéalisée, à un site enchanteur, dans un cadre bucolique où l'air est « sain », dans un pays qui garde l'image de paradis terrestre doté d'une flore et d'une faune endémiques remarquables, des paysages grandioses de rizières en terrasse dans une nature partiellement vierge. Ceci n'est en fait plus qu'un cliché. Cette grande ville est désormais « *peu appréciée des étrangers et mal aimée des Malgaches* » (FOURNET-GUERIN, 2007, A), victime de représentations défavorables. En effet, elle se présente comme une « tuméfaction » à la surface de Madagascar. Forte de ses quelques 1,5 millions d'habitants, elle se distingue singulièrement dans un pays où la ruralité domine et apparaît comme une « *ville décalée : Tananarive, une grande ville mal-aimée dans un pays rural* » (FOURNET-GUERIN, 2007, B). Dans un tel contexte, elle reste au cœur de la région la plus peuplée de Madagascar et assume malgré tout, le rôle incontesté de capitale nationale.

²³³ En France, le SMUR est le service mobile d'urgence et de réanimation. C'est la composante mobile du SAMU (Service d'aide médicale urgente).

Tananarive sent mauvais : un mauvais pléonasme

« *Antananarivo* » signifie littéralement « La ville des Mille », dans la langue malgache. Mais de quoi parle-t-on exactement ? De son altitude (1000 m), pour le géographe ? Des 1000 guerriers qui assuraient sa protection, pour l'historien ? Ou des 1000 odeurs, pour les nouveaux arrivants que sont Mme X. et Mr Y. ? Avant d'atteindre le centre hospitalier salvateur, nos deux malades sont confrontés aujourd'hui aux mille odeurs putrides mêlées dans l'air que l'on respire dans la capitale malgache. Un élément frappe immédiatement les sens du visiteur dans la capitale : l'odeur nauséabonde persistante qui flotte dans l'air. Il n'y a pas que les effluves de la pollution automobile, pourtant lourde et pesante de gasoil frelaté. Les véhicules à moteur dégagent des relents de carburant permanents, dans une circulation anarchique. Le centre-ville est un égout à ciel ouvert. Un réseau d'égouts existe mais son entretien n'existe plus depuis des décennies. Il manque de nombreuses plaques, d'où la présence de quantité de trous sur les pauvres trottoirs. Attention où l'on met le pied ! Partout des gens y urinent et y défèquent dans un naturel confondant. De nombreux groupes de personnes sans domicile vivent dans des cartons qu'ils installent au soleil couchant, dans tous les recoins des rues commerçantes. Qui s'occupe de ces gens, qui intéressent-ils ? La mendicité est l'occupation quotidienne de beaucoup de femmes et de groupes d'enfants, elle se pratique même avec une certaine agressivité. Leur hygiène est déplorable, faute d'accès à de l'eau pour une éventuelle toilette. Les rares ruisseaux ou canaux de la ville sont devenus des égouts ou des dépôts d'ordures, d'où des odeurs insupportables s'élèvent, miasmes malodorants, odeur aigre d'urine, remugle fétide d'excréments ou caractéristique du vomi humain. Les odeurs proviennent ici d'une flaque de liquide brun-verdâtre, des tas de matières fécales mélangées sur la voie publique, sur lesquelles de grosses mouches bleues s'acharnent. L'analyse biologique de ces excréments serait bienvenue pour déterminer les besoins de santé de cette population urbaine marginale. Les mêmes mouches collent aux étals de produits alimentaires, viandes, fruits et légumes, proposés à même le sol à une clientèle indifférente, qui ne se pose pas (plus) de question, résignée.



Photographie 105 : Bébé des rues

Il y a des enfants des rues ... mais aussi des bébés des rues. Ils sont à terre, et curieux, comme tous les bébés. Ils vont porter à leur bouche tout et n'importe quoi, tout ce qui passe à leur portée en tout cas, comestible ou non, des cailloux, de la terre, des virus et des bactéries, et surtout plein de parasites.

Arpenter les rues de la capitale contraint à supporter ces odeurs insupportables, mêlées à celles du carburant rempli d'impuretés : les habitants en ont pris l'habitude et ne ressentent plus rien. Après un coup de vent, les odeurs diffusent et quantité de détritus et déchets divers s'envolent : une protection semble obligatoire. Marcher dans les rues

encombrées (de véhicules, de pousses-pousses brinquebalants, de piétons en transhumance, de carrioles déglinguées) relève du gymkhana : il faut surtout bien ouvrir les yeux, afin d'éviter absolument de se prendre le crachat d'une personne en pleine face ! Chaque piéton semble affligé d'une maladie respiratoire chronique, tousse, crache et parfois vomit ! Triste quotidien pour l'observateur extérieur. La misère suinte dans une odeur douceâtre et écoeurante sous chaque pavé : ironie de la situation, de nombreuses rues ont conservé un pavage centenaire, en relativement bon état, ce qui en fait un élément original du paysage urbain.

Où sont les oiseaux ?

Que dire des quartiers périphériques plus récents ? Une zone industrielle polluée, les gares routières encombrées avec des bousculades interhumaines, bruyantes et permanentes, l'agressivité des rabatteurs qui cherchent des clients. Il n'y a pas de service d'assainissement et une population qui marche, erre sans but apparent pour une partie, ou qui erre avec un but précis : se rendre à l'école, se rendre au travail, quoi de plus normal, quoi de plus ordinaire ? La population est très pauvre, elle n'a souvent pas les moyens de se payer un transport public, les rues sont envahies de ces piétons errants. Les transports publics (minibus) sont malgré tout surchargés, on les remplit jusqu'à l'étouffement, pour un bien faible profit. Ceux qui ont la chance d'avoir un travail sont tenus d'une main de fer par des patrons peu scrupuleux, sans trop de forme de contrat de travail. A la moindre faiblesse, c'est la porte : les candidats à un emploi (à une forme moderne d'esclavage en fait) ne manquent pas. Les salaires sont faibles, ceux qui sont plus forts physiquement essaient de cumuler deux emplois. Depuis quelques années, à Tananarive essentiellement, une population d'expatriés chinois participe à cette exploitation de l'homme par l'homme. De mieux en mieux intégrée dans l'espace urbain, elle est très présente dans les différentes formes de commerce en ville, à revendre des produits chinois fabriqués en Chine à moindre coût. On ne parlera pas de la qualité de ces produits, notamment à propos de risques sanitaires éventuels.

Sollicitation des sens

Après l'ouïe et l'odorat, le troisième sens très fortement sollicité à l'arrivée dans la capitale est la vue. Se mêlent dans le trafic véhicules motorisés et pedestres (nous avons vu un pousse-pousse, à traction humaine, transporter le squelette d'un camion semi-remorque !). Les trottoirs débordent de commerces informels, les piétons nombreux – innombrables – se bousculent entre charrettes tirées par des boeufs, 4x4 flamboyants neufs, pousse-pousse, automobiles légères, minibus de transports en commun surchargés (les « taxis Be »), piétons transportant des marchandises pesantes sur des carrioles instables, voire sur leur tête. Des piétons qui crachent, urinent et défèquent à même le sol, ne cherchant même plus à se cacher, tant ces pratiques font partie intégrante du paysage urbain. Le « sordide » a-t-il atteint ses limites ? A la tombée de la nuit, le glauque succède au sordide : de nouvelles grappes humaines surgissent sur les trottoirs, de tristes jeunes femmes, vêtues de costumes flamboyants, apparaissent dans quelques quartiers particuliers. Vendre son corps : c'est le début de la course au client, dans une concurrence

effrénée, c'est aussi le destin quotidien sans compromis et sans issue d'une jeunesse désespérée.

Cette ville est pleine de gens, qui marchent vite dans tous les sens, en s'effleurant sans cesse, vers une destination imprécise, ou non ? Errance ou transhumance dans un flot continu de piétons. Des marchands ambulants du secteur informel vendent tout et n'importe quoi, qui une gousse d'ail, une antenne de télévision, quelques chaussettes, du pain, quelques fruits, des journaux, un parasol ou un tournevis. Des familles entières (du nourrisson aux plus anciens) vivent à même le sol. On les voit émerger de leurs cartons au petit matin, dès que le soleil se lève. Ils investissent un « morceau » de trottoir sale : c'est leur seul domicile, tout leur univers. D'autres petits vendeurs occupent dans toute la largeur d'étroits trottoirs. Les quelques rues carrossables sont encombrées dans un incroyable tintamarre de minibus aux allures de bétailières, de pousses-pousses surchargés, vacillants sur un océan de déchets, de véhicules 4X4 rutilants aux pare-bœufs luisants. On peut d'ailleurs se demander quel est leur intérêt en ville ? Ces gens ne fréquentant pas la nature, leurs véhicules sont trop propres, ce n'est au fond que de la parade.

Les véhicules ne trouvent pas leur place, les piétons n'ont plus assez de place pour circuler. Le contact de la rue est violent. Se déplacer à pied revient à pratiquer un monstrueux slalom, il faut regarder où l'on met les pieds. Ville de rien, sans aucun sens, en sursis, mais de quoi ? Pour une population conditionnée, il n'y a pas de place au recul ni à la raison. Itinéraire improbable, rues tortueuses, étouffantes en été, glaciales en hiver. S'il pleut, l'inondation n'est pas loin. Alors on patauge. Le niveau des égouts remonte, les saletés infâmes débordent, pour le plus grand bonheur des petits enfants qui s'égaillent. Cette ville est un cauchemar vivant. Architecture débridée, bâtisses délabrées menaçant effondrement à chaque instant. Des jeunes pickpockets à chaque coin de rue. Pauvre capitale, devenue dans un environnement malsain, la ville des milles odeurs plus désagréables les unes que les autres. Est-ce un cliché comme on en voit ou qu'on entend parfois ? Non, ce sont des visions quotidiennes, au contraire très réalistes d'une grande ville, le quotidien d'un peuple en souffrance : bienvenue dans la capitale !

Photographie 106 : Des enfants gâtés ?

Ces petits enfants ont au moins des vêtements. A 6 ans, on fait la lessive (dans la rue) et on soigne le bébé. On devine sur ce cliché la couleur de l'eau servant à la toilette et on peut en imaginer l'odeur. Leur terrain de jeu se résume à un terrain vague, à proximité d'une bouche d'égout.



La jungle urbaine

Les problèmes sanitaires de la ville sont visibles à l'œil nu, chacun porte en lui un ou plusieurs stigmates d'une maladie plus ou moins grave : malnutrition, affections de la peau, troubles respiratoires, cicatrices diverses et handicaps moteurs, séquelles de poliomyélite ou malformation des membres, abcès purulents. Tout est à vif dans cette ville : des agressions visuelles supplémentaires dans la fournaise tropicale. Les moustiques pullulent, les rats se montrent, signe d'une cohabitation habituelle avec l'homme, les mouches sont partout, par contre on voit peu de chiens errants en ville. Sont-ils aussi victimes de malnutrition ? Il y a bien une société de consommation émergente à Tananarive, un monde parallèle ? Nourriture aseptisée comme un copier/coller du modèle occidental. Les « nantis » se voient de loin, obèses, promenant leur arrogance au volant de gros véhicules, des nostalgiques qui se revendiquent de la monarchie passée. L'affichage de nouvelles technologies « soi-disant » modernes ne fait en fait que rompre les liens sociaux, en isolant les individus dans un monde virtuel. Tout semble faussé et faux dans cette société qui se vit comme empreinte de modernité, c'est-à-dire de mieux-être, de bien-être, de bonheur finalement ! Illusion ? Mimétisme ? Chez eux aussi les problèmes sanitaires sont visibles, à commencer par les maladies de surcharge, la surcharge pondérale avant tout, est omniprésente. Dans les pays riches, les pauvres sont atteints de surcharge pondérale, alors que dans les pays pauvres, les riches souffrent d'obésité.

Mme X. va mieux, elle aura « tenu » une fois de plus et souhaite que son séjour à la ville soit le plus bref possible, rêvant à ses proches restés au « pays » de sa douce campagne. Elle nous révélera par la suite que ces pensées heureuses l'ont aidée à « *tenir le coup* ». Les réflexions du frère de Mr Y. ont le même ton : « *C'est inhumain ici ! Comment peut-on vivre dans une telle cohue ? Notre pays me manque déjà !* » (E 12). Les autres passagers, sains, n'en pensent pas moins, mais ont-ils le choix ? Nouvelle résignation contrainte. Ils sont tous natifs de la campagne et sont ici, qui pour des raisons professionnelles, qui pour des études, qui pour rendre visite à des proches, tous surchargés de fruits, légumes, volailles, sacs de riz et de charbon de bois, une bicyclette ou ... quelque chose qui devrait les aider temporairement à vivre ou à survivre dans la « jungle » urbaine. Le risque est grand de se perdre dans cette immensité urbaine, on perd ses repères, on risque de perdre un peu de son âme. On devient vite une petite goutte dans un océan de misère sociale.

La relation espace/temps en géographie

Le travail de terrain est décidément très surprenant. Aurions-nous acquis le don d'ubiquité en devenant géographe ? Comment être physiquement présent dans deux lieux aussi distants, sans disposer d'une aile géante ou d'avion à hélices ? Ceci est troublant mais pas mystérieux. Le géographe s'intéresse à l'espace et aux distances. La solution de cette énigme n'est pas une question de « distance euclidienne » mais de « distance /temps », tout simplement : il y a effectivement un 11 mars chaque année. L'odyssée de Mr Y. a eu lieu en mars 2013, l'évacuation de Mme X. s'est déroulée en

mars 2014. Ce récit nous a été inspiré par les « *Voyages extraordinaires* » de Monsieur Jules Verne, en particulier par l'épilogue du plus fameux de ces voyages, « *Le tour du monde en quatre-vingt jours* ». Nous tenions absolument à lancer un clin d'œil à l'« Enchanteur » (DELKISS, 1999), voilà chose faite.

Des progrès ou une reculade ?

La « Tribune de Madagascar »²³⁴ publiait ces quelques lignes le 15 novembre 2014. ***La première victime de la capitale finalement enterrée par le Bureau Municipal d'Hygiène.*** « *Après moult tractations, la famille de la première victime de la peste*²³⁵ *de la capitale a accepté la prise en main de l'enterrement de la jeune femme par l'équipe du BMH. Les proches ont quand même suivi le cortège funèbre et ont constaté qu'elle est enterrée à Anjanahary, dans les zones réservées à l'enterrement des victimes de la peste. L'équipe du BMH a également distribué des médicaments aux membres de la famille et aux proches qui ont pu être en contact avec la victime. Les habitants d'Ankasina - 67 ha, quartier de résidence de la défunte, se plaignent de discrimination dont ils font l'objet depuis la médiatisation de ce cas de peste. « Nos enfants sont même exclus de l'école depuis car ils habitent le quartier » se désole un père de famille. Or, respecter les mesures d'hygiène de base s'avère difficile pour eux faute d'infrastructure de base, quasiment tout le quartier étant érigé illicitement. 90 % des habitations ne possèdent même pas de latrines, selon le fokontany... ».*

Mme X. et Mr Y. avaient des maladies évitables. Si Mme X. avait pu consulter un dentiste plus tôt, ce voyage cauchemardesque aurait pu lui être évité. Cela aurait de surcroît occasionné moins de frais. Mais le dentiste le plus proche de son domicile est à 100 km... Si Mr Y. avait pu voir un médecin durant son adolescence, jamais il n'aurait développé une forme chronique de sa maladie. Mais la peur du médecin est encore très répandue dans les campagnes du Sud de Madagascar. Cette histoire retrace le quotidien de la population rurale de Madagascar au début des années 2010 (non, les faits ne se déroulent pas en 1910 !), c'est un exemple concret et parfaitement explicite du concept d'accès aux soins. On y trouve également quelques cas concrets de pratiques des soins. On se doit de préciser qu'il s'agit d'une histoire vraie et vécue. Les deux patients existent, ils sont tirés d'affaire aujourd'hui. Ils ont pu bénéficier de soins « modernes » dans la capitale : elle offre au moins cela. Nous n'avons croisé aucune structure d'assistance ou ONG quelconque au long de ces parcours interminables. Se fondre dans la réalité, c'est la moindre des choses pour le chercheur en sciences sociales. La géographie frôle souvent les autres disciplines des sciences humaines, ce qui en fait tout son intérêt.

L'entretien avec le mari de Mme X. s'est fait en langue française. « *Je suis né en 1960, l'année de l'indépendance de mon pays. Je suis allé à l'école primaire, à l'époque les cours étaient en français, je n'ai pas oublié, même si on n'a pas souvent l'occasion de*

²³⁴ Un des quotidiens de la presse écrite malgache.

²³⁵ Salem G., Cadot E., Forunet F., 2000, « Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles endémies à l'émergence de nouvelles épidémies », in Gruenais M.-E. et Pourtier R., « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine, La documentation Française*, 195, pp. 60-70.

pratiquer » (E 20). La communication avec les deux frères du Sud a été un peu plus difficile, ils furent très intimidés par notre présence et ne parlaient pas français. Des échanges ont néanmoins pu se produire. Dans les transports publics, nous avons toujours croisé une personne qui a pu nous « servir » d'interprète, il y avait qui un étudiant, qui un enseignant prêt à nous rendre service. Ce récit est un résumé. Les déplacements à Madagascar sont émaillés de beaucoup d'évènements, leur relation complète nous ferait sortir de notre sujet. Le concept d'accès aux soins est un élément fondamental dans la consommation des soins sur un territoire. Ce n'est pas le seul. Le réseau de communication terrestre est minimaliste dans le milieu rural malgache, c'est un frein conséquent au développement d'un système de soins de base. Les voies de communication sont bien un déterminant et un enjeu majeur pour améliorer la santé en milieu rural. On pourrait conclure cette partie en disant que non seulement il n'y a pas assez de caméléons à Madagascar, mais qu'en plus ils sont peu visibles. Nous étudierons dans le chapitre suivant une autre composante de la consommation de soins, celle concernant les pratiques.

Chapitre 9 : Les pratiques de soins en milieu rural

Les pratiques de soins seront abordées tout d'abord du point de vue des consommateurs du système de soins, liées à l'état de pauvreté rurale diffuse, essentiellement. Nous apporterons quelques éléments théoriques à propos de la pauvreté. Seront abordés ensuite différents comportements face à la maladie, relevés dans des enquêtes domiciliaires. Puis nous verrons les diverses pratiques des professionnels de la santé, que ce soit dans le domaine public, en se basant sur de nombreux entretiens, ou le fait d'organisations sanitaires à but non lucratif.

A. LES PRATIQUES DE SOINS DES USAGERS

Pour introduire cette partie, nous citons l'extrait d'un article²³⁶ paru dans la presse écrite malgache, signalant le manque de fréquentation du système de soins.

Introduction : « 3 patients sur 10 seulement consultent les médecins »

« L'hôpital de Befelatanana²³⁷ a organisé deux journées portes ouvertes les 14 et 15 novembre derniers pour faire connaître les services de ce centre de santé. Il s'agit aussi d'une initiative pour sensibiliser le public sur la nécessité de se faire soigner par du personnel de santé formé. Car les médecins ont constaté que seulement 3 patients sur 10 les consultent volontairement dès les premiers symptômes de maladie. Bon nombre de patients, aussi bien dans le milieu urbain que rural, préfèrent encore les guérisseurs traditionnels aux médecins. Or, plus ils tardent à consulter, plus les maladies dont ils souffrent s'aggravent. Les associations qui viennent en aide aux malades expliquent cette situation par la pauvreté extrême de la plupart des patients (...). Il y a des médecins, notamment en campagne, qui dès que vous avez franchi la porte vous demandent combien vous avez sur vous avant de demander ce que vous avez comme maladie. Aussi, ils se soignent tout seuls autant qu'ils peuvent et ce n'est que quand ils se rendent compte qu'ils n'ont plus le choix qu'ils viennent à l'hôpital (...). Les patients demandent aux autorités compétentes de soigner les hôpitaux en premier lieu, les centres de santé d'une manière générale, ne disposent pas de médicaments ou plus exactement il faut tout acheter, or la majorité des gens n'ont pas les moyens (...) ».

Nous menons des recherches dans un seul pays, Madagascar. On va se demander à ce stade si les pratiques de santé, ou démarches de soins, sont les mêmes dans deux territoires d'un même ensemble. Que fait une personne malade pour se soigner à Mandritsara et comment se comporte le malade de Békily ? On va s'apercevoir que les pratiques sont fort diverses, en partie conditionnées par des éléments communs aux deux

²³⁶ Cet article, signé Léa Ratsiazao, a été relevé dans « LA TRIBUNE DE MADAGASCAR » du lundi 17 novembre 2014.

²³⁷ Il s'agit du plus grand hôpital de Tananarive, une des parties du CHU.

terrains. Certains types de pratique seraient-ils plus spécifiques ? Avant de traiter du problème des soins eux-mêmes, nous verrons s'il existe des pratiques particulières de prévention, ou de non-prévention des maladies.

1. Eléments communs aux deux terrains

a) Pratiques et pauvreté

Notre confiance dans l'efficacité des médicaments reflète nos croyances concernant la façon dont ceux-ci sont homologués par l'Agence de sécurité des médicaments ou équivalents. Nous pensons qu'un antibiotique ne serait pas commercialisé s'il n'avait pas fait l'objet d'une expérimentation, nous faisons confiance aux institutions pour s'assurer que ces études sont sérieuses et que les antibiotiques en question sont sûrs et efficaces. Chaque fois que, pour une raison ou pour une autre, cette confiance s'érode dans les pays riches, cela conduit à des réactions de rejet de pratiques médicales généralement reconnues. Des commissions de spécialistes réputés unanimement ont beau nous assurer continuellement que les vaccins sont sans danger, il y a pourtant un certain nombre de personnes, aux USA et au Royaume-Uni par exemple, qui refusent de vacciner leurs enfants contre la rougeole, en raison d'un lien supposé avec l'autisme. Maladie considérée comme idiopathique, est-ce que l'on peut légitimement incriminer le vaccin de la rougeole comme facteur déclenchant ou y a-t-il un facteur psychologique mystérieux, donc méconnu, responsable ? Y a-t-il de l'autisme dans les pays défavorisés ? Le nombre de cas de rougeole est ainsi en augmentation aux USA, alors même qu'il diminue partout ailleurs.

Considérons maintenant la situation du citoyen moyen d'un pays pauvre : si en occident des gens qui ont à leur disposition les analyses des meilleurs scientifiques ont du mal à fonder leurs choix sur des preuves solides, on peut imaginer à quel point cela doit être difficile pour les pauvres, qui ont un accès bien plus difficile à l'information. Pour faire leurs choix, les gens se basent sur ce qui fait sens pour eux, mais étant donné que la plupart des pauvres n'ont pas bénéficié d'une formation minimale en biologie, délivrée généralement au cours de l'enseignement secondaire, et qu'ils n'ont aucune raison, comme nous l'avons vu, de se fier à la compétence et au professionnalisme de leurs médecins, leurs décisions nous apparaissent de prime abord peu éclairées. Ainsi, dans beaucoup de pays, les pauvres semblent souvent penser qu'il est important que les médicaments soient administrés directement dans le sang – raison pour laquelle ils réclament continuellement des traitements injectables. Pour invalider cette théorie, plausible, il convient de posséder un minimum de connaissances sur la façon dont les nutriments, dont les produits médicamenteux, sont absorbés dans le tube digestif, ou par exemple sur les raisons pour lesquelles une stérilisation correcte de la nourriture exige de très hautes températures. En d'autres termes, il est important de disposer de connaissances de base en biologie. Il s'agit bien évidemment de la vision d'un occidental, médecin de surcroît, peu désireux de porter un jugement de valeur sur tel ou tel comportement.

- La relation malade – médecin

Pauvreté monétaire, misère sociale, le statut de l'agriculteur malgache paraît peu enviable. Pour aggraver encore les choses, « *les soins médicaux sont un domaine où l'acquisition de connaissances est par nature difficile, non seulement pour les pauvres, mais pour tout le monde* » (BANERJEE, DUFLO, 2012). Si les patients ont l'intime conviction qu'ils ont besoin d'injection pour guérir, il y a peu de chance qu'ils découvrent que c'est la seule méthode, surtout si la maladie pour laquelle ils ont consulté guérit spontanément : il y a de fortes chances que le malade se sente mieux après une injection unique d'antibiotique. La piqûre aura au moins eu un effet placebo. Ainsi se forment dans l'esprit des patients des liens de causalité infondés : même si les antibiotiques n'ont en rien contribué à la guérison, il est naturel de leur attribuer toute amélioration de son état. Il est au contraire contre intuitif d'attribuer à l'inaction une force causale : lorsque quelqu'un a la grippe et va consulter, si le médecin ne fait rien et que le patient se sente mieux ensuite, le patient en déduira que ce n'est pas le médecin qui est responsable de sa guérison. Et plutôt que de remercier le médecin de n'avoir rien fait, le patient sera tenté de penser qu'il a eu de la chance que tout se passe bien cette fois-ci, mais qu'il vaudra mieux à l'avenir consulter quelqu'un d'autre. Cela va favoriser la surmédication, aggravé par le fait que dans de nombreux cas, c'est la même personne qui prescrit et délivre les médicaments. Dans les CSB, les professionnels ont un stock de médicaments qu'ils revendent à leurs patients. Dans les campagnes malgaches, une personne qui se sent malade, qui souffre de douleurs, est peu intéressée par un diagnostic médical précis, elle attend juste d'être guérie, de se sentir mieux, de ne plus avoir mal. Elle ne posera jamais de questions, pourtant fort légitimes à notre point de vue, au médecin : « *Est-ce que ma maladie est grave ? Qu'est que j'ai comme maladie ? Y a-t-il un risque pour que je la transmette à mon entourage ? Comment ai-je attrapé cette maladie ?* ». Le malade n'est pas exigeant : il s'en remet totalement aux compétences du soignant. Celui-ci aura ainsi beaucoup de mal à faire comprendre le rôle des traitements préventifs, comme les pratiques d'hygiène ou la vaccination. « *Pourquoi nous faire une piqûre quand on n'est pas malade ? C'est peut-être même dangereux, on ne sait pas ce que l'on nous injecte ni ce que cela peut provoquer* » (E 10). Il y a d'autre part des gens qui réclament des médicaments alors que ceux-ci ne sont pas toujours indispensables. « *Ils ont entendu parler du calcium et de certaines vitamines à la radio ou par ouï-dire, on a beau leur expliquer que l'on peut trouver ces éléments dans l'alimentation, non, ils croient que parce que c'est un médicament, c'est mieux* » (E 5).

- Des patients insatisfaits : manque de confiance ou mauvaise compréhension ?

Il est ainsi très compliqué de faire admettre le principe de la vaccination, parce qu'elle vise à prémunir une population entière ; l'individu n'y trouve pas sa place, car il n'a pas une vision globale de la société, ou du moins pas dans des termes de santé publique. Sur nos terrains, nous avons constaté qu'il est surtout préoccupé de sa propre situation, son cas particulier, ou celui de ses enfants ou proches. Dans les villages de brousse, l'horizon

est limité : sa propre personne, sa famille, sa maison. Même si à la campagne on aurait tendance à croire que tout se sait, les personnes rencontrées furent très pudiques vis-à-vis de leur santé et on ne connaît pas les problèmes de santé de leurs voisins – « *on n'en parle pas, un point c'est tout, car cela ne nous intéresse pas* » (E 19) – et encore moins ceux des villages voisins. D'autre part, la mesure préventive qu'est la vaccination ne règle pas un problème existant, mais protège contre de futurs problèmes éventuels. Lorsqu'un enfant est vacciné contre les oreillons, il n'attrape pas les oreillons. Cependant, tous les enfants non vaccinés n'attrapent pas pour autant les oreillons (particulièrement si les autres enfants autour d'eux, qui sont la source potentielle de contamination, sont eux immunisés), de sorte qu'il est difficile d'établir un lien clair entre vaccination et absence de maladie. De plus, la vaccination ne protège pas contre toutes les maladies et des parents peu instruits ne comprennent pas forcément ce contre quoi leur enfant est censé être protégé : ils ont tendance à faire un amalgame, « *si on est vaccinés, on ne sera plus malades* ». Par conséquent, quand leur enfant tombe malade, alors même qu'il a été vacciné, les parents peuvent se sentir floués et décider de ne pas renouveler l'opération. Ils ne comprennent pas non plus toujours la nécessité des différentes injections de base, et de devoir faire des injections de rappel, afin de réactiver le système immunitaire. « *On nous dit que les vaccins, c'est très important, mais personne ne nous a jamais expliqué comment ça marche et à quoi ça sert* » (E 10). On voit que dans le domaine de la santé, il est très facile d'avoir des croyances erronées sur ce qui est efficace ou non. Les pratiques de vaccination sont très stéréotypées dans les milieux ruraux. Elles se font dans le cadre de vastes campagnes de masse, médiatisées. La population est « invitée » à conduire ses enfants au centre de santé. Personne ne prend vraiment le temps de lui expliquer même un rudiment du concept de prévention attendue ou en terme de gain de morbidité. Ainsi, tous les gens ne vont pas forcément venir. On considère généralement que si dans une population 70 % des personnes sont vaccinées, le risque de contamination, pour la maladie concernée, est pratiquement nul.

- Fragilité des croyances et nécessité de l'espoir

Il y a peut-être une autre raison pour laquelle les pauvres s'accrochent à des croyances qui nous paraissent indéfendables : lorsque l'on ne peut pas faire grand-chose d'autre, entretenir l'espoir devient essentiel. Les économistes qui s'intéressent à la santé dans les pays défavorisés constatent que « *les pauvres vont bien moins souvent voir le médecin pour des symptômes suggérant des maladies potentiellement fatales que pour des fièvres ou de la diarrhée (...). A Delhi, les pauvres dépensent autant que les riches pour les maladies de courte durée, mais pour les maladies chroniques les riches dépensent bien plus qu'eux.* » (BANERJEE, DUFLO, 2012). Nous confirmons ce fait et son incidence sur les pratiques du système de soins à Madagascar au travers de témoignages. Comme nous l'explique un médecin de brousse, « *les pauvres n'ont pas les moyens de se soigner. Certes les consultations sont gratuites. Mais ils doivent se rendre ici, les plus pauvres viennent à pied ou en charrette, certains malades sont transportés dans une brouette : il n'y a dans ce cas pas de frais financier. Il faudra ensuite acheter les médicaments, une limite pour certains. On n'est jamais sûrs que le traitement sera acheté d'une part puis*

correctement suivi par la suite. L'argent va aussi compter si on leur conseille de se faire opérer (il faudra sortir du district, avec des frais supplémentaires pour le transport, payer les frais d'hospitalisation ... hors de portée pour les plus pauvres). Ainsi les « petites » maladies » sont prises en charge assez facilement. Mais pour les maladies chroniques, qui nécessitent un traitement quotidien ou un suivi particulier c'est impossible, d'autant qu'ici, loin de tout comme vous le voyez, on ne trouve pas tous les médicaments. Vous avez de la chance dans votre pays. Il est difficile pour nous de s'attaquer aux vrais problèmes. Au bout du compte, il n'y a plus que de l'espoir à proposer. A part cela, on n'est pas naïf : on sait parfaitement que beaucoup de malades vont voir le guérisseur, pour des raisons de coût mais aussi par croyance populaire. Quand une personne est malade, on pense d'abord à un empoisonnement ou aux conséquences d'un sortilège. Comment les en blâmer ? » (E 22). Au bout du compte, il persiste un vrai problème pour la prise en charge des maladies chroniques : coûteuses pour un mieux-être attendu pas toujours évident ; c'est le cas pour le diabète ou l'hypertension artérielle.

- Tous les moyens sont bons pour se soigner

C'est sans doute pour la même raison qu'au Kenya (BANERJEE, DUFLO, 2012), les guérisseurs traditionnels et les pasteurs sont particulièrement recherchés pour guérir le sida (ils proposent d'ailleurs fièrement leurs services dans ce domaine, sur des panneaux peints ornant les murs de la moindre petite ville). Longtemps, du moins avant que les antirétroviraux ne deviennent plus abordables, les médecins allopathiques n'y pouvaient pas grand-chose, alors pourquoi ne pas essayer les décoctions ou les sorts du guérisseur traditionnel ? Ce type de « soins » est peu onéreux et donne au moins au malade le sentiment de faire quelque chose. Puisque les symptômes ont tendance à se réduire, on a tendance à y croire ... provisoirement. Entretenir l'espoir, s'accrocher au moindre espoir..., n'est pas le fait des seuls pays défavorisés. Le monde moderne a vu se développer les maladies psychosomatiques (un état dépressif, des lombalgies rebelles, le classique mal de dos, ne sont que quelques exemples, un sentiment récurrent de mal-être), pour lesquelles la médecine moderne ne peut pas grand-chose : on va se tourner vers les rebouteux, chiropracteurs, magnétiseurs, psychothérapeutes divers ou autres praticiens de médecine parallèle... On remarquera que ces maladies sont absentes des besoins de santé dans les pays pauvres, c'est le cas à Madagascar. *« J'ai travaillé dur toute ma vie, j'ai eu 10 grossesses, j'ai nourri tous mes enfants, on est debout tous les matins à 5 heures pour aller au champ, je porte des seaux d'eau sur ma tête depuis que j'ai 8 ans, mais je n'ai jamais eu mal au dos » (E 19).*

b) Les pratiques de l'eau : se laver avec de l'eau sale

L'hygiène corporelle est une pratique de santé préventive de base. Aussi bien à Mandritsara qu'à Békily, en « ville » ou à la campagne, on observe des états d'hygiène fort défectueux. L'eau, ou son absence, pose un problème quotidien dans les campagnes malgaches. L'accès à l'eau est la condition de base à une meilleure santé. L'eau potable

manque cruellement dans les deux espaces. Le point d'eau joue donc un rôle considérable dans la vie quotidienne des populations rurales. C'est le lieu de convivialité par excellence. Femmes, hommes et enfants lui consacrent de nombreuses heures chaque jour, pour des pratiques spécifiques, mais la pratique de la toilette est commune à tout le monde, elle se fait d'ailleurs souvent en groupe. Chaque groupe investit alors un espace de la rivière, et reçoit l'eau rendue impropre par le groupe situé en amont, et ainsi de suite. Celui qui est au bout de la chaîne va se laver avec de l'eau particulièrement sale : un mélange de la crasse des personnes situées en amont et d'une eau moussante provenant de toilettes pratiquées plus haut, parfois mixée avec de l'urine ou des matières fécales déposées innocemment par des enfants. Cette eau servira néanmoins de base à une nouvelle toilette quotidienne. Certains en profiteront pour se brosser les dents (dans le cadre d'une toilette complète) : on recrache ses ablutions dans les eaux usées de la même rivière, qui va poursuivre son écoulement. Le savon n'est pas d'usage systématique, il sera souvent réservé à la toilette du dimanche ; en ce qui concerne les soins des pieds, on utilisera une pierre lisse, pour pratiquer une forme de gommage et attendrir une peau très sollicitée par les agressions extérieures. Il est surprenant de constater les mêmes gestes ici et là, appris dans l'enfance et répétés durant la vie entière. L'observation directe des groupes est plus parlante que des questionnaires étoffés, auxquels les gens ne comprennent pas forcément grand-chose.

A certaines dates de l'année, la rivière ne s'écoule plus, tout le monde est rassemblé autour de quelques mares permanentes, on boit la même eau, on y fait la vaisselle et la lessive ; elle sert aussi et surtout à la toilette corporelle, un semblant de bain pour une illusion de propreté. Les deux terrains sont situés en zone tropicale ; les températures diurnes y sont élevées toute l'année. Dans les villages de brousse, les enfants entament leur journée par une première collecte d'eau pour leur famille. Ils se rendent à pied à la borne-fontaine, au puits ou à la rivière afin d'y collecter de l'eau. On se rend ensuite à l'école, dans des classes surchargées, surchauffées naturellement, et non ventilées. La sortie des cours, en fin de matinée, ressemble à une explosion : tous les enfants se précipitent sur le point d'eau, pour tout d'abord se rafraîchir, pour se laver ensuite, et enfin pour des activités récréatives. Ils utilisent les points d'eau comme un vaste terrain de jeux, pour des loisirs et de la détente. Le moindre temps libre se passe à la rivière, ou ce qu'il en reste, dans une mare, ou en tout cas dans un lieu aquatique, qu'il y ait un mètre ou 10 centimètres de profondeur. Les canards s'ébattent un peu plus loin, les cochons s'y prélassent à côté, les zébus et les chèvres viennent y boire ; l'eau est décidément bien une source de vie (voir les clichés 24 (page 171) et 93 (page 371) par exemple.

Dans notre recherche sur la bilharziose à Békily, nous avons observé que les points d'eau, en général une rivière auprès de laquelle chaque village s'est développé, sont des lieux particuliers où le lien social est très fort. Toute la population se rend quotidiennement à la rivière pour différentes activités que l'on peut différencier selon l'âge et le sexe. Les femmes y passent le plus de temps, les enfants s'y amusent beaucoup et les hommes y recourent essentiellement pour la toilette du corps. Le même cycle se répète, envers et contre tout, inexorablement.

c) Comportements et pratiques

La **circoncision** est une pratique traditionnelle à Madagascar, mais sans inspiration religieuse. Elle est systématique pour tous les jeunes garçons. On peut l'inclure dans les pratiques de santé. Qui alors fait quoi, et où cela se passe-t-il ? Elle se déroule toujours durant l'hiver (austral), selon plusieurs modes possibles. En ville, certaines familles ont une pratique individuelle : on ira voir le professionnel de santé installé à proximité de son domicile. L'acte est individuel et payant. Certaines familles aisées iront plutôt à l'hôpital, voir un chirurgien : l'opération se déroule alors sous anesthésie générale. En brousse, on pratique des circoncisions de masse. Le professionnel travaille à la chaîne, cinq, dix ou vingt enfants se succèdent ainsi, dans les cris, les larmes et le sang. Les conditions d'hygiène sont toujours limites, mais le coût est moindre par rapport à la pratique individuelle. Pour les plus pauvres, on s'adresse à un non professionnel, mais qui cependant connaît le geste à effectuer. Les conditions d'hygiène sont alors déplorables, l'anesthésie même locale, rigoureusement absente ; il faudra au moins trois adultes pour tenir l'enfant. Mais le coût reste dérisoire et on ne pense pas forcément aux risques encourus, tel le tétanos et ses conséquences. Certaines circoncisions de masse (80 à 100 enfants) ont lieu dans le cadre de missions humanitaires. C'est alors un acte gratuit pour les familles. L'âge de l'enfant varie de 1 à 12 ans et parfois 15 ans pour certains, leurs familles ayant tardé pour intervenir par défaut d'argent. Toutes ces pratiques ont lieu régulièrement ; là encore la capacité financière est déterminante.

Concernant la maternité, seules 68 % des femmes accouchent en milieu hospitalier à Madagascar (WALTISPERGER, DELAUNAY, 2010). C'est une moyenne, qu'il faudrait nuancer entre espaces urbains (la proportion doit y être plus forte), et espaces ruraux où la situation est forcément inverse. Cela traduit-il la seule résistance des femmes à accoucher avec une assistance médicale ? Les maternités sont rares à la campagne, un seul service par district, c'est très insuffisant. A cause d'un manque de professionnels de la santé sur le terrain, les femmes n'ont en général aucun suivi prénatal et attendent patiemment les premières contractions pour accoucher, inconscientes des risques inhérents à un état de grossesse. Les risques majeurs sont la mortalité fœtale et la mortalité maternelle, évitables dans nombre de situations. Un autre risque de l'**accouchement à domicile** est la survenue de fistules vésico-vaginales, lourdement invalidantes. Un interdit malgache assez répandu impose de surcroît à la femme la réclusion durant le mois qui suit l'accouchement, ce qui représente un obstacle supplémentaire au suivi postnatal.

Pour se prémunir d'une **infection palustre** (véritable fléau à l'échelle du pays), l'usage de moustiquaires imprégnées de produits répulsifs est-elle la règle ? Les bébés sont en général bien protégés. Il conviendra de redoubler de vigilance car au moindre écart, l'enfant n'étant pas immunisé, risque de développer une forme grave voire létale de paludisme. Mais comment dans ces conditions pourront-ils développer un jour leur propre immunité ? La question reste entière : quel est le meilleur moyen de se prémunir ? La personne devenue adulte restera vulnérable. L'usage des moustiquaires est très variable à la campagne. *« Une de nos missions de terrain est d'insister sur le fait qu'une*

moustiquaire doit recouvrir le lit en totalité, qu'il faudra veiller à ce qu'elle ne se déchire pas, qu'il faudra en changer régulièrement et qu'elle n'a pas pour but de servir de filet de pêche, comme cela est très souvent le cas. On essaie aussi d'expliquer deux ou trois choses sur cette maladie, mais les gens ne comprennent pas bien » (E 9). MSF assure une distribution gratuite de moustiquaires à Békily, ailleurs les familles doivent les acheter. « Pour nous, ce n'est pas un problème pour payer les moustiquaires, on voit trop de gens malades dans le quartier, et des enfants qui sont morts avec le paludisme. Le médecin nous avait dit l'autre fois qu'en plus cela protège contre beaucoup d'autres maladies comme la dengue ou la filariose, même si on ne connaît pas bien ces maladies. Nos deux enfants ont déjà eu de la fièvre, mais pas de grosse crise en tout cas. Le seul souci que je vois c'est qu'en été, il fait tellement chaud la nuit, que dormir sous cette moustiquaire c'est étouffant. On essaie quand même de le faire » (E 15).

*« Pour lutter contre la **bilharziose**, il faudrait mettre des amendes aux gens. Dans les communes d'Antsatramidola, d'Ambilobe (Nord-Est du district de Mandritsara), tout le monde est malade. On voit des choses parfois incroyables, des enfants de 10 ou 12 ans qui ont déjà des bilharzioses chroniques. Ca me rend fou ! Les gens n'arrivent pas à comprendre qu'il faut changer de pratiques de toilettes, surtout d'arrêter de faire leurs besoins dans l'eau. Regardez la jeune fille là-bas – une jeune fille est assise dans la rivière, dans 50 cm d'eau ; elle est entièrement vêtue –. Que croyez-vous qu'elle fasse ? Défécation et miction, puis bain. Les (mauvaises) coutumes ont la vie dure. S'ils devaient payer, vous pouvez être sûr qu'ils feraient autrement » (E 17). Notre interlocuteur est instruit, originaire de cette campagne et professionnel de santé ; il connaît bien la mentalité et les (mauvaises) pratiques de la population rurale.*

2. Eléments particuliers

La pratique du système de soins est conditionnée par différents facteurs. Comme pour l'accès aux soins, le facteur financier est déterminant : à la campagne, la population dispose de peu d'argent liquide. L'essentiel de l'argent disponible sert à se nourrir. C'est un facteur limitant. Il y a ensuite des facteurs culturels ou de croyance populaire. L'éducation et le niveau d'instruction déterminent le comportement du patient face à la maladie. Par ailleurs, un système de soins inadapté, insuffisant ou souffrant de disparités spatiales flagrantes, n'incite pas à sa fréquentation. Dans certains villages, où nous étions passés à plusieurs reprises, le CSB était toujours fermé, sans explication, sans une note d'information quelconque sur la porte d'entrée. Le voisinage immédiat n'en savait pas plus non plus.

a) Pourquoi ne fréquente-t-on pas le système de soins ? Paroles d'usagers.

- « Le professionnel de santé est absent. Je ne sais pas quand il reviendra.
- « Il n'y a pas de médecin dans notre village.
- « On n'a pas d'argent.

- « *On ne sait pas.*
- « *J'ai peur du médecin.*
- « *J'ai peur de l'hôpital.*
- « *Je n'aime pas les piqûres, ça fait trop mal.*
- « *On attend que le problème se règle par lui-même.*
- « *Je n'ai pas l'habitude d'aller voir le docteur ».*

La mauvaise fréquentation des CSB est un fait reconnu à la campagne. Tous les médecins rencontrés ont évoqué ce fait. La population rurale est fort suspicieuse, voire craintive, face à la médecine moderne. On se méfie des étrangers, des professionnels de la santé qui ne sont pas nés dans le « pays », car ils ne partagent pas le même dialecte ni les mêmes coutumes. Ceux-ci critiquent parfois ouvertement les croyances traditionnelles de la campagne, les causes ont des fondements historiques. Malentendus et incompréhension se multiplient. On impose des méthodes parfois brutalement au nom de la santé publique, à une population illettrée et isolée, sans parallèlement améliorer l'éducation. Surgissent alors des problèmes éthiques ou déontologiques majeurs.

b) Résultats de l'enquête domiciliaire

Nous avons étudié les comportements de pratiques de soins de santé en milieu rural. L'étude repose sur une méthode d'enquêtes domiciliaires (ANNEXE 13), à partir d'un questionnaire²³⁸. Celui-ci a été rédigé dans une version minimaliste voire simpliste, sachant que nous nous adressions à une population peu instruite. Par ailleurs, le vocabulaire malgache est peu étoffé pour les thèmes liés à la santé (par exemple *marary* signifie aussi bien avoir mal quelque part qu'être malade au sens large) ; par ailleurs beaucoup de termes médicaux n'ont pas de traduction dans la langue malgache. Nous n'avons communiqué de façon directe avec aucune personne de la brousse, nous fiant entièrement à notre interprète, qui lui-même a sa propre interprétation des faits de santé. Dans un souci de bonne compréhension, après traduction, les questions ont donc été volontairement simples. Les personnes interrogées n'étaient que des adultes. Dans l'exposé des résultats, nous ajoutons en parallèle le rapport de certains entretiens, dans lesquels la parole est plus ouverte. Les questionnaires ont été faits dans plusieurs quartiers des communes urbaines, et dans plusieurs villages des communes rurales. Enfin, ce questionnaire reste superficiel : engager un questionnaire plus détaillé aurait demandé plus de temps aux personnes rencontrées, ajoutant un facteur supplémentaire à leur suspicion. Le détail figure dans les tableaux ci-dessous.

²³⁸ Les personnes ont été interrogées par un interprète malgache, étudiant en licence de géographie, de surcroît. Celui de Mandritsara avait interrompu ses études, celui de Békily les poursuivait à l'université de Tuléar. Dans les villages, hormis le médecin, un professionnel de santé ou un enseignant, personne ne parle le français. Ce peut être la source de certains biais, pour des raisons d'interprétation. Dans les villes de Mandritsara et Békily, les interlocuteurs avec qui nous avons pu communiquer en français étaient un peu plus nombreux. Pour le district de Mandritsara, les questionnaires ont été pratiqués dans plusieurs villages des communes rurales d'Antsirabe Centre et de Marotandrano. En ce qui concerne Békily, les questionnaires ont été proposés dans plusieurs villages des communes rurales d'Ambahita et de Beraketa. Pour chaque district, cinquante questionnaires ont été faits à la campagne et trente en ville.

Tableau 28 : Premier recours aux soins dans le district de Mandritsara

Comportement	Milieu rural		Milieu urbain	
	Nombre absolu	Proportion	Nombre absolu	Proportion
J'attends un peu. Je ne fais rien	13	26%	4	13,3%
Je vais à l'hôpital	2	4%	5	16,6%
Je vais voir le médecin ou l'infirmier (CSB)	5	10%	12	40%
Je prends des tisanes (médecine traditionnelle)	26	52%	3	10%
Je vais acheter des médicaments tout seul (automédication)	4	8%	6	20%
Total	50	100%	30	100%

Tableau 29 : Premier recours aux soins dans le district de Békily

Attitude	Milieu rural		Milieu urbain	
	Nombre absolu	Proportion	Nombre absolu	Proportion
J'attends un peu. Je ne fais rien	12	24%	6	20%
Je vais à l'hôpital	-	0	2	6,6%
Je vais voir le médecin ou l'infirmier (CSB)	4	8%	6	20%
Je prends des tisanes (médecine traditionnelle)	34	68%	6	20%
Je vais acheter des médicaments tout seul (automédication)	-	0	10	33,3%
Total	50	100%	30	100%

- ✓ Dans les villages de brousse, les gens ont un niveau d'instruction limité. La population dans son ensemble pratique l'agriculture. On y inclut le professionnel de santé et l'instituteur qui, pour améliorer un revenu modeste, ont aussi une petite activité agricole. A propos de la conduite à tenir en cas de maladie (question 3), on nous donnait deux réponses principalement, à savoir : « *J'attends un peu. Je ne fais rien* », ou « *Je vais voir le moasy (Mandritsara) ou l'ombiasy (Békily)* », à peu de choses près et dans des proportions identiques. La proportion reste néanmoins plus forte pour le recours à la médecine traditionnelle à Békily. Les gens connaissent peu le système de soins et en ont peu d'expérience ou alors des expériences malheureuses. C'est le cas à Mandritsara : « *Mon père est âgé, il vient d'avoir 75 ans. Il est maintenant impotent, ne se lève que pour aller aux toilettes. Il souffre de difficultés respiratoires permanentes. Il ne veut plus entendre parler de l'hôpital ou du médecin, depuis une hospitalisation en 1998 au cours de laquelle il avait connu de violentes allergies à des médicaments qu'on lui avait injectés. Il ne se soigne désormais plus qu'avec des médicaments chinois.* – Mais où se procure-t-il ces produits ? – *J'ai un frère à Tana qui les lui envoie une fois par mois.* – Connaissez-vous

ces produits ? – *Aucunement. On ne sait ni d'où ça vient ni à quoi ça sert, mais le « vieux » ne jure que par cela. En plus vous savez, ma femme travaille à l'hôpital (elle est sage-femme). Mon père nous répète tout le temps : plutôt mourir que d'aller à l'hôpital »* (E 16). L'entretien suivant se déroule à Békily : « *Dans notre village, les gens n'ont pas l'habitude d'aller chez le médecin. Ils savent que je suis un agent communautaire, mais ils ne me demandent jamais rien. Nous avons pour mission d'aller les voir à domicile, pour faire en quelque sorte du dépistage, voir si un enfant n'est pas malade par exemple, auquel cas on leur donne un peu de paracétamol. Ils ne prennent aucune initiative »* (E 9). Les pratiques de la médecine traditionnelle restent opaques, on nous dit qu'on le fait mais sans entrer dans les détails. Le temps passé sur le terrain fut hélas toujours trop restreint. Nous constatons que spontanément la population restait très réservée à ce sujet. Est-ce de la honte à le déclarer à un étranger ? Tous n'avaient pas compris le sens exact de nos recherches.

Quand on abordait néanmoins le sujet de l'hôpital ou du médecin, les attitudes variaient entre le Nord et le Sud. Pour Mandritsara, les personnes reconnaissaient qu'elles allaient plus systématiquement voir le médecin si un de leurs enfants était malade ; avec cette nuance qu'on attend parfois quelques jours, pour voir si la situation ne va pas s'arranger d'elle-même. Le déplacement vers une formation sanitaire ne semblait pas poser de vrai problème (moyen de transport ou coût), mais nous étions dans des lieux relativement proches d'un CSB fonctionnel. L'automédication est peu pratiquée. A Békily, on semblait tout ignorer des services de santé, aucune des personnes n'a envisagé non plus de pratiquer une automédication. Il est clair que l'accès à des médicaments est quasi inexistant à la campagne. Les tradipraticiens semblent jouer un rôle exclusif dans la prise en charge des malades. Les habitants de ces villages isolés ne sont pas très mobiles et n'ont pas le réflexe de se déplacer à la recherche d'un centre de santé éventuellement ouvert, alors que les *ombiasy* sont présents dans chaque village, depuis fort longtemps et pour un coût raisonnable ; le règlement en nature est souvent la règle. Dans la commune rurale d'Ambahita, pour un pied cassé on attend éternellement, mais quoi ? Lors d'une enquête domiciliaire, dans une maison se trouvait un homme de 35 ans avec le pied cassé. Il était tombé d'un arbre, mais il y a deux mois déjà. Il n'avait strictement rien fait pour se soigner, pensant que les choses se régleraient spontanément. Eh bien non, son pied en était au stade de la gangrène, il souffrait, mais en silence. Il était encore un peu jeune pour mourir, mais risquait déjà l'amputation. Nous avons réussi à le convaincre d'aller à l'hôpital (une heure de palabres avec l'interprète furent nécessaires).

Le délai de prise en compte d'une maladie (question 4) est variable ; on va rarement consulter immédiatement mais on attend le jour du marché de la ville (qui occasionne un déplacement) pour faire consulter un malade dans la moitié des cas. A Manditsara, pour un patient sur 3, on attend plus d'un mois ; la proportion est de un sur 2 à Békily (voir les tableaux 30 et 31, page suivante).

Tableau 30 : Délai de prise en charge dans le district de Mandritsara

Délai	Mandritsara rural		Mandritsara urbain	
	Nombre absolu	Proportion	Nombre absolu	Proportion
Tout de suite	4	8%	10	33,3%
J'attends le jour du marché	24	48%	-	0
Dans 2 ou 3 jours	5	10%	16	53,3%
Dans un mois	17	34%	4	13,3%
Total	50	100	30	100

Tableau 31 : Délai de prise en charge dans le district de Békily

Délai	Békily rural		Békily urbain	
	Nombre absolu	Proportion	Nombre absolu	Proportion
Tout de suite	2	4%	5	16,6%
J'attends le jour du marché	21	42%	-	0
Dans 2 ou 3 jours	2	4%	21	70%
Dans un mois	25	50%	4	13,3%
Total	50	100	30	100

- ✓ Dans les communes urbaines, les pratiques sont variables et nos enquêtes ne montrent rien d'autre qu'une proportion presque identique de personnes « *qui ne font rien* », « *qui vont chez le médecin* », « *qui pratiquent l'automédication* » et « *qui prennent des tisanes* ». Les gens de la ville ont une meilleure connaissance du système de soins public, du fait de leur proximité géographique. Une femme de Békily (E 10) nous résume parfaitement la situation, dans le court entretien qu'elle a pris la peine de nous accorder. « *Après mon dernier accouchement, j'étais malade. J'avais pourtant accouché à l'hôpital, c'était la première fois. Ma mère a préparé des tisanes pendant trente jours. Si mes enfants sont malades, je vais les emmener chez le docteur, avec les enfants on ne sait jamais si c'est grave ou non. Mon mari a parfois des douleurs dans son corps, après une journée de travail : il ira voir le masseur du quartier, trois ou quatre séances suffiront pour le soigner. Quand ma sœur est fatiguée ou malade, elle achète directement des médicaments à la boutique ; elle les connaît un peu* ».

Le délai de prise en charge est plus rapide en milieu urbain. A Mandritsara, 87% des personnes consultent tout de suite ou après 2 ou 3 jours. Pour Békily, le taux est de 70%. La question 5 a été escamotée. Les personnes nous donnaient plusieurs réponses, difficiles à interpréter ; il aurait été plus judicieux de proposer une question « ouverte ».

c) Pratiques de soins et niveau d'instruction (scolaire).

Si plus de 75% des enfants sont désormais scolarisés, ce ne fut pas le cas de leurs parents et encore moins dans les générations précédentes. Par ailleurs, être scolarisé ne signifie pas être instruit. Lorsque l'on voit la surcharge des classes (observations de terrain : il n'est pas rare de voir des classes d'une centaine d'élèves), on se dit que ceux qui vont réussir leur parcours scolaire doivent être des petits génies, et que les enseignants ont beaucoup de mérite de travailler dans ces conditions. Comme dans le secteur sanitaire, les effectifs de l'éducation publique sont largement insuffisants aussi. Une instruction insuffisante induit le fait que les gens n'ont pas le « réflexe » d'aller consulter un professionnel de santé. Ils n'y pensent même pas et ne savent pas très bien ce qu'il pourrait leur apporter. Nous avons reçu des témoignages néanmoins très contrastés. « *L'instruction est la base de tout. Dans notre district de Mandritsara, presque 100 % des enfants font au moins cinq années complètes d'enseignement primaire, ils recevront des rudiments de lecture et d'écriture, bien que dans les villages peu d'enfants aient un cahier ; des signes positifs sont visibles dans les résultats du bac, le niveau s'améliore chaque année et certains vont réussir des études supérieures. On souhaite simplement que quelques uns reviennent ici pour poursuivre la transmission du savoir. Dans l'enseignement, nous avons un seul objectif, la réussite sociale* » (E 29). Un entretien réalisé dans le Sud affiche une tonalité bien différente. « *J'enseigne dans un village de brousse depuis 2 ans. Les élèves n'ont ni stylo ni cahier. Certains amènent toutefois une ou deux feuilles de papier, déchirées dans le cahier d'un frère ou d'une sœur plus âgés, cahier au demeurant offert par l'Unicef. Nos conditions d'éducation sont mauvaises. Imaginez une classe bruyante de 80 ou 90 élèves... Mon salaire est versé par l'Unicef. Parfois c'est l'association des parents d'élèves qui se cotise pour payer un enseignant : l'Etat n'arrive pas à payer les professeurs des écoles, il se décharge complètement sur les associations. Si elles n'étaient pas là, il n'y aurait plus d'école. En tout cas, c'est ainsi dans le Sud de Madagascar, je ne sais pas comment cela se passe ailleurs. Le niveau d'instruction est donc très faible en brousse, l'école n'est pas une priorité pour les familles de la campagne, surtout pour les petits garçons, qui doivent commencer à garder les troupeaux très jeunes, à partir de 5 ou 6 ans. Comment voulez-vous faire pour transmettre ne serait-ce que des bases d'instruction sanitaire dans ces conditions ?* » (E 4). A Mandritsara, on entend encore d'autres sons de cloche, à propos de l'enseignement. La motivation est là, quant aux compétences, on peut se poser la question. « *Je suis professeur de mathématiques dans un collège privé, en remplacement d'une prof tombée enceinte. On n'a pas la garantie de l'emploi dans le privé, et les salaires sont bas. Je voudrais être fonctionnaire, ce serait plus facile pour ma famille. Vous allez rire, mais l'an dernier j'étais prof de gym dans un collège à la campagne, et l'année d'avant prof de français à Mandritsara. On s'adapte, si on veut travailler, on prend ce que l'on nous propose. On espère simplement que nos enfants réussiront mieux que nous. En tout cas, on fait le maximum pour eux, surtout quand ils sont malades* » (E 16). Retour à Békily. « *Nous avons mis en place des classes de formation professionnelle au collège, il y a 5 ou 6 ans, avec au programme des matières comme la mécanique ou l'électricité. On a tenu trois ou quatre ans, mais faute de débouchés pour les jeunes, on a dû arrêter. A la*

campagne, il ne se passe rien, on est agriculteur de père en fils. L'éducation est très difficile à transmettre. Certains hommes iront en ville, ils occuperont des sous-emplois, mais ils s'en contenteront, on voit peu de motivation ou d'ambition parmi la jeunesse de nos classes, et pourtant nous sommes en ville ici » (E 11).

En conclusion, les enquêtes domiciliaires apportent peu d'éléments nouveaux, les discours sont caricaturaux et répétitifs, les problématiques varient peu : insuffisance de praticiens, système de soins peu performant, attentisme et recours aux professionnels de santé dans le Nord, recours quasi systématique aux guérisseurs traditionnels dans le Sud. Les populations des petits espaces urbains ont des attitudes face aux soins à peine différentes, grâce à un niveau d'instruction à priori légèrement supérieur. La transmission du savoir de base semble un problème permanent dans les villages de brousse, avec des parents peu instruits, des élèves peu assidus et un corps enseignant très découragé, à l'instar des professionnels de santé. Des écoles de formation de paramédicaux existent maintenant dans le Nord : elles recrutent leurs élèves à la campagne, c'est un plus incontestable pour faire changer les pratiques de soins dans le milieu rural. On voit par contre peu de changement se profiler à l'horizon du district de Békily.

B. PRATIQUES DES PRATICIENS DU SYSTEME DE SOINS

*On a tort de railler les médecins, ils sont précieux,
quand on n'est pas malade
Jules VERNE*

1. Des théories conceptuelles aux pratiques de terrain

a) Le concept de disponibilité

C'est un élément fondamental de la consommation et de la pratique des soins. La dimension **disponibilité** renvoie à plusieurs notions. Tout d'abord, on doit la rapprocher de celle de couverture sanitaire. R. Penchansky et J.W. Thomas (1981) la définissent comme « *la relation entre d'une part le volume et le type des services existants, et d'autre part le type de besoins des patients* ». La relation offre de soins / besoins de soins est mise en avant. Une offre de soins efficace doit répondre à un besoin spécifique. La disponibilité d'un service de soins comprend elle-même trois composantes principales : la présence physique, la fourniture de prestations adaptées aux besoins, en nature et en volume, et enfin la disponibilité temporelle. Ces éléments, qui se rapprochent de la notion de pratique de soins, seront étudiés plus loin.

Il conviendra tout d'abord de s'assurer de la présence physique d'un professionnel de santé, mais aussi de l'existence d'une infrastructure de soins susceptible de produire un service (DONABEDIAN, 1973). On pourra alors considérer le volume et la qualité des prestations fournies ainsi que le niveau d'équipement médical. Comme le note D.R. Phillips (1990), « *l'indication sur une carte sanitaire d'un centre de santé ou d'un hôpital*

ne garantit pas son existence réelle ou sa desserte ». D'ailleurs à Madagascar, et c'est un comble, les relevés statistiques, dans les SSD, à propos des centres de santé de base en font la mention expresse par les sigles « F » (fonctionnel) et « NF » (non fonctionnel), selon qu'ils disposent ou non d'un professionnel de santé. Ils ont au moins le mérite d'être clairs, mais hélas, au gré des départs et des recrutements, ils ne sont pas mis à jour régulièrement. Par ailleurs, l'absentéisme itératif du personnel de soins (ce sont des fonctionnaires) est un réel problème, sinon la règle, spécialement dans un pays pauvre. L'absence trouve toujours une justification, que ce soit pour cause de maladie ou de formation continue, ou pour se faire payer (il faut se rendre à la fin de chaque mois en ville, dans les bureaux du Trésor public, si l'on veut encaisser son salaire : ce sera une journée ou plus d'absence inévitable). Les absences pourront être le fait de congés annuels ou d'une visite familiale - nous avons rencontré beaucoup de praticiens mariés mais vivant seuls à la campagne, conjoints et enfants étant « restés » en ville. Le manque de moyens techniques et de médicaments, un encadrement aléatoire, l'absence de plan de carrière et des bas salaires peuvent également justifier cette négligence de la part du personnel de santé. Une naissance, un souci familial, la visite de proches sont autant de motifs de ne pas se rendre disponible. Un autre facteur symptomatique à considérer est la démotivation chronique dans le contexte d'isolement total. Certains compensent ce malaise en s'investissant dans la vie de la communauté, en tant que chef de village ou maire de la commune. L'absence sera selon le cas plus ou moins prolongée. Lors de notre travail de terrain, ceci représenta une réelle difficulté pour rencontrer les personnels de santé, que l'on rencontrait parfois malgré tout, mais pas à l'endroit attendu, que ce soit sur le marché ou dans la rizière : « *Voyez le monsieur là-bas, c'est l'infirmier !* ».

b) Qualité des soins

Dans la notion de disponibilité, il convient également de prendre en compte le facteur « qualité des soins ». Comme nous l'avons vu précédemment, la plupart des villages n'ont pas de formation sanitaire, et seuls des agents communautaires sont à la disposition de la population. De plus, les centres de santé de base ne sont pas toujours dirigés par un médecin. Malgré leurs qualités et leur bonne volonté, un infirmier ou une sage-femme n'ont pas toujours les compétences requises pour prendre en charge un malade, même si on compte sur eux pour assurer la fonction de médecin. Une autre difficulté apparaît ensuite : l'absence de supervision des personnels. Les personnels de santé sont généralement livrés à eux-mêmes, personne ne se soucie de leurs vrais besoins. Le peu d'encadrement dont ils disposent concerne des tâches administratives plus que médicales. Il en découle ainsi des dérives fâcheuses du genre surfacturation, favoritisme ou corruption généralisée, contraires à la déontologie et allant à l'encontre de la notion d'éthique médicale de base. Certains vont tout simplement délaisser leur poste au profit d'une occupation secondaire, qui leur rapporte un petit complément de revenus. Dans les campagnes malgaches, la pauvreté monétaire touche la population d'agriculteurs mais aussi les professionnels de santé : le constat est navrant ! Citons le cas d'une sage-femme qui consacre la majorité de son temps à une petite activité de vente de fruits et légumes sur les marchés de sa commune, dans le district de Békily. Elle est présente physiquement

sur le marché toute la journée. Mais elle est connue dans son village, donc si une femme a besoin de ses services, on vient tout simplement l'appeler. On a le net sentiment que son activité de soignante n'est pas une priorité pour elle. Elle assume parfaitement sa double activité. La dispense de soins de qualité est rendue difficile par l'insuffisance et/ou l'absence d'équipement minimum, matériel ou médicament. Travailler sans disposer d'eau courante ni de réseau électrique est une pratique généralisée dans le service public en milieu rural. Une des conditions de satisfaction des besoins est la présence de locaux en bon état. Ceci entre dans le cadre de la disponibilité des soins. *« On commence souvent notre travail à 7 h 30 le matin, au moins il fait jour dehors, et puis il fait moins chaud aussi pour travailler. On pourra difficilement travailler après 18 h, on ne voit plus rien. L'Etat pourrait équiper les CSB de panneaux solaires, pour que l'on ait au minimum un peu de lumière »* (E 6).

La construction des centres hospitaliers ruraux date de l'époque coloniale. Les bâtiments ne sont plus tout jeunes. Ils comptent déjà de longues années de route, sans avoir jamais connu de véritable restauration. Ils se trouvent donc dans un état de délabrement avancé, la peinture s'écaille sur les façades et sur les murs intérieurs les infiltrations sont nombreuses, donnant à l'ensemble une impression repoussante de saleté. S'en suivront des conséquences sur l'hygiène générale, pour les malades et le personnel soignant. La maternité du CHD de Mandritsara rentre dans ce cadre. Elle ne compte qu'une seule sage-femme pour tout personnel, pratiquant de 4 à 5 accouchements chaque mois en moyenne, mais assurant aussi l'accueil, la partie administrative et le nettoyage des locaux. Nous voyons 30 lits d'hospitalisation vides à notre passage. *« La majorité des grossesses sont normales et dans ce cas l'accouchement est aisé. On garde parfois les femmes deux ou trois jours : elles veulent souvent rentrer à leur maison le plus vite possible. Mais à la moindre complication c'est le drame, pour la mère et/ou pour le bébé. Les soins n'y sont qu'une caricature de médecine mettant en péril la santé, voire la vie des soignés et des soignants eux-mêmes. Nos conditions de travail sont particulièrement difficiles. Je reste seule dans le service pendant 24 h, pour deux jours de repos ensuite. Si une collègue est en congé, on en fait un peu plus. Les bâtiments mériteraient un bon coup de peinture, c'est vrai qu'ils ne sont pas très accueillants, on comprend les femmes qui préfèrent accoucher à domicile »* (E 30).

La plupart des centres de santé de base sont de construction plus récente, grâce à des financements extérieurs, des accords de coopération avec la Chine ou le Japon pour la majorité des centres ruraux. Ils sont habituellement localisés à la périphérie du village et se voient de loin, car ce sont souvent les seuls bâtiments « en dur » dans les campagnes (à l'exception de quelques écoles). Ils sont de surcroît équipés de latrines « propres ». Mais ils sont hélas peu adaptés au terrain, peu fonctionnels et souvent non fonctionnels du fait de l'absence d'un professionnel de santé. Ils ne sont pas raccordés à un réseau de distribution d'eau et encore moins d'électricité. La disponibilité en terme de délivrance de soins n'est donc pas au rendez-vous.

c) Villes et campagnes : deux systèmes de soins en opposition

Les villes sont relativement suréquipées en infrastructures, c'est même une fonction urbaine majeure (VIGNERON, 2000), avec un quasi monopole sur les services de 2^e et 3^e recours, avec des soins de santé primaire eux-mêmes de meilleure qualité par rapport à ceux des régions rurales. La couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure mais « *elle n'en demeure pas moins souvent fort inégale d'une ville à l'autre, notamment en fonction de leur taille et de leur statut administratif, et d'un quartier à l'autre au sein d'une même ville* » (PHILLIPS, 1990). Nous nous en sommes rendus compte (voir Chapitre 8) à notre arrivée dans la capitale, à l'issue de voyages épiques. Ces authentiques itinéraires thérapeutiques nous ont paru extraordinaires, du point de vue de la durée, de la qualité des moyens de transports utilisés ou de l'état du réseau routier. Mais il s'agit d'une pratique régulière pour les habitants des campagnes, en quête de soins, c'est au fond une pratique banale, bien ordinaire. En outre, les quartiers périphériques des villes où s'installent généralement les nouveaux arrivants, sont moins bien pourvus en infrastructures sanitaires que les quartiers centraux ou anciens (pour la capitale, notamment). Cette mauvaise couverture relative et parfois absolue des marges des villes et des zones péri-urbaines a par exemple été montrée dans les villes d'Afrique de l'Ouest (SALEM, JEANNEE, 1989). D'autres études locales font les mêmes constats, au Burkina Faso (MEUNIER, 1998) ou en Côte d'Ivoire (YMBA, 2013). Elle ne concerne d'ailleurs pas que les pays en développement, la même situation peut être observée dans les plus grandes métropoles du monde. Citons le cas de Paris et son agglomération (VIGNERON, 2000). L'équipement hospitalier de la capitale française est le plus important en France, en nombre absolu, sans que l'on parle de suréquipement, sauf dans le domaine de la chirurgie. Les inégalités apparaissent du centre vers la périphérie²³⁹. Il existe par ailleurs une dissymétrie Est/Ouest très marquée, attribuable à une dissymétrie sociale et économique qui oppose traditionnellement un Ouest plus riche à un Est plus pauvre. Cependant, l'auteur constate que les établissements publics sont mieux répartis que les structures privées, en assurant un maillage satisfaisant de l'espace. Ainsi, les nombreuses recherches sur les niveaux de couverture médicale concluent toutes qu'il existe de grandes inégalités de couverture, quels que soient le régime politique ou l'environnement économique, le niveau de développement ou l'échelle d'analyse.

La disponibilité étant définie aussi comme « *la relation entre le volume de l'offre et de la demande de soins, l'existence d'une sur-disponibilité peut être envisageable* » (VIGNERON, 2000), même en milieu urbain tropical. Autrement dit, une offre plus importante que la demande peut être possible, y compris à Madagascar. Cette possibilité reste envisageable du fait de la concentration des ressources sanitaires dans les villes et du dysfonctionnement quasi généralisé du système de référence. Une offre supérieure à la demande est plus plausible (!) en milieu urbain, surtout pour certains services spécialisés ayant une attractivité régionale ou nationale. Ces dernières années (2009-2013) ont été

²³⁹ 40% des lits d'hospitalisation sont concentrés dans la ville de Paris alors que celle-ci ne regroupe que 20% de la population régionale (VIGNERON, 2000).

instables sur le plan politique à Madagascar. Le « président » autoproclamé dirigeait un régime de transition. Dans une campagne de propagande, celui-ci a engagé des travaux de construction d'hôpitaux très modernes, le souci était d'en équiper la capitale nationale et les cinq capitales provinciales. La tâche a pu être menée à son terme, et l'inauguration faite fin 2013, soit quelques semaines avant les élections présidentielles officiellement prévues. Ces nouveaux hôpitaux ont été conçus pour marquer la mémoire de la population, en quelque sorte « à la gloire » du régime de transition. Ils ont été posés quelque part, sans étude d'impact préalable. Le nouvel hôpital de Tananarive est établi sur la route qui rejoint l'aéroport, dans un quartier très faiblement peuplé. Celui de la ville de Majunga a été installé sur une plage, sur le site d'un ancien terrain de football, contre l'avis de la population du quartier. *« Il aurait été plus logique d'améliorer l'entretien et l'équipement des services du CHU. Maintenant, la chirurgie se fait au CHU, tous les services de médecine spécialisée sont là-bas. Pour les urgences, ce sera là-bas aussi, mais ce n'est pas encore très clair. Nous, on ne s'y retrouve pas, les gens de la ville non plus, comment voulez-vous que la population rurale y trouve son chemin ? »* (E 24). Un an après l'inauguration en grande pompe, l'équipement de tous les services n'est pas terminé. Un personnel nécessaire, donc supplémentaire, n'a pas été prévu, il règne beaucoup de confusion et les bénéfices pour la population, peu informée, restent à venir.

d) Equité et couverture sanitaire

Certaines études de couverture sanitaire ne font pas ressortir l'influence de l'échelle d'analyse dans leur conclusion. La plupart se contentent en effet de comparer, pour un niveau administratif donné, à une échelle unique, le volume de population à celui des ressources, que ce soit le nombre d'infrastructures sanitaires par type de lits d'hospitalisation ou de médecins, infirmiers, sages-femmes, etc. Par ailleurs rares sont les auteurs qui s'intéressent à la densité de ressources sanitaires non seulement en fonction de la taille de la population mais aussi de celle de l'unité administrative à desservir (OKAFOR, 1991). De plus, comme le fait remarquer D.R. Phillips (1990), *« les mesures de couverture sanitaire montrent seulement comment une certaine quantité de ressource est distribuée parmi la population. Elles ne prennent pas en compte les besoins relatifs des différents sous-groupes de la population »*, alors que la définition de la disponibilité retenue ci-dessus fait clairement référence au type et au volume des besoins des individus, et non pas à la population générale qui n'est qu'une approximation. Des facteurs comme la structure démographique et l'environnement influencent aussi le niveau de besoins. En définitive, si les mesures de couverture nous informent sur l'égalité et sur l'inégalité de la distribution des ressources notamment, elles ne nous disent que peu de chose sur l'équité, qui voudrait que des équipements soient disponibles pour chaque patient et que chaque individu ait recours aux soins selon ses besoins. Cet objectif semble encore plus difficile à réaliser que celui de l'égalité.

2. Des pratiques et des lieux

Il n'y a pas de praticien « officiellement » installé dans le privé dans nos deux districts, car la population serait incapable de régler des honoraires. Il n'y a pas non plus de pharmacie, car il n'y a pas de pharmacien. Il n'y a pas de société d'ambulance, publique ou privée, pour des raisons de rentabilité d'une part, mais de toutes façons qui souhaiterait monter une telle société dans un lieu où il n'y a pas de route. La pratique habituelle de la santé dite « moderne », dans les zones rurales, se fait dans les CSB publics, sous différentes conditions : qu'ils existent mais aussi qu'un professionnel de la santé y exerce, c'est-à-dire qu'il soit physiquement et régulièrement présent et disponible. Toutes les conditions ne sont hélas pas toujours réunies en un même lieu au même moment.

Les médecins sont fonctionnaires. Ils ne sont nullement tenus à des résultats ou à des chiffres minimums d'activité. On leur réclame bien des rapports d'activité, mais qui resteront à l'état de rapport, rangés quelque part dans un bureau poussiéreux ou enfouis dans un ordinateur poussif. Ce mode de pratique est peu motivant pour le médecin. Les expériences de tous les médecins rencontrés se ressemblent, Nord et Sud confondus (E 5, E 6, E 7, E 21, E 22, E 24, E 26). Nous en donnons ici quelques extraits : « *On oublie vite tout l'enseignement reçu à la faculté* », « *Je suis censé éduquer la population sur l'hygiène, mais je ne dispose même pas d'eau dans mon cabinet. Et on doit montrer l'exemple ?* », « *On ne peut pas mener une vie familiale harmonieuse dans la brousse* », « *La dernière fois que j'ai vu mes enfants ? Oh, aux vacances de Noël, il y a trois mois* », « *Je pense rester deux ou trois ans à la campagne, après je repartirai en ville* », « *La profession de médecin est très dévalorisée en brousse, la population ne peut pas comprendre nos conditions de travail* », « *Les rapports que l'on nous demande chaque mois, cela fait trop de paperasse pour rien* », « *Les livraisons de médicaments ne sont pas régulières : quand le stock est épuisé, on fait quoi ?* », « *On nous critique ouvertement (des insultes) quand on a le malheur de prendre une semaine de repos* ». Certains témoignages sont poignants de réalisme : « *Une de nos collègues pédiatres est morte au mois de juillet dernier. Elle venait d'accoucher de son troisième enfant, il y a deux mois, c'est horrible. Elle avait moins de quarante ans. Elle a dû faire une embolie pulmonaire, mais elle a un peu tardé à consulter, et on n'a pas pu la soigner ici à l'hôpital. On est vite dépassés par certains cas urgents, on n'a pas tous les moyens de diagnostic à notre disposition, notre équipement est minimum. Les professionnels ne sont pas plus à l'abri des carences du système de soins public que la population* » (E 26).

a) Paroles de professionnels de santé actifs

Dans le village de Béraketa (district de Békily), le médecin du CSB travaille de façon quotidienne. Le centre est ouvert tous les jours de 7 h à 17 h. Trois sages-femmes complètent le personnel soignant. Le centre dispose de deux lits d'hospitalisation, pour les urgences. « *Dans ce cas (l'arrivée d'une urgence), ma journée ne s'arrête pas à 17 h. En plus, j'habite à côté du centre, je suis toujours disponible : c'est un sacerdoce, mais j'ai la passion de mon métier, pour moi c'est une chance de travailler ici. Je vais en ville*

une fois par mois, en moto, aller-retour dans la journée, pour toucher mon salaire. Les seules autres absences sont justifiées par des déplacements en brousse (urgences, campagnes de circoncision) ou les congés annuels. On s'arrange avec les sages-femmes pour ne pas partir tous en même temps » (E 6). Le CSB a bénéficié d'une réhabilitation par MSF, aménagement et équipement ont été bien améliorés, mais c'est du donnant-donnant : *« On travaille ensemble, mais il faudra qu'ils nous réfèrent des malades à l'hôpital. Il faut que les malades dédramatisent la chose hospitalière, il faut les encourager à venir se faire soigner » (E 8).*

Sur la RN 32, le village de Pont-Sofia dispose d'un CSB fonctionnel. *« J'ouvre les portes à 7h30. Les consultations ne sont pas régulières. Certains matins, il n'y a personne et je m'ennuie. D'autres fois, on est débordés, lorsqu'il y a une épidémie de paludisme par exemple, on ne peut jamais savoir à l'avance, c'est très déstabilisant »* nous a déclaré le médecin responsable. Ce centre a le mérite d'être ouvert régulièrement. La population profite par ailleurs de la présence d'un médecin retraité actif, qui consulte à son domicile aux heures de fermeture du CSB.

« Je viens en moto chaque lundi à Ankaranabo-Nord pour une journée de consultations. Le travail ne manque pas et les gens sont fidèles, c'est même un plus pour le suivi. Le reste de mon temps, je le passe avec mon mari, au CSB de Békily. Nous sommes médecins tous les deux, la vie familiale s'en trouve simplifiée » nous témoignera ce médecin de campagne dévoué. Dans une commune du Nord de Békily, le centre de santé est toujours grand ouvert et ... rigoureusement vide, ni patient, ni professionnel de santé. Le médecin prétexte être occupé à son domicile, pour y accueillir aussi les malades ... et leur faire payer les consultations. Cette pratique est pour le moins douteuse et très critiquée par la population. Ce centre est hélas son seul recours pour des soins de base. La population nous dira que le médecin consulte quand même dans le CSB quelques matinées par semaine, mais qu'il prend aussi beaucoup de vacances.

« Je suis en fin de carrière, mais vous savez le travail ne manque pas à la campagne, si on veut faire les choses bien. Quand je suis à Bélindo, les gens du quartier le savent vite. Je peux ainsi suivre quelques malades chroniques. De retour de Tana, j'apporte des médicaments que l'on ne trouve pas ici, même au CSB ; sinon, beaucoup de personnes seraient mortes depuis longtemps ! » (E 7).

« J'ai fait la guerre d'Algérie ! » nous déclare Mr S., infirmier rencontré en ville, au gré de nos pérégrinations. *« Suis-je à la retraite ? Officiellement oui. Officieusement, eh bien c'est difficile, j'ai encore deux enfants à charge. – Quelle est votre pratique aujourd'hui ? – Les médecins de la ville me connaissent et m'appellent pour me confier leurs patients : je fais des soins infirmiers, piqûres, pansements, au domicile des malades. Je me fais payer à l'acte. La semaine prochaine, j'irai à la campagne, nous avons quelques plantations : il faut s'en occuper aussi. A Madagascar, les retraites sont si faibles qu'elles ne suffisent pas à faire vivre une famille. Et durant la vie active, nos salaires ne nous ont pas permis de faire des économies non plus. – Que pensez-vous des jeunes générations ? – On compte sur eux pour prendre la relève. J'ai un fils infirmier à*

Majunga. Il manque trop de personnels de santé dans les campagnes. L'Etat ne forme pas assez de médecins et plus de paramédicaux du tout. Heureusement, il y a maintenant quelques écoles privées, sinon cela ne devenait plus possible. – Les maladies ont-elles changé depuis votre début de carrière ? – Pas vraiment, c'est toujours des épidémies de palu chaque année, beaucoup de traumatologie et des maladies sexuelles, j'en vois tous les jours. – Vous comptez travailler jusqu'à quel âge ? – Jusqu'au bout » (E 18).

Les infirmiers rencontrés dans les CSB 1 ont globalement les mêmes pratiques que les médecins. *« En cas de doute sur une maladie ou si un traitement s'avère inefficace, on réfère le patient à l'hôpital. Ce n'est pas facile, on nous demande de faire le travail d'un médecin, mais on n'a pas eu leur formation. Par contre, l'expérience compte sur le terrain, on voit souvent les mêmes maladies, blessures, alcoolisme, maladies sexuelles, paludisme » (E 23).*

Les agents communautaires, bénévoles, sont reconnus dans les communautés villageoises. L'Etat s'appuie sur eux pour diverses missions de prévention et leur offre pour cela des formations mensuelles dans la ville du district. Ils sont généralement au nombre d'un ou deux par village. On ne peut douter de leur investissement, ils n'ont par ailleurs aucune prétention autre que de vouloir rendre service et transmettre quelques notions de santé. *« On fait ce qu'on peut avec nos faibles moyens... » (E 9).*

b) Des pratiques peu conventionnelles

Nous avons vu un cabinet médical privé, dans un village de brousse²⁴⁰. Le médecin est un jeune homme sérieux, un peu timide, ou tout au moins intimidé par notre visite. *« Vous exercez à titre privé depuis longtemps ? – Oui, cela va faire quatre ans. – Vous travaillez bien ? – Vous savez, ici, c'est la campagne, on manque de tout, l'eau est le plus grand problème. Il y a des périodes de l'année où elle fait cruellement défaut. – Vous êtes natif de la région ? – Non, je viens d'une autre région de Madagascar. – Dans quelles circonstances êtes-vous arrivé à Mandritsara ? – L'histoire est longue. J'ai fait mes études de médecine à Majunga. Mes parents sont morts dans un accident quand j'étais en 6^{ème} année : j'ai dû arrêter pour m'occuper de mes jeunes frères et sœurs. Pendant cinq ans, je n'ai fait que ça, et grâce à des petits boulots, on a pu s'en sortir. De mon côté, on ne m'a pas permis de poursuivre et surtout finir mes études médicales. Donc je ne suis pas diplômé. Mais je connais le métier, à force de pratiquer ».*

Dans un autre village, il y AVAIT un médecin. Sa femme tenait le dépôt de médicaments. Tout allait pour le mieux dans le meilleur des mondes. Ce jeune praticien avait fidélisé une clientèle, en faisant payer les malades selon leurs moyens. Il avait en fait un jour déposé une plaque de médecin, sans avoir jamais mis les pieds à la faculté. Il s'était vaguement formé avec sa femme sur les pratiques des médicaments, puis avait sciemment décidé de pratiquer la médecine, jusqu'à ce que le conseil régional de l'ordre des médecins découvre le « pot aux roses ». Sanction, fermeture immédiate et renvoi dans une

²⁴⁰ Pour des raisons évidentes de confidentialité, le nom du village ne sera pas mentionné.

école de paramédicaux, au minimum. Cette pratique illégale de la médecine nous apparaît évidemment condamnable, même si le fautif, pour sa défense, mettait en avant des aspects financiers : « *J'ai quatre enfants, il faut bien les nourrir* ».

c) A Ambahita : c'est n'importe quoi !

Le CSB 2 de la commune d'Ambahita a été réhabilité par MSF en 2012. Ses portes sont béantes tous les jours ouvrables et durant les heures de travail réglementaires. Rappelons que les professionnels de santé sont des fonctionnaires ! Chose étrange, lors d'un premier passage, durant la matinée, il n'y a pas de médecin et pas de malade aux abords immédiats non plus. Cela signifierait-il que peu de gens sont malades à cette époque de l'année ? Nous sommes en septembre, en fin d'épidémie de paludisme. Nous souhaitons rencontrer le praticien, en vue d'un entretien. On nous signale qu'il n'est pas seul à travailler ici, une sage-femme y exerce également. Nous rencontrons cette dernière sur le petit marché du village ; elle y vend des tomates, comme n'importe quel maraîcher. Nous échangeons quelques paroles, futiles. Elle montre un désintérêt total pour sa mission sanitaire²⁴¹ et ne comprend pas le sens de nos recherches. Nous sommes passés à plusieurs reprises dans cette commune, sans jamais y voir de malade dans le centre de santé. Un jour enfin, le responsable du centre de santé est retrouvé : il est 16 heures, et en fait consulte à son domicile, dans une tenue plus que décontractée. Le fait de pratiquer de la sorte lui permet de faire payer les consultations et ainsi de doubler ses revenus : le domicile est un lieu privé, les soins prodigués sont par conséquent privés. Nous l'interrogeons sur les cas de bilharziose dans sa commune : « *Oui, allez voir dans le village X, il y en a beaucoup...* ». Notre espoir d'entretien tourne court, rapidement. Nous n'insistons pas. La population n'est pas dupe et ne va le consulter qu'en cas de maladie grave, elle n'a pas le choix. Cette attitude est d'autant plus choquante qu'en parlant avec la population, lors de notre premier séjour, un homme nous a raconté le calvaire enduré la nuit précédente par sa famille, quand deux de ses petites filles sont mortes d'une crise de fièvre. « *Mais vous ne les avez pas conduites chez le médecin ?* ». Le père de famille nous avoue qu'il n'avait pas assez d'argent pour payer des soins. Le professionnel de santé a malheureusement les idées courtes, les étrangers semblent l'incommoder, ceux de passage (nous) mais aussi ceux qui lui ont permis de disposer d'un CSB tout neuf. Il travaille, sans contrôle des autorités sanitaires, sans se poser de question.

On observe ainsi que certains lieux n'ont pas beaucoup d'importance pour les pratiques médicales, cela dépend surtout des hommes, certains sont honnêtes, d'autres moins. Mais les lieux isolés semblent par contre propices aux pratiques douteuses. On peut ainsi exercer la médecine de façon illégale, dans les villages isolés : qui va les dénoncer, quelle enquête sera possible ? Ces villages n'ont pas de voie d'accès.³ Des pratiques en marge ou en parallèle.

²⁴¹ « *Oui, nous faisons 2 ou 3 accouchements par mois* ».

3. Des pratiques en marge ou en parallèle

a) Humanitaire et malentendus

Une pratique originale dans le Sud est celle des cliniques mobiles, mises en place par MSF.

Photographie 107 : Distribution de moustiquaires à Manakoliva (mars 2013)

Les enfants sont toujours un « bon public » dans les missions humanitaires. Pour eux, c'est un évènement, on vient voir ce qu'il se passe par ici, rompant la monotonie du quotidien. La curiosité est le propre de l'enfance. Ils n'ont pas conscience que les gestes pratiqués en ce jour ont la capacité de leur sauver la vie.



Devant les faibles recours de la population à fréquenter l'hôpital, l'organisation humanitaire a décidé de mettre sur pied des cliniques mobiles. Des villages sont ciblés prioritairement : les plus isolés et les moins équipés en formations sanitaires. On va décider que chaque village bénéficiera de soins au moins une fois par mois. Les premiers lundis du mois, on va dans le village A., les premiers mardis dans le village B., les premiers mercredis dans le village C., et ainsi de suite. Première remarque : les villageois ne disposent pas de calendrier. A la campagne, le temps est réglé par les saisons et le jour du marché ou celui de la messe, pour ceux qui pratiquent un culte religieux.



Photographie 108 : Bureau de dépistage rapide du paludisme (Manakoliva, mars 2013).

L'infirmier nous dira en fin de journée que « 55 % des cas étaient positifs dans le village de Manakoliva. C'est à peu près la même chose dans tous les villages. Le record est à 85 %, mais ce n'est jamais moins de 50 %. Les gens se prêtent volontiers aux tests : on pique le bout du doigt, le test se fait sur une goutte de sang » (E 3).

L'équipe comprend un médecin, trois infirmiers, une sage-femme, un responsable logistique et deux chauffeurs. Deux véhicules 4X4 transportent les personnels et le matériel. L'objectif est de dépister les cas de paludisme et de les traiter au cas où ils sont

déclarés positifs, distribuer des moustiquaires, vacciner les enfants (en lieu et place de l'Etat) mais aussi pratiquer des consultations de médecine générale et des visites prénatales. En ce lundi, on se rend dans le village de Manakoliva (voir Carte 52, page 417). Seconde remarque : personne ne déborde d'enthousiasme. Les gens avaient « oublié » le rendez-vous, ils étaient venus en masse de tous les villages avoisinants ... le lundi précédent ! « *Qu'à cela ne tienne, on va attendre un peu. Des problèmes de communication, c'est toujours pareil dans ces lieux isolés* » (E 3). L'équipe s'installe dans la cour de l'école, attend une heure, deux heures... puis la foule arrive, en nombre.

« Les relations avec nos collègues étrangers sont bonnes, très enrichissantes même, pour moi en particulier. C'est une chance de travailler à leur contact, on apprend beaucoup. Regardez, maintenant je suis responsable des équipes mobiles, ça me plaît d'aller sur le terrain et de pouvoir communiquer, expliquer directement aux familles. Je n'aurais jamais pu faire ça en travaillant dans le public. Je pourrais juste formuler une petite critique : certains expatriés ont du mal à comprendre la mentalité des gens de la brousse et trouvent inimaginable qu'ils ne viennent pas plus les consulter. Il y a encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine, surtout ici dans le Sud » (E 3).

b) Confessionnel : un mélange de genres

On constate des pratiques de santé très particulières et très variées sur nos terrains d'étude. L'offre de soins de type confessionnel est un adjuvant fondamental au système de soins public. Comment définir ces pratiques ? Il ne s'agit pas de formations privées en tant que telles et n'entrent pas non plus dans le domaine du caritatif. Elles ont une fonction essentielle dans les deux districts ruraux retenus. Si à Mandritsara la clinique confessionnelle vient en complément de l'hôpital public, à Békily les religieux pratiquent également dans le domaine de la santé. Les missions ont des objectifs distincts et bien précis.

Dans une commune de la région Sofia, est-ce *Clochemerle* ou le village de *Don Camillo* ? L'église catholique est en conflit ouvert avec l'administration communale. Querelle de clochers ? Le maire a ainsi émis un arrêté municipal stipulant l'interdiction aux religieuses l'exercice de la médecine. Puisque le dispensaire était le seul centre de santé, la population doit maintenant faire 45 km (à pied ou en charrette) pour trouver le premier médecin. Merci Mr le maire ! Cela ne va pas inciter la population à consulter le service sanitaire public.

L'hôpital privé de Mandritsara (HVM) est critiqué par la population pour n'employer que des personnels sanitaires étrangers à la région. Seul le personnel de base (agents de service et de nettoyage) vient du district. Le recrutement dans l'école de paramédicaux (17 places chaque année) se fait aussi au niveau national, alors qu'il y a plusieurs centaines de bacheliers chaque année dans les lycées de la ville. Le personnel médical vient souvent d'un pays anglophone (Royaume-Uni, Australie, USA) - « *le recrutement de médecins malgaches est très difficile, les jeunes médecins préférant travailler dans le public* » (E 27), d'où des incompréhensions et autres malentendus dans leurs relations

avec les malades et le personnel malgache. L'Eglise baptiste, installée dans l'enceinte de l'hôpital, dispose d'une radio locale pour diffuser des messages sanitaires et religieux. Les missions de l'HVM se font parfois en hélicoptère, dans les territoires ruraux enclavés. Les passagers sont un médecin et un pasteur. Les missions de vaccination et d'éducation sanitaire sont couplées à la diffusion de messages de nature religieuse. Confusion de genres ? Des commentaires sur ces pratiques seront apportés dans le chapitre suivant.

Dans le Sud, il y a moins de difficultés. Comme dans les autres domaines, la religion est faiblement représentée. Le dispensaire catholique de Békily jouit d'une bonne réputation auprès de la population (voir par ailleurs). Leur action auprès des malades tuberculeux est reconnue et appréciée. Les missions sociales sont d'un grand secours pour les populations démunies et leur action dans le secteur de l'enseignement fort respectable.

c) Des missions ponctuelles

Elles sont le fait d'associations humanitaires (MOI, ASSM) – voir chapitre 5. *« On voudrait toujours pouvoir en faire plus, mais on ne pourra jamais remplacer l'Etat. On va néanmoins continuer. Notre association n'a que deux ans. C'est un peu difficile de prendre en charge les maladies chroniques. On se démène à Majunga pour trouver des financements. Tous les notables issus de la région Sofia, qui ont réussi en ville, sont mis à contribution »* (E 17). Ces missions demeurent des lieux de stage originaux pour des internes en médecine ou des étudiants paramédicaux.

d) Des retraités marginaux ?

On devrait pouvoir aspirer à du repos à la fin d'une carrière professionnelle. A Madagascar, rares sont les professionnels de santé qui vont en profiter. Certains ne conserveront qu'une activité confidentielle, d'autres exerceront à temps plein, à la marge du service public. Ils se retrouvent dans le secteur informel, sans règle de tarification, sans contrainte pour travailler un jour et se reposer le lendemain. *« On a une liberté d'exercice totale. Et en plus, il n'y a pas de concurrence à la campagne »* (E 7). Les raisons évoquées sont d'ordre financier, essentiellement. Nous en avons rencontré un certain nombre.

e) Que dire des « non- pharmacies » ?

Les formations sanitaires publiques sont livrées en médicaments essentiels par la centrale d'achats Salama. Ils seront ensuite revendus aux patients, non par boîtes comme dans les pays capitalistes, mais à l'unité. *« Vous avez besoin de 3 comprimés par jour pendant 5 jours, on vendra 15 comprimés, pas un de plus, cela évite les gaspillages. Celui qui a besoin de gouttes oculaires viendra tous les jours se faire appliquer son traitement ici, par mes soins* (E 6) ». Il existe dans plusieurs villages des dépôts de médicaments, tenus par des épiciers, n'ayant par conséquent aucune formation en pharmacologie. Ces commerces se fournissent auprès de grossistes dans la capitale. Les médicaments sont vendus généralement sur ordonnance, mais la vente libre est possible. Il existe par ailleurs

des circuits parallèles de revente de médicaments. De nombreux bars ou épiceries revendent également des médicaments (antalgiques, antibiotiques) à la pièce, sans aucun contrôle de péremption. Ces commerces se fournissent également auprès des grossistes, à l'occasion d'un séjour dans la capitale ; cela ne se produit pas dans le cadre d'un trafic quelconque. Un dernier lieu où se procurer des médicaments est le grand marché hebdomadaire du village. La situation paraît alors bien plus préoccupante : des produits médicamenteux divers stagnent dans des bocaux en plastique, depuis combien de temps ? Qui se préoccupe de leur date de péremption ? D'où viennent ces produits ? Et pourtant certaines personnes (un peu naïves ?) les achètent !

4. Médecine traditionnelle : est-ce de la médecine ?

Notre avis sur la question est clair, en y répondant par la négative. La médecine, ou plutôt la biomédecine pour être précis, s'apprend en faculté de médecine et le praticien ne peut exercer son art que s'il possède le diplôme adéquat. Les règles de pratique sont extrêmement codifiées, respectant des normes d'éthique et de déontologie notamment. Le futur praticien prête serment devant ses pairs (serment d'Hippocrate). La consultation médicale permet d'établir un diagnostic, ou une suspicion de diagnostic qui conduira à proposer le traitement adéquat. Cette démarche ne se retrouve pas dans les pratiques traditionnelles. Ainsi, plutôt que de d'user du terme de « médecine traditionnelle », trop galvaudé à notre sens, il nous semble plus juste de parler de « pratique traditionnelle de la santé », car c'est un fait avéré, beaucoup de personnes malades ont recours à ce mode de pratique pour tenter d'obtenir la guérison, but ultime de la démarche.

La biomédecine procède d'une démarche scientifique, et fait la synthèse de recherches et autres expérimentations. Bien qu'elle ne soit pas capable de résoudre tous les problèmes de santé, elle repose néanmoins sur un substrat solide. Inversement, les techniques traditionnelles sont peu étudiées scientifiquement. Elles intéressent les anthropologues, en terme de pratiques rituelles ou de coutumes, mais également les géographes de la santé en terme d'offre de soins, car elle occupe une place sur un territoire.

L'offre de soins, comprise dans le système de soins, ne peut donc pas inclure les praticiens traditionnels à Madagascar. Leur répartition aléatoire sur le territoire ne fait pas système, n'est régie par aucun code et n'a pas de reconnaissance officielle. Les praticiens exercent de façon indépendante, sans aucune structuration sociale ou spatiale. Les pratiques traditionnelles de la santé appartiennent plus aux croyances populaires ou à une forme de religion qu'au système de soins. Mais la foi ou son équivalent plus séculier, une combinaison de croyances et théories diverses, est assurément un facteur déterminant pour l'orientation vers le système de santé ou son rejet. On pourrait compléter cette notion par le fait qu'en milieu rural, il existe des états de santé qui vont conduire prioritairement vers l'un ou l'autre mode de pratique. Et souvent même se succéder, on essaie une méthode, et l'on se tourne vers la seconde en cas d'échec de la première. Ces pratiques sont finalement complémentaires.

a) De l'usage de la médecine traditionnelle

On peut, à ce stade de notre travail, se demander si la médecine « moderne » est la solution à apporter dans la brousse malgache. Loin de nous l'idée de dénigrer la médecine allopathique. Il est indéniable que toutes les maladies ne reposent pas sur un substrat physique précis. Toutes les maladies recensées par la biomédecine n'ont pas une cause bien identifiée. On citera en premier lieu les maladies mentales. Quelles sont les causes de la schizophrénie ? L'autisme fait-il partie des maladies mentales ? Les maladies psychosomatiques sont-elles du ressort du praticien de la biomédecine ? Les cancers n'ont pas encore tous livré leur secret : on parle de facteur génétique prédisposant pour certains, de l'intervention de microbes pour d'autres. La médecine n'est pas une science exacte et la science a encore beaucoup de choses à nous révéler et à nous apprendre. Les dérives de la médecine moderne incitent de plus en plus de personnes, dans les pays du Nord, à chercher des méthodes plus « douces », plus naturelles pour se soigner. On observe parfois un rejet total de cette médecine moderne : refus de pratiquer les vaccinations dans certains groupes sociaux, sectaires ou religieux par exemple ; on va se tourner vers le rebouteux, le magnétiseur ou l'ostéopathe pour prendre en charge une affection que la médecine moderne ne parvient pas à soulager. Le problème ne se pose pas de la même façon dans les pays du Sud. La carence de praticiens en biomédecine rend presque « obligatoire » la consultation des guérisseurs traditionnels. Si dans certains pays les tradipraticiens (par exemple les *sangoma* en Afrique du Sud) sont regroupés dans des associations et forment système (FAURE, 2003), il n'en est pas de même à Madagascar, où la pratique est individuelle, au sein d'un secteur totalement informel, sans loi ni règle officiellement reconnues. « Dans mon quartier de 500 habitants environ, il y a au moins vingt ombiasy, c'est-à-dire presque un dans chaque maison » (E 10).

b) Médecine traditionnelle : une pratique à la marge

Les guérisseurs, dans les définitions anthropologiques, sont classés en deux catégories. Les herboristes tout d'abord, spécialistes de la pharmacopée locale, dispensent des remèdes à base de plantes ou de produits animaux dérivés, aux effets bénéfiques, reconnus empiriquement. L'île de Madagascar semble être un sanctuaire pour les plantes médicinales. Nous avons constaté un usage régulier de plantes, pour la fièvre, pour les douleurs abdominales, pour le retour de couches, pour les maux de tête, etc. Il semble que tous les habitants de la brousse aient un savoir particulier, une connaissance quasi intuitive des plantes. Les mères pratiquent des massages avec des produits naturels, sur le corps ou la tête de leur bébé, les enfants y sont sensibilisés dès le plus jeune âge, on boit des tisanes pour se purger, on fabrique des onguents : les pratiques se font de la même façon dans les deux districts, les gens trouvent cela normal, ils ne considèrent pas ces pratiques comme des mesures sanitaires, pour traiter une maladie, ces remèdes semblent avoir un effet sur le bien-être de la personne. On peut imaginer la quantité de savoir enfoui dans le fond des campagnes. Des études ont malgré tout été menées par des géographes dans le Sud malgache (GRANDIDIER, 1902 et 1928, SALOMON, 1987) ou par

des botanistes (BOITEAU, ALLORGE-BOITEAU, 1993). Ce domaine particulier de la pratique des plantes médicinales justifierait un travail bien plus approfondi.

On rencontre d'autre part les devins-guérisseurs (*moasy* ou *ombiasy* à Madagascar). Ils font appel aux ancêtres ou à tout autre support divinatoire, pour fixer l'origine du mal et proposer un diagnostic puis une thérapie adaptée. L'initiation à la fonction de *sangoma* passe par un apprentissage (Afrique du Sud). La pratique de la médecine traditionnelle, tour à tour méprisée, négligée, revalorisée, à la marge, est un paradoxe en soi : elle est à la fois la plus répandue et la moins reconnue officiellement. Une étude, réalisée en Afrique du Sud (FAURE, 2003), est riche d'enseignements. A la fin du XIX^e siècle, l'Etat colonial en contrôlait de loin la pratique en légalisant les herboristes et en interdisant, sous la pression des Eglises importées, les devins et autres sorciers. Ces pratiques furent très largement combattues et condamnées par les religieux. Le projet colonial civilisateur, qui proposait d'apporter la médecine moderne aux indigènes s'est concrétisé par une gestion technocratique – hôpitaux, personnels, financement –, qui supplantait la dimension culturelle des soins. Au siècle suivant, l'établissement de la santé en institution et les progrès réels en terme démographique notamment, confirmait, pour la même administration coloniale, la suprématie absolue de la science et de la modernité de l'apport occidental. Le modèle colonial français s'était fixé les mêmes objectifs : faire obstruction coûte que coûte à des pratiques jugées dangereuses et relevant du paganisme. Les pratiques coloniales étaient avant tout curatives, basées sur l'hôpital et les postes sanitaires. Le système était alors très inégalitaire sur le plan social (accès aux soins) et sur le plan spatial (les zones vides, oubliées ou ignorées). Nous avons vu que le système de soins dit « moderne » n'est plus très efficace, il s'effrite de toutes parts, s'écroule complètement en certains endroits, où il tend à disparaître sans qu'aucune solution, sauf en de rares exceptions, ne soit trouvée pour le redresser, le consolider ou le reconstruire. Dans les zones (rurales) où la santé moderne est absente, la population va donc s'adresser aux guérisseurs traditionnels en premier recours : elle n'a pas vraiment le choix. Précisons que dans le cas des campagnes malgaches, les tradipraticiens ne font pas un commerce de leur art. Ce sont tous des agriculteurs. Ils « délivrent des soins » à titre occasionnel, à la demande. Ils ne possèdent pas de salle de consultation et habituellement se déplacent au chevet du malade, quand on requiert leur assistance. La rémunération se fait selon les moyens du patient ou de sa famille, et se règle habituellement en nature. Ces pratiques à la marge s'accompagnent inévitablement d'un certain nombre d'abus ou d'accidents, qui, bien qu'existant aussi dans la biomédecine (une erreur de diagnostic, une surconsommation ou une intolérance à des traitements), « *prennent ici une ampleur considérable étant donné le nombre de tradipraticiens, 350 000 en Afrique du Sud au début des années 2000, avec un pourcentage de la population qui les consulte de 80 %* » (FAURE, 2003). Madagascar ne possède pas de telles données.

Il existe d'autres lieux où la médecine traditionnelle est parfaitement réglementée. Prenons par exemple le cas de la république du Congo (GASQUET, 2010). La liste des soignants n'est pas exhaustive. Dans ce pays, on va trouver des phytothérapeutes qui soignent principalement avec des plantes, et des psychothérapeutes qui utilisent des

techniques basées sur le vécu social et les relations entre thérapeute et malade (invocations). Il y a les ritualistes qui font principalement appel aux rites religieux, et les chirkinésithérapeutes ; ceux-ci pratiquent des massages ou des modelages sur le corps, afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leurs fonctions. On trouvera ensuite les accoucheuses traditionnelles et les phlébotanistes (« qui soignent en pratiquant des saignées »). Il y a enfin des médico-droguistes (ils connaissent les plantes et les vendent) et des rebouteux, qui savent soigner les fractures, entorses ou autres luxations. La médecine traditionnelle s'inscrit dans ce pays comme une composante stratégique du système de soins. Les modes d'exercice sont très codifiés. Ce sera tout d'abord le cabinet de soins traditionnels, dans lequel un tradipraticien prodigue des soins ambulatoires. Un second mode de pratique est le centre thérapeutique de soins traditionnels dans lequel exercent plusieurs soignants. Ils ont la possibilité de garder les patients en observation. Il existe enfin des villages thérapeutiques, pour des hébergements de longue durée.

La médecine traditionnelle joue parfois un rôle important dans la prestation de soins à Madagascar. Dans la plupart des 17 500 villages on trouve différentes catégories de praticiens, sans qu'ils n'aient jamais été organisés officiellement. Pour une personne non avertie, certains rituels peuvent paraître obscurs. Outre les devins-guérisseurs traditionnels, censés soigner les maux communs, on va trouver différents types de pratiques et de praticiens :

- l'astrologue (devin-guérisseur) est capable de diagnostiquer des maladies mystérieuses ou d'origine surnaturelle.
- le « sorcier » traditionnel peut aussi soigner, mais de façon plus offensive que le guérisseur.
- le masseur à qui on s'adresse pour se « défatiguer ».
- le rituel de *tromba* (culte de possession) va soigner un malade en état de transe. On appelle l'esprit invoqué par des chants et des battements de main. La cérémonie peut durer plusieurs jours. L'interprétation des moindres événements du quotidien à travers le rêve, le sacrifice et la possession assure un dialogue permanent entre les personnes disparues et leurs descendants. Le terme de *tromba* désigne à la fois l'état de possession, le rituel d'invocation, l'esprit invoqué et le sujet qu'il habite. On consulte un esprit pour lui soumettre un problème individuel ou collectif.
- le *bilo* (rituel d'exorcisme, dans le Sud de l'île) guérit par la danse. Cette pratique s'adresse à un malade dont on ne trouve pas de cause à sa maladie : on va conclure qu'il est « habité » par un esprit malfaisant et lui prescrire une séance de *bilo* pour l'en débarrasser. Celle-ci dure une semaine et réunit toute la famille.
- la matrone s'occupe des accouchements et des avortements.

On a pu observer dans le Sud que les *ombiasy* ont une fonction sociale équilibrante. Ils posent, de façon différente et parfois contradictoire, la question d'un mode alternatif de gestion des problèmes sociaux et de santé, qui touchent de près au corps et à la douleur, et qui appartiennent au domaine intime. Le rôle des guérisseurs dans ce domaine est

fondamental, car ils sont de véritables passerelles entre la sphère privée, mystique (?) et celle de l'espace public de santé et d'environnement. Les *ombiasy* furent plutôt discrets lors de nos enquêtes de terrain. Beaucoup de personnes nous en ont parlé, sans jamais en faire une critique négative. Mais nous n'avons pas pu en rencontrer, trop préoccupés par la connaissance des besoins de santé de la population et par l'étude des soins dans le domaine de la santé moderne. Nous pensons qu'ils sont persuadés de détenir des « secrets » et peu désireux de les partager avec un chercheur en géographie étranger. Notre esprit cartésien n'était par ailleurs pas dans les dispositions nécessaires pour approfondir les éléments de cette recherche. En définitive, le recours à des pratiques traditionnelles traduit bien, en partie, le désarroi populaire face à l'incapacité de l'Etat à garantir la santé de ses citoyens.

c) Pratiques mystérieuses à Mandritsara

Nous avons été interpellés à différentes reprises par des personnes, d'un niveau d'instruction élevé, dont certains professionnels de santé, à propos d'un mystérieux trafic d'os humains. Des tombes seraient ouvertes pour en retirer des os, et à priori des os longs uniquement. Mais pour en faire quoi ? On nous demandait si en Europe certaines personnes avaient un usage de ces reliques. Nous n'avons pas eu de réponse à leur proposer. Il s'agit de pratiques que les Malagaches réprouvent absolument ; les pratiques funéraires sont très codifiées et le lien que les gens établissent avec leurs ancêtres est très fort et entouré de nombreux tabous. Nous ne savons comment interpréter ces activités pour le moins douteuses.

CONCLUSION : DE NOUVELLES PRATIQUES A INVENTER

Dans le Nord, les écoles privées de formation de paramédicaux éclosent depuis quelques années. A l'échelle régionale (région Sofia), deux écoles sont nées en 2013 dans la capitale régionale Antsohihy, pour un effectif de 150 étudiants en tout par promotion. Les premiers néo-professionnels seront sur le marché du travail à l'horizon 2016. Ils n'auront pas tous leur place dans le service public. Au sein de l'une des écoles, dirigée par un médecin, on se préoccupe déjà de l'avenir de ces jeunes. Le recrutement a d'ailleurs été fait dans ce sens, et soigneusement calculé. On a sélectionné un minimum de candidats dans chacun des 7 districts que compte la région, et un maximum de jeunes issus du milieu rural profond, sachant que le problème des effectifs de praticiens de la santé est majeur dans les zones rurales isolées. Certains élèves de ces zones déshéritées parviennent tout de même à décrocher le baccalauréat, et cette école professionnelle est une aubaine pour nombre d'entre eux. Le directeur imaginait au départ de son projet que la plupart des candidats souhaiteraient exercer un jour dans leur secteur d'origine : ils ont l'avantage considérable et certain de bien connaître le terrain, les gens et leurs mentalités diverses. Une partie de l'enseignement (d'une durée de trois ans) est d'ailleurs consacrée aux pratiques de soins en milieu rural. Il conviendra de savoir comment mener une pratique sanitaire dans des conditions acceptables et un isolement professionnel total. L'enthousiasme actuel de cette jeunesse à vouloir pratiquer dans sa communauté ne va-t-

il pas s'estomper au fil des années ? Il est donc particulièrement important de les préparer en ce sens. Il conviendra de les affecter prioritairement dans des lieux où les besoins en personnels de santé sont les plus grands, pour un exercice professionnel dans la sphère privée ; en effet, l'Etat malgache n'envisage pas de leur attribuer le statut de fonctionnaire. Le géographe trouve sa place ici. Il faudra ensuite imaginer un mode de pratique spécifique, pour avant tout rompre l'isolement. Ils pourraient s'installer en groupe de deux ou trois dans un cabinet, partager la clientèle mais aussi les équipements et frais de fonctionnement divers. Il faudra qu'ils puissent aussi conserver une certaine mobilité, pouvoir se rendre en ville de temps en temps et garder un lien social, tout en assurant une continuité dans le service de soins, en se remplaçant mutuellement. Ils pourront ainsi garder un contact avec leur école, et pourquoi ne pas participer à l'enseignement des générations futures, de façon ponctuelle. On devra s'assurer qu'ils ne prennent pas trop rapidement de mauvaises habitudes de pratiques : un absentéisme récurrent, une tendance au découragement, par exemple. Le problème crucial va concerner leur rémunération. En effet, exercice privé signifie paiement privé. Ils seront porteurs d'une lourde responsabilité, de nature médicale bien que n'étant pas médecins. On va leur conseiller d'organiser un ordre professionnel, inexistant à ce jour pour les professions paramédicales, et définir un code de déontologie et de pratique professionnelle. Vaste défi. Mais il s'agit de l'avenir de toute une génération, dont l'ambition noble est de venir en aide à la population. Avec cent cinquante nouveaux infirmiers et sages-femmes formés chaque année, en moyenne, on peut espérer qu'en dix ans une partie des déficits en professionnels de santé soit comblée, on pourrait ainsi trouver dans chaque commune rurale de la région jusqu'à trois ou quatre professionnels paramédicaux. Sachant qu'en parallèle le nombre de médecins devrait rester stable, une couverture homogène du territoire est envisageable ; il faudra que la population « joue le jeu », si l'on peut s'exprimer ainsi, et fasse l'effort de prendre en charge sa santé. Toute une éducation reste à faire en ce sens, mais ce ne sera plus le seul fait des soignants : une santé mieux gérée permettrait même de faire des économies dans la partie du budget des ménages consacrée à la santé (DUFLO, 2010). On peut comprendre aisément que payer pour soigner une « petite » maladie revient à long terme moins cher que de laisser évoluer ladite maladie pour finalement se retrouver à l'hôpital et occasionner des dépenses bien plus substantielles.

Dans le Sud, la situation prend une tournure beaucoup moins avantageuse.

Chapitre 10 : Les uns et les autres : les représentations dans le domaine de la santé

INTRODUCTION

■ « Le grand âge et la sagesse des Antandroy »



Photographie 109 : Bavardages

« Dans l'ombre du manguier géant, au cœur du village, ces personnages ne sont pas malades, ils souffrent parfois en silence, ils ont traversé d'innombrables épreuves au cours de leur vie et les ont franchies avec plus ou moins de dégâts. Une de leurs stratégies de survie fut la migration forcée de travail, dans le contexte de grandes disettes. Ils n'ont pas tous la mémoire des dates, mais ils ne s'en formalisent nullement ».

Tout le monde n'est pas malade à la campagne, une part importante de la population a même passé les « crises » sans trop de séquelle, en dehors d'épisodes de fatigue passagère. C'est leur chance, ou un statut génétique fort associé à un système immunitaire puissant. Ce constat ne repose pas sur des études scientifiques élaborées mais sur de simples constats de terrain.

Il y a toujours un vieux manguier au cœur du village, lieu de rencontre de choix de la population. Chaque heure de la journée voit défiler les habitants, souvent de façon immuable, par groupes d'âge. Quel bain de fraîcheur et quel privilège de se retrouver parmi le groupe des Anciens, d'assister à une conférence où l'on refait le monde, en toute sérénité et dans une grande sagesse.

Bain de jouvence

Ils ne connaissent pas leur âge, mais la vie a laissé beaucoup de stigmates, les traces d'une vie au grand air. Les rides du visage sont devenues des crevasses, autant de témoins des souffrances endurées. Pour apprécier leur longévité exceptionnelle, nous les interrogeons sur leur descendance, nombreuse.

Des enfants vivants, certains disparus prématurément, des petits et arrière-petits enfants, le temps passe et ils sont toujours là. Ayant cohabité avec plusieurs générations, ils sont donc vieux, très vieux. Sans amertume. Ils ont encaissé les coups durs de l'existence avec beaucoup de dignité, avec le destin pour unique référence.

Ils sont éminemment fiers de témoigner, devant un étranger, c'est même un grand honneur. La maladie, ils ne connaissent pas. Ils ne se plaignent jamais de rien, et attendent, en sursis, l'issue fatale, dans un état de plénitude du devoir accompli lors du séjour terrestre. Ils se sont « battus » contre une nature ingrate dans un combat qui semblait perdu d'avance.

Un peuple d'éleveurs tributaire des caprices du ciel : trop de pluie c'est l'inondation grave, le manque d'eau c'est la sécheresse : la pire des calamités. Ignorés dans les frasques de la politique nationale, il a fallu trouver des solutions et innover des stratégies de survie en ne comptant que sur soi-même, l'impression de vivre dans un monde parallèle, à défaut d'être parfait.

Echanges avec les Anciens du grand Sud

Conteurs nés, c'est avec fierté qu'ils nous citent des épisodes marquants de leurs longues vies. Usant de vocabulaire simple, ils sont la preuve qu'une vie pauvre peut rendre heureux lorsque l'on est habité de convictions profondes, à savoir que la vie sur Terre n'est qu'une transition. Nés libres, ils veulent repartir libres pour un ultime objectif : retrouver les Ancêtres, là-bas...

« J'ai dû quitter la région pour trouver du travail, afin de nourrir ma famille. J'avais prévu de revenir quand mes forces baisseraient. Je suis fier de ma famille ». « J'étais ouvrier puis chef de groupe dans une plantation de canne à sucre pendant près de quarante ans ; je suis maintenant à la retraite à la maison ». « Avec mes frères nous sommes partis à la ville. Nous avons fait le tireur de pousse-pousse. On se retrouvait avec d'autres jeunes de notre pays. On s'est mariés, on a toujours vécu dans la rue. Mes enfants sont restés là-bas. Par respect de la coutume, je suis revenu ». « Profession : gardien. Les patrons étaient gentils, mais ils ne me payaient pas beaucoup. J'envoyais de l'argent à ma famille restée au pays ».

Certains n'ont jamais quitté leur village

« Je possède deux bœufs. On se débrouille ». « Je suis maintenant le chef du village. Ma fille est institutrice. Je l'ai encouragée à faire ses études ». « Je vis entouré de mes 26 enfants, que j'ai eu successivement avec deux femmes ; vous pouvez les voir, ils ont eux aussi des enfants maintenant ».

Durant leur vie, ces personnages étaient traversés d'une seule ambition, l'ambition suprême : mourir et être enterrés sur la terre de ses Ancêtres. Le rapport à la « terre » est d'une nature quasi-filiale. Sans jamais un recours à la médecine

moderne, ils sont là, bien vivants et disposent d'une mémoire intemporelle. Où sommes-nous arrivés ? A une frontière entre deux mondes ?

Ces témoignages à la vie, et à la mort furent nombreux, à l'ombre d'un grand manguier, dans la fraîcheur d'une forêt-galerie, au bord d'une rivière, des moments délicieux de vie devenus rares dans le monde moderne. Leur démarche a toujours été raisonnable et sensée, marquée de politesse et d'un profond respect de l'autre, dans une communion parfaite avec les éléments.

Nous savourons ces moments exceptionnels et rendons hommage à notre interprète. Ils n'ont pas été les seuls. Autre lieu, autres vies.

Ces textes sont extraits des nombreux entretiens et rencontres effectués au cours de nos recherches de terrain dans le Sud. Nous avons choisi d'introduire ce dernier chapitre par une fable ; celle-ci nous a été inspirée par les témoignages de la population rurale de Békily. C'est un hymne à la santé, à la vie tout simplement. Peut-on déduire de ces rencontres que nous ne sommes pas égaux face à la maladie ? A propos du grand âge, le « pays » Tsimihety n'est pas en reste. Ce « pays » se définit par ses habitants comme une « gérontocratie » (E 17). Le respect des Anciens est une règle d'or. Les vieux (messieurs) se regroupent au sein de conseils informels. C'est un passage obligatoire pour tout étranger qui s'intéresse à ce « pays ». Dans le cadre d'une réunion sérieuse, c'est l'occasion de se présenter, de faire connaissance et obtenir finalement un laissez-passer sous forme d'agrément de bienvenue pour circuler dans le « pays » en toute sérénité. Du respect sincère qui contraint à un respect mutuel, on se sent loin du monde moderne. Une fable en guise d'introduction ? Nous poursuivons celle-ci par quelques notions théoriques sur le concept de représentation.

La maladie est-elle une construction sociale ?

La maladie « *en général et même toutes les maladies en particulier sont des concepts qui ne découlent pas comme tels immédiatement de notre expérience. Ce sont des modèles explicatifs de la réalité et non pas des éléments constitutifs de celle-ci* » énonçait Grmbeck (1994). En ce sens la maladie est une représentation qui dans le monde occidental prend la forme d'une entité spécifique à laquelle le clinicien spécialisé et ses adjoints appliquent des pratiques soigneusement acquises et réglementées. Par extrapolation du langage, nous nommons biomédecine et sciences biomédicales les disciplines que nous estimons appartenir aux sciences qui fondent ce que Foucault (1977) nomme « *biopouvoir, en tant que processus d'encadrement civilisationnel des masses* ». Il le définit comme une série de phénomènes, à savoir « *l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux et va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir, autrement dit comment la société, les sociétés occidentales modernes, à partir du XVIII^e siècle, ont repris en compte le fait biologique fondamental que l'être humain constitue une espèce humaine* ». La biomédecine localise la maladie dans le corps d'un individu, elle concerne

alors le médecin, ou alors la maladie est envisagée sur un plan collectif, elle concerne alors la santé publique. Différemment, le malade la perçoit dans tous les aspects de sa vie quotidienne. Il se la représente selon son ressenti et l'énonce dans un système de signes et de sens, qui peuvent être entendus par sa communauté, qui édicte des normes et des valeurs. Ainsi l'application de pratiques liées à un environnement social donné diffère dans un territoire, lui-même façonné par des pratiques médicales et des représentations spécifiques de la maladie. C'est la raison pour laquelle un système médical donné (celui de la médecine « moderne ») trouve difficilement une traduction dans un autre système – nous sommes à Madagascar –, liant médecine moderne et pratiques traditionnelles. Un malade ayant recours à un système médical autre que celui de sa société de référence, fera laborieusement entendre son mal au soignant. Méconnaître ces processus affaiblit l'efficacité d'une intervention sanitaire.

La notion d'acceptabilité

L'acceptabilité est une des conditions qui détermine le recours aux soins ; elle est aussi un élément de la perception du système de soins. Définie par Penchansky et Thomas (1981), c'est la « *relation entre les caractéristiques des patients potentiels (sexe, ethnie, langue, religion, localisation) et les attitudes des parents des patients et celles du personnel des structures de santé* ». Elle fait surtout référence à la capacité à la fois des prestataires de service et du patient, à surmonter des barrières sociales ou culturelles qui empêchent ou gênent leur contact. Cette dimension de l'accès aux soins donne parfois de vrais éléments de réponse aux déterminants du recours ou du non recours aux soins (Richard, 2001). Nous étudierons les variables qui conditionnent cette dimension.

A. L'AGRICULTEUR, LE DOCTEUR ET LE CHERCHEUR

Après avoir étudié l'accès au système de soins et les différentes pratiques de soins, un dernier déterminant essentiel de la consommation des soins est le facteur « représentation ». Les représentations de l'espace urbain ont été étudiées dans la capitale : ainsi la ville est perçue comme « *nécessaire et monstrueuse* » (FOURNET-GUERIN, 2007, A). Dans l'étude du système de soins en milieu rural, nous sommes dans un autre contexte ; il est néanmoins lié à la capitale (chapitre 8). Comment le malade se représente-t-il la maladie et pourquoi ? La perception de la maladie n'est pas univoque ni uniforme, elle est variable selon les uns et les autres. Outre la notion de maladie, quelle est la vision de la population rurale sur l'état de santé ou sur la notion de bien-être ? Quel est son ressenti à propos de l'hôpital et des professionnels de la biomédecine ? On peut aussi se demander ce que les professionnels pensent du système de soins, dont ils sont le maillon fort, des caméléons en puissance. Mais eux-mêmes se sentent-ils forts et puissants ? Comment vivent-ils leur exercice professionnel dans un milieu rural défavorisé ? Ils se font probablement aussi une représentation de leurs patients. Et quelle est la perception du chercheur au sein de cet édifice ? Nous proposons quelques réponses, issues d'un travail de terrain.

1. Le malade et son imaginaire

a) Comment le malade voit la maladie (quelle en est sa perception alors qu'il n'a pas tous les éléments pour tout comprendre) ?

En parlant avec la population rurale de maladies, on entendait souvent cette phrase, de façon voilée : « *On ne sait pas d'où ça vient. Certaines personnes sont tout le temps malades, d'autres jamais. C'est bizarre. Avez-vous des réponses à nous donner ?* ». Les populations rurales nous ont paru assez fatalistes. Les personnes malades semblaient accepter leur état comme étant le signe du destin. D'autres réflexions apparaissent fréquemment dans les conversations : « *Quand on va à l'hôpital, on ne nous explique jamais rien, les médecins nous parlent à peine, on se sent déconsidérés, maltraités, donc on ne veut plus y retourner* ».

- Les représentations de la maladie sont différentes selon les lieux de nos recherches.

A Mandritsara, on est relativement pragmatique, bien que l'on n'apprécie pas toujours la potentielle gravité d'une maladie à sa juste valeur, notamment à propos du risque de séquelle ou d'évolution fatale. Donnons la parole à un enseignant motivé, son épouse est sage-femme dans le service public : « *Les gens manquent d'instruction. Il manque des enseignants dans la brousse. Il y trop d'élèves dans les classes, certains ne viennent qu'un jour sur deux, d'autres une semaine sur deux, c'est du grand n'importe quoi. On ne va jamais s'en sortir. Pour comprendre la maladie, il faut quand même un minimum d'instruction, on en parle souvent avec ma femme. Elle me raconte aussi que certaines femmes qui arrivent à la maternité pour accoucher ne savent même pas qu'elles sont enceintes, elles viennent parce qu'elles ont mal au ventre* (E 16). Une femme de la campagne s'exprime ainsi : « *Mes enfants sont tous allés un peu à l'école, mais un seul est arrivé au BEPC. Il travaille maintenant avec nous à la campagne. Depuis, il s'est marié et a déjà deux enfants, c'est ça la vie. Vous comprenez, ça ne lui a pas servi à grand-chose d'aller à l'école. Quand mes enfants étaient petits, s'ils étaient malades, je les amenais au docteur, on a la chance d'avoir un centre de santé dans notre village. – Qu'est-ce qu'ils avaient comme maladie ? – De la fièvre. – Vous connaissez un peu des plantes pour se soigner ? – Moi non mais dans le village il y a un homme qui connaît ça bien. Je vais le voir quand moi je suis fatiguée, ses tisanes me soulagent* (E 19) ». Dans la campagne de Békily, il y a moins de doute : la maladie, une malformation, ou même un traumatisme ou un accident n'ont **jamais** une cause naturelle. Il s'agit **forcément** d'un maléfice, suite à l'intervention d'un esprit malveillant : « *J'ai 31 ans et je ne suis jamais allé à l'école. – Il n'y avait pas d'école dans votre village ? – Si, mais mes parents ne nous ont jamais envoyés, ils ne voulaient pas qu'on aille à l'école. – Pourquoi ? – Il y avait du travail à faire à la maison. Mes deux enfants y vont, mais ils n'aiment pas trop la discipline, il faut toujours arriver à l'heure, les professeurs sont trop sévères. Quand on est malade, on va d'abord chez l'ombiasy. Il est toujours disponible, lui. – C'est ce que vous avez fait pour votre frère ? – Oui, quand son ventre a commencé à gonfler et qu'il*

avait mal. – De quoi était-il malade ? – *Je ne sais pas.* – Vous n’avez pas pensé à l’emmener chez un docteur ? – *Mais il n’y a pas de docteur chez nous.* (E 12) ». Ce dernier entretien a eu lieu sur la route de Tananarive, lors du transfert de Mr Z. (voir Chapitre 7). Le Sud a toujours souffert d’un déficit chronique de professionnels de santé et on a pris l’habitude de chercher des réponses à ses problèmes de santé par soi-même. La situation est la même dans les territoires enclavés du Nord. Une seule petite nuance a été observée dans la ville de Mandritsara, elle possède une certaine ouverture sur le monde extérieur. On y trouve également beaucoup plus d’écoles et de services de santé que dans les villages isolés.

- Quelques brèves remarques à propos de nos observations de terrain.
- Les malades ont du mal à mettre des mots sur ce qu’ils ressentent tout comme ils extériorisent peu leurs souffrances. Il est ainsi difficile pour le soignant de savoir ce qu’un malade peu loquace ressent au profond de lui-même. Dans la langue malgache usuelle, un seul mot, *marary*, désigne à la fois douleur (avoir mal) et maladie (être malade).
- Les agriculteurs ne connaissent rien du corps humain. Le faible degré d’instruction de la population d’agriculteurs, mais aussi de certains éducateurs contribue à expliquer le comportement face à la maladie. Il manque des éléments pour apprécier au plus juste un état pathologique. On comprend bien ce que l’on voit mais pour les choses microscopiques, c’est inimaginable.
- Les soins d’hygiène supposent une connaissance et une reconnaissance de l’existence, du mode de transmission et de l’effet des micro-organismes : c’est déjà une gageure, vu le faible niveau général de scolarisation. Car seule l’école est susceptible de transmettre ce type de savoir d’une façon qui rende sa nouveauté convaincante, ou même tout simplement compréhensible.
- Si quelque chose dysfonctionne dans le corps, on va tout de même s’en préoccuper, en cherchant à consulter un thérapeute, et au plus près dans un premier temps. Les praticiens de la biomédecine sont exceptionnellement rares sur le territoire rural mais les guérisseurs traditionnels sont bien là et toujours disponibles. On va ainsi pouvoir bénéficier d’un massage, d’une tisane ou d’une potion quelconque, en attendant...
- Dans le Sud, la peur de l’étranger (à leur « pays ») est encore très répandue. Quand de surcroît l’étranger est un soignant, la situation devient vite compliquée, voire ingérable : nous avons observé à maintes occasions des comportements de fuite effrénée à notre approche d’un village : les gens nous prenaient pour des docteurs d’une ONG quelconque, venus leur faire des piqûres ou autre chose.
- La population rurale n’est pas naturellement une grande consommatrice de médicaments. A la campagne, il n’y a pas de pharmacie à chaque carrefour (d’ailleurs il n’y a pas de carrefour dans la brousse...). Un produit médicamenteux porte toujours en lui une connotation mystérieuse, voire dangereuse. On a peur de prendre des médicaments donc on ne se soigne pas. Les pratiques d’automédication sont rares.

- Les malentendus avec la langue française étaient monnaie courante : la langue est un obstacle majeur à la communication. Si on comprend mal la question, la réponse sera forcément tronquée. C'est une des raisons qui nous ont fait proposer un questionnaire simple, qui malgré cela n'était pas compris partout.
- La population rurale vit en vase clos. Elle a très peu de contact avec le monde extérieur. Elle n'a pas l'habitude de se confier, encore moins à propos de la santé. C'est le domaine de l'intime, que l'on ne partage pas, encore moins avec un étranger. On interiorise beaucoup à la campagne, ses humeurs, ses souffrances. On ne se plaint jamais de rien. On ne veut surtout pas inquiéter sa famille, on a bien trop peur du rejet. On va masquer le plus longtemps possible une incapacité à travailler. On continue à vivre au quotidien comme si de rien n'était. Le sort réservé à une femme stérile est dans le même ordre des choses, elle sera inévitablement rejetée par sa belle-famille. La stérilité est vécue comme une maladie honteuse, reportée systématiquement sur la femme. La population rurale ne peut imaginer qu'un homme soit infécond.
- Puis les douleurs deviennent plus fortes : on ne croit toujours pas (on n'ose pas l'envisager) à la possibilité d'être gravement malade, on reste confiant : « *Ca devrait passer* ». Et l'on commence à s'inquiéter : « *Nous n'avons pas beaucoup d'argent, on ne pourra jamais payer les médicaments...* ». Deux situations apparaissent alors : ce sera soit une guérison spontanée (on oublie et on n'en parlera plus) ou un destin plus tragique.

- Résultats de l'enquête domiciliaire sur les perceptions et représentations de la maladie

En ce qui concerne la perception de l'état de « bonne santé » (question 1 – ANNEXE 13) le jour de l'enquête, les résultats sont variables. Dans les campagnes de Mandritsara, 100% des personnes se considèrent en bonne santé, c'est un peu plus nuancé dans le milieu urbain où 16,6% des personnes se sentaient malades. A Békily, il n'y a pas de différence entre les espaces ruraux et urbains : une personne sur 5 se sent malade le jour de notre passage. Il y a peu d'enseignement à tirer de cette question. Le concept de maladie est décidément bien flou.

Tableaux 32 et 33 : Perception de la maladie

Mandritsara	Milieu rural	Milieu urbain	Békily	Milieu rural	Milieu urbain
Êtes-vous en bonne santé aujourd'hui ?			Êtes-vous en bonne santé aujourd'hui ?		
Oui	49	25	Oui	40	24
Non	1	5	Non	10	6
Total	50	30	Total	50	30

La question suivante concerne les représentations que les gens se font de la maladie (question 2 – ANNEXE 13). Dans le milieu rural de Mandritsara, une personne sur 2 a

répondu « maladie = fièvre ». Les taux sont équilibrés en ville, sauf pour la réponse « Je ne me sens pas normal ».

Tableau 34: Représentation de la maladie dans le district de Mandritsara

Que signifie être malade ?	Milieu rural		Milieu urbain	
Anormal (je ne suis pas dans un état normal)	5	10%	1	3,3%
Fatigué (je ne peux pas aller travailler)	10	20%	10	33,3%
J'ai de la fièvre	25	50%	10	33,3%
J'ai mal	10	20%	9	30%
Total	50	100	30	100

A Békily, les réponses sont floues à la campagne ; nous pensons que les gens n'avaient pas bien compris la question. Dans le secteur urbain, une personne sur 2 traduit la maladie par un état de fatigue et une sur 3 par la fièvre. La notion de douleur est-elle peu exprimée ou peu ressentie ? Nous avons choisi de proposer des questions fermées, sous peine de passer deux heures par questionnaire, ce qui n'était pas envisageable pour des raisons pratiques.

Tableau 35 : Représentation de la maladie dans le district de Békily

Que signifie être malade ?	Milieu rural		Milieu urbain	
Anormal (je ne suis pas dans un état normal)	15	30%	2	6,6%
Fatigué (je ne peux pas aller travailler)	12	24%	14	46,6%
J'ai de la fièvre	14	28%	9	30%
J'ai mal	9	18%	5	16,6%
Total	50	100	30	100

b) Comment le malade se représente-t-il le système de soins et les professionnels de santé ?

Le système de soins a globalement une mauvaise image de marque dans la population rurale. Les raisons sont multiples. Une fois de plus, nous choisissons de donner la parole aux personnes concernées

- Ressenti général de la population à propos des professionnels de santé

La population rurale parle avant tout de la disponibilité des praticiens. On entendait régulièrement : « *Le CSB est toujours fermé* », « *Ce sont des fonctionnaires, alors ils peuvent faire n'importe quoi* », « *Ils sont fonctionnaires, donc privilégiés* », « *On va au centre de santé car il n'y a rien d'autre, ça m'est déjà arrivé d'attendre trois jours l'arrivée du médecin* », « *Quand ma sœur est partie accoucher au CSB, la sage-femme était très méchante !* », « *Les docteurs, ils viennent tous de la ville, ils ne nous comprennent pas* », « *Je crois que les personnels de santé se moquent de nous car on ne*

sait pas lire et écrire », « Le médecin ne parle pas beaucoup, il inscrit des médicaments dans le carnet et après on doit aller les acheter », « le docteur ne s'intéresse pas à nos problèmes, il est tout le temps en train de jouer avec son téléphone, il est un peu vantard », « Les sages-femmes sont paresseuses, elles sont toujours assises à discuter et ne font rien, elles ne s'occupent pas de nous. Elles sont fonctionnaires, vous voyez comme elles sont grosses », « Ils nous disent toujours qu'on doit aller à l'hôpital mais on n'a pas d'argent », « Depuis 3 ans on a un bon docteur ». Ces discours étaient répétitifs, ils ont été transmis par nos interprètes, donc sans contrôle possible. On observe néanmoins un profond ressentiment de la population rurale, les gens parlent de l'arrogance des professionnels de santé, de leurs soi-disant privilèges ; des malentendus divers semblent être à l'origine de ces discours. Les préoccupations monétaires sont elles aussi fréquemment rapportées : « Quand on va chez le médecin, on a toujours peur qu'il nous demande de l'argent », « Ici, le médecin nous fait payer, chez mon frère dans un autre village c'est gratuit », « Avec le médecin, pas de problème : c'est gratuit, j'ai juste peur car je ne pourrais pas payer les médicaments de mes enfants », « On ne trouve pas ici les médicaments que ma mère a besoin, je dois aller à Mandritsara en ville pour les trouver : il faudra attendre le marché dans 10 jours ». On voit ainsi trop d'opacité, d'inégalités, voire d'injustice dans le système de soins, qui au bout du compte ne peut être que mal perçu.

Les entretiens confirment ce malaise général, à propos des centres de santé : « Moi j'y conduis mes enfants mais les personnels changent trop souvent. Depuis 5 ans, on a déjà eu 5 personnes différentes, parfois c'est un docteur, parfois un infirmier, on ne comprend rien. Certains étaient bien mais après 6 mois ou 1 an ils étaient déjà partis, on ne sait pas pourquoi. On ne sait jamais ce qui se passe. Une fois, un docteur est tombé malade, il est parti et on ne l'a jamais revu (E 19). « Les gens de la campagne ont la critique facile, c'est ce que je dis maintenant que je suis à l'école de para-méd. Je comprends mieux les problèmes des soignants à la campagne. Ils n'ont pas d'attache familiale, ils s'ennuient, ils ont peu de moyens pour soigner les malades au mieux. Nous, on est la nouvelle génération, je veux aller travailler dans mon village, on va changer les choses (E 28).

- Comment la population rurale se représente-t-elle l'hôpital ?

Des études sur la médecine hospitalière ont été faites en milieu urbain par des anthropologues (JAFFRE, OLIVIER DE SARDAN, 2003). Ils parlent d'une médecine inhospitalière dans les capitales de cinq pays d'Afrique de l'Ouest et se penchent sur les épineuses relations entre soignants et soignés. Les témoignages relatés sont édifiants ; on retrouvera les mêmes discours à Madagascar, à plus petite échelle et en milieu rural. Si la population rurale juge sévèrement les professionnels de santé, sa perception de l'hôpital est encore plus mauvaise. Là aussi, il y a plusieurs facteurs explicatifs possibles. D'une façon générale, les gens n'aiment pas consulter un médecin : « Que va-t-il m'annoncer ? ». Nous avons tous peur de « tomber » malade, peur d'avoir mal, peur de souffrir, peur que l'on nous annonce une maladie grave ou incurable. On a peur des médicaments, d'un produit chimique que l'on peut mal digérer, qui peut nous tuer. Pour

la chirurgie, on se pose encore un peu plus de questions : *« On va me couper, je vais avoir mal », « On va me découper comme un cochon », « On va me couper quelque chose »*. Lors d'une intervention chirurgicale, on va perdre quelque chose, on va perdre son intégrité, il est parfaitement licite de réfléchir à deux fois avant d'aller voir un chirurgien. *« J'aurais peur de ne pas me réveiller : ma sœur est morte pendant une opération. Elle avait trente ans et quatre enfants », « On nous endort et après on ne sait pas vraiment ce qu'on va faire de nous », « On me dit que je dois aller me faire opérer. De quoi, pourquoi ? Y a-t-il des risques ? J'ai peur »*. Tant que quelqu'un est physiquement valide et peut accomplir les tâches qui lui sont dévolues, l'idée qu'il puisse aller à l'hôpital paraîtra saugrenue. Non seulement en raison des impératifs saisonniers d'une famille qui a souvent besoin de tous ses bras, mais aussi tout simplement parce que dans la représentation locale, la simple capacité à se tenir debout est un indicateur suffisant de la santé. Sans parler des seuils de résistance à la douleur : les agriculteurs, habitués à souffrir fréquemment des multiples désagréments passagers liés à l'existence, sont en général d'une grande endurance. Pour toutes ces raisons, on ne se rend bien souvent à l'hôpital que lorsqu'on se sent parvenu à l'article de la mort.

- A propos de l'hôpital public

Celui-ci conserve au fil du temps une très mauvaise image de marque : l'hôpital public traîne avec lui une vieille et lourde réputation de mouvoir à Madagascar. Ce n'est pas un cas isolé. La réputation d'un centre hospitalier, quel que soit le lieu, un pays riche ou un territoire plus défavorisé. La moindre erreur, plus ou moins grave, plus ou moins évitable, va ternir son image comme si l'hôpital devait être un sanctuaire capable de produire des miracles. La presse se fait l'écho (se réjouit ?) de la moindre « affaire » touchant l'hôpital, à grands coups de battage médiatique. Elle est à l'affût du moindre scandale. *« X personnes sont mortes dans l'hôpital Y par la malveillance du radiothérapeute... », « Le Dr A., médecin anesthésiste, était complètement ivre durant l'opération : un enfant de 8 ans est mort à l'hôpital »*. Le public est forcément très sensible à ces événements. Quelle est la part de vérité ou de bien-fondé d'un article de presse ? Les médias jubilent : leur Une est faite pour quelques jours, jusqu'à l'histoire suivante, un peu plus sordide peut-être, ailleurs, pour d'autres « dégâts » en perspective. En attendant, le mal est fait et la (mauvaise) réputation peut s'inscrire dans la mémoire collective, éternellement. Certes à Madagascar, l'information circule moins vite que dans un pays favorisé, mais le principe est le même. Toutes les personnes rencontrées avaient une anecdote fort émouvante à nous relater. *« Mon bébé faisait une crise de fièvre. Il est mort à peine 15 minutes après son arrivée à l'hôpital, on était très déçus », « Quand on va à l'hôpital, c'est qu'on va mourir », « Si on va à l'hôpital ça veut dire que c'est grave et qu'on ne reviendra pas », « A l'hôpital, on vous fait plein d'exams, on vous prend votre sang, et après vous êtes mort quand même, alors à quoi ça sert d'y aller ? »*. Pour finir, donnons la parole à Mr A. dans un village du Sud : *« Mon père est mort à l'hôpital, pourtant il ne voulait pas y aller mais on l'a forcé : il sentait bien qu'il ne reviendrait jamais à sa maison. Moi je n'irai jamais à l'hôpital. Si je dois mourir, je préfère que ce soit à la maison, entouré de mes enfants. On raconte que maintenant c'est une ONG qui dirige l'hôpital et que c'est*

mieux. Les gens de la campagne sont de toute façon tellement découragés, ils ne croient plus à la médecine, on est restés trop longtemps isolés. (E 1).

La représentation de l'hôpital comme mouroir est vivace dans l'esprit des populations rurales, tant à Mandritsara qu'à Békily. Il doit en être de même dans toutes les campagnes malgaches et peut-être aussi dans les villes, tant le système de soins a mauvaise presse. *« Les malades arrivent à l'hôpital en très mauvais état, souvent au stade ultime de l'évolution de leur maladie ; la médecine ne peut souvent plus rien pour eux à ce moment. La médecine a ses limites. S'ils pouvaient avoir le réflexe de venir plus tôt, je pense qu'on pourrait sauver beaucoup de vies. Pourtant la plupart des médecins des CSB sont sérieux et font leur possible pour les convaincre, mais les gens semblent manquer de confiance en nos collègues (E 8). « Les malades ne sont pas raisonnables, ils ne suivent pas les conseils des médecins, ils imaginent trop de choses, ils aiment bien critiquer. Si un de leurs proches a subi une mauvaise expérience à l'hôpital, ils ont tendance à généraliser, certains croient même qu'on tue les gens volontairement, pour leur voler un organe ou du sang. Ce sont des croyances d'un autre âge, mais pourtant encore très répandues dans les villages (E 16) ».*

- Perception des formations sanitaires privées

Les personnels des formations privées sont largement critiqués par la population, dans les espaces urbains cette fois, mais pour d'autres raisons que précédemment.

- Des raisons humanistes

On a pu entendre à Mandritsara : *« Ils ne sortent jamais en ville, on ne les voit pas. Ils vivent tout le temps dans l'hôpital, c'est bizarre, comme si ils avaient peur de nous », « Ma sœur travaille là-bas comme femme de ménage depuis 6 ans, et elle raconte qu'ils ont peu de contacts avec les autres personnels », « On a l'impression qu'ils passent plus de temps à prier qu'à travailler : il y a tout le temps la messe là-bas », « Je ne suis pas dans leur religion, je ne sais pas si je peux me faire soigner chez eux ! ».* Nous avons demandé son avis à un enseignant de la ville : *« C'est vrai qu'ils viennent pour la plupart de l'extérieur et ne s'impliquent pas beaucoup dans la vie sociale de la ville. Mais ils ont tout sur place, leur maison, leur église : les gens ne le comprennent pas bien. En fait on ne les connaît pas, est-ce qu'ils sont mariés, est-ce qu'ils ont des enfants ? On ne les voit jamais jouer avec nos enfants, comme s'ils cherchaient à mettre une barrière entre nous. C'est aussi dommage qu'ils ne recrutent pas des jeunes ici pour leur école d'infirmiers, ils ne sont pas plus bêtes qu'ailleurs pourtant (E 16) ».*

Et à Békily : *« On ne connaît pas les personnels de MSF, on les voit traverser la ville dans leurs 4x4 », « Mon frère travaille à l'hôpital comme personnel de service, il est très content. Il a été formé par MSF et nous dit que les personnels sont tous très gentils, même si ils ne parlent pas la langue malgache ».* Nous avons abordé le sujet dans deux entretiens dans le Sud. *« Les personnels ne sortent pas. Ils sont étrangers et ne parlent pas notre langue. Pour certains, c'est la première fois qu'ils viennent à Madagascar, ils*

ne connaissent rien à notre pays, c'est difficile de communiquer. On les croise parfois à l'hôpital quand on vient faire nos formations mais ils ne parlent jamais avec nous. Je suis très surpris que vous m'adressiez la parole, et en plus dans mon village ! (E 9) ». « Pour MSF, c'est un peu spécial. Les personnels enchaînent les missions, souvent dans des zones de guerre ou de catastrophe naturelle. Certains nouveaux arrivants s'attendaient à trouver la guerre à Madagascar, c'est un peu décalé, non ? Il n'y a pas de guerre civile chez nous. En plus, ça tourne pas mal dans le personnel, on commence à s'habituer à quelqu'un, puis il se fait remplacer. C'est difficile d'établir des relations profondes avec les expat. Ils restent au maximum deux ans (E 3) ».

○ Des raisons pécuniaires

Le statut des formations privées n'est pas expliqué au public, il reste fort méconnu. La population va par conséquent laisser parler son imagination. Comment cela fonctionne-t-il ? Quelles sont les maladies soignées là-bas ? Le public semble ne rien savoir sur un hôpital présent dans la ville de Mandritsara depuis plus de 15 ans. Dans le Sud, peu de gens également savent que l'hôpital de Békily re-fonctionne normalement depuis trois ans. L'information fait cruellement défaut dans les campagnes malgaches. « Cela doit coûter très cher là-bas », « Mon petit frère s'est fait opérer dans l'hôpital privé, ça n'a pas coûté trop cher », « Ce n'est pas pour nous, on est trop pauvres », « C'est un hôpital pour les fonctionnaires, non ? ». Et à la campagne : « On n'a pas les moyens d'aller en ville nous », « Ils viennent de la ville, là-bas c'est développé, chez nous il n'y a rien », « On voit souvent passer des étrangers, dans leurs gros 4X4. Que cherchent-ils ? ». Un infirmier originaire de la ville de Fianarantsoa nous parle sans tabou : « Les malades de la campagne éprouvent un sentiment d'infériorité devant les étrangers. Ils pensent tous la même chose : ceux-là sont riches, ils ont de la chance, ils sont instruits (E 3) ».

○ Des raisons linguistiques

« On ne peut pas communiquer avec les étrangers, ils ne parlent pas le malgache. Avec les gens de Tana, c'est la même chose, on a l'impression qu'ils nous méprisent. Pourtant on ne leur a rien fait », « Comme on ne peut pas parler directement avec les docteurs, on a l'impression qu'ils sont désagréables ». Les discours du public ne sont pas tendres. La relation médecin/malade semble d'emblée impossible, faussée d'avance. Quel est l'avis d'un médecin étranger ? « On ne parle pas la même langue, on a tout le temps besoin d'un interprète, les malades ont du mal à se confier. Ils n'ont pas confiance dans l'interprète en fait, ils croient qu'il va aller raconter ses problèmes de santé à tout le monde dans son village : le malade aura honte. Les réponses à nos questions seront forcément biaisées : on ne livre pas le tréfonds de son cœur. Au moment de l'examen clinique, c'est encore plus difficile ; je suis une femme, médecin, étrangère : cela fait beaucoup d'éléments qui riquent de provoquer un choc culturel entre le soignant et le soigné, vous ne trouvez pas ? (E 8) ».

■ Entretien avec un groupe de villageois

Six hommes et deux femmes, rencontrés sur un chemin, se rendent au marché de Mandritsara pour vendre des bœufs (3 zébus à vendre, 2 pour l'abattoir) et quelques produits maraîchers (canne à sucre). La petite troupe se déplace à pied, le mercredi 11 décembre 2013.

Père de famille, 39 ans : « – Votre village est à combien de kilomètres de Mandritsara ? – *Trois jours, car on prend des raccourcis. Et on a l'habitude de marcher. Si on prend la route ou qu'on est accompagnés d'enfants, la distance sera de 5 jours.* – Comment s'appelle votre village ? – *Bebena, commune rurale d'Ambohisoa, dans la brousse.* – Vous allez souvent en ville ? – *Non, pour le marché, à l'occasion. Et vous, vous allez souvent en brousse ?* – Non, cela dépend de mes recherches ! »

Bebena est un hameau enclavé (513 habitants, en 2012), situé à 13 km au Nord-Ouest du village principal de la commune rurale d'Ambohisoa. Pour se rendre à la ville de Mandritsara, on emprunte tout d'abord une « autre voie » jusqu'au village d'Ambaripaika, puis une « route secondaire » jusqu'en ville.

Mère de famille : « – Il y a une centre de santé dans le village ? – *Non, juste un agent communautaire. Il nous donne parfois des médicaments, si un enfant est malade.* – Et pour trouver un médecin ? – *Il y a le CSB dans le village d'Ambohisoa, mais le médecin est là en général une semaine par mois, c'est très variable. En fait, on ne sait jamais quand il est là. Il a une moto, donc si on voit la moto, on sait qu'il travaille.* – Que faites-vous si quelqu'un se blesse ou tombe gravement malade ? – *Pour les urgences, on se débrouille avec des herbes, les vieux connaissent bien.* – Que faites vous dans la vie ? – *On est tous agriculteurs au village, le riz et les bœufs ».*

Homme le plus âgé du groupe : « – Bonjour ! Où allez-vous ? – *On va au Sabotsy Be.* – Quel est votre métier ? – *Je suis agriculteur.* – Vous allez souvent en ville ? – *On va à Mandritsara au moins une fois par an, après ça dépend, si on est malade, si on doit vendre nos bœufs.* – Vous avez quel âge ? – *Je ne sais pas.* – On m'a dit que l'hélicoptère venait dans votre village, qu'en pensez-vous ? – *C'est impressionnant, ça fait du bruit, on n'entend jamais un bruit par ici, et encore moins de moteur ! Ils viennent nous rendre visite à Ambohisoa une fois par an, depuis 2009, pour vacciner les enfants. Ils nous laissent aussi du lait en poudre. On est informé par la radio de Mandritsara, et de toute façon ça fait tellement de bruit, on entend l'hélicoptère quand il arrive ».*

Femme d'âge moyen, à propos des missions hélicoptérées : « *Il y a un médecin et un pasteur à bord. Ils ne sont pas originaires de la région, et ne nous comprennent pas quand on parle dans le dialecte tsimihety. Mais ils sont plutôt gentils. Après les consultations, on va à la messe. On ne comprend pas tout non plus, c'est un culte Baptiste, normalement on est catholique ».*

Autre homme mûr : « Ils viennent nous parler de la Bible, de Dieu, du bien, de la morale. C'est intéressant. Et en plus ils soignent les malades. L'année dernière, ils ont emmené ma mère dans leur hôpital. Elle était terrorisée dans l'hélicoptère, mais elle est revenue en pleine forme. Depuis, elle n'est plus malade. – Quelle était sa maladie ? – Je ne sais pas, je ne sais pas lire ni écrire. Je crois qu'elle a été opérée ».

Mère de famille : « – Ca vous impressionne ces missions en hélicoptère ? – C'est surtout les enfants qui ont peur. L'autre fois, après leur départ, ma fille ne dormait plus pendant une semaine. Elle criait toute la nuit et faisait des cauchemars. En plus, ils lui ont mis une piqûre, ça lui a fait mal. – Vous êtes vaccinée vous-même ? – Non. Je ne tombe pas souvent malade ».

Femme d'âge moyen : « – Comment vous soignez-vous d'habitude ? – Avec des plantes, les vieux de la commune connaissent beaucoup de remèdes. – Et vous êtes soulagée ? – Ca dépend des fois. On n'a pas le choix. Mais après, ça va mieux ; c'est surtout difficile pour les petits enfants. – Où avez-vous accouché de vos enfants ? – Les trois fois à la maison, avec une matrone » annonce-t-elle fièrement.

Homme jeune, à propos des missions aériennes : « C'est bien pour les enfants. Moi je n'ai pas peur des piqûres ».



Photographie 110 : Occupations à la campagne.

On vient parfois de loin pour vendre ses produits au grand marché de Mandritsara. Cette femme a marché trois jours depuis son village, il en faudra autant pour le retour. « Le docteur dit souvent que la marche à pied, c'est bon pour la santé » nous déclare-t-elle ironiquement.

2. Le professionnel de santé, ses certitudes et ses doutes

a) La perception de la santé et du système de soins par des professionnels ruraux exclusifs

Afin de savoir comment les professionnels de santé ruraux perçoivent la santé dans le milieu rural, nous avons rencontré un certain nombre d'entre eux et leur avons soumis les mêmes questions. Celles-ci ont été insérées dans les entretiens au fur et à mesure des rencontres.

- Quels sont d'après vous les trois motifs principaux de consultation dans votre exercice médical en milieu rural ? Quelle est la durée d'évolution de la maladie à priori (aigu - chronique) ? On vous demandera une réponse courte et la plus spontanée possible.

A Mandritsara, trois professionnels de santé témoignent. « A Antsirabe Centre, depuis un an, je vois surtout des maladies infectieuses, ORL, respiratoires ou digestives. Ensuite, les problèmes gynéco et peut-être la traumatologie en troisième position. On voit peu d'urgences vraies. Les gens tardent beaucoup à consulter. Est-ce qu'ils ont peur ? On essaie pourtant de les mettre à l'aise, de les accueillir gentiment et de prendre le temps de leur expliquer des choses et de leur donner des conseils, surtout sur l'hygiène (E 21) » - « Dans ma commune, je dirais fièvre, douleurs abdominales et MST. L'évolution semble chronique dans beaucoup de cas. Mais je ne suis pas ici depuis assez longtemps (E 22) » - « J'étais avant dans la commune d'Andratamarina. Il y avait beaucoup d'infections respiratoires, de la fièvre et des maladies sexuellement transmissibles, apparemment. Depuis que je suis à Antsirabe Centre, c'est fièvre, diarrhées et petite traumatologie. On ne peut pas dire que les gens se précipitent pour consulter, lorsqu'ils sont malades. Ce n'est pas rare de voir des diarrhées qui durent depuis 15 jours ou des fièvres vieilles de trois mois (E 23) ».

Et dans le Sud, que se passe-t-il ? Nous avons recueilli trois témoignages de médecins. « A Menakompy, je dirais la fièvre, les troubles digestifs et les problèmes de malnutrition, anciens pour la plupart. Les gens sont déjà passés chez le guérisseur avant de venir ici (E 5) » - « A Beraketa, on voit beaucoup de grossesses, pathologiques ou non, ou alors des problèmes gynéco. En deux je dirais la fièvre et enfin des maladies digestives diverses (infections parasitaires ou bactériennes, diarrhées et douleurs abdominales). C'est une impression générale, après il faudrait voir le registre. Je voudrais parler des problèmes cutanés, on en voit beaucoup, mais les gens ne viennent pas pour ce motif en général. Quant au délai de consultation, je dirais que les gens viennent de plus en plus tôt maintenant. On essaie d'offrir un service correct, surtout en terme de présence. Mes collègues ont-ils les mêmes sensations ? (E 6) » - « Pour Belindo, j'ai l'impression de voir pas mal de fièvre, surtout chez les enfants, puis des troubles ORL et respiratoires et enfin de nombreuses affections liées à la malnutrition. Les gens ne viennent pas consulter très vite quand ils sont malades (E 7) ».

La fièvre reste un motif fréquent de consultation. Les maladies digestives paraissent plus fréquentes dans le Nord alors que dans le Sud les médecins notent un certain nombre de cas de malnutrition. Que ce soit dans le district du Nord ou dans celui du Sud, les médecins estiment globalement que les gens tardent à consulter en cas de maladie. Il s'agit au total de quelques témoignages isolés et d'un ensemble de perceptions personnelles.

- Quel est votre sentiment général sur le système de soins à la campagne, si vous pouviez le résumer en une phrase ?

Des réponses concises et un long discours arrivent pêle-mêle. « *On manque de matériel. Les communications sont difficiles (E 22)* » - « *Vous avez constaté qu'il manquait de médecins et d'infirmiers dans beaucoup de villages (E 23)* » - « *On se sent bien seul, c'était mieux à l'hôpital ; ici les responsabilités sont trop grandes (E 5)* » - « *Pour moi ça va, je n'ai pas trop à me plaindre ; les conditions sont bien meilleures qu'il y a dix ans, surtout depuis l'arrivée de MSF à l'hôpital de Békily (E 6)* » - « *On n'est pas nombreux actuellement, c'était mieux avant (E 7)* ». Notre dernier témoin est arrivé à la campagne depuis 6 mois, frais émoulu de la faculté de médecine de Majunga. Il a fait ses derniers stages universitaires au CHU, relativement bien équipé et moderne. Dans son impeccable pantalon en toile, avec ses mocassins et sa serviette de cuir, le stylo fiché dans la poche de sa chemise blanche, il semble tout droit sorti d'une université ou d'une administration prestigieuse. Il tient à porter sur lui les marques de sa modernité. Il nous dévide avec une pointe de dégoût cette complainte éculée : « *On travaille dans des conditions d'hygiène épouvantables, mais il y aurait beaucoup d'autres choses à dire : l'isolement, l'accès, les conditions de travail pénibles pendant la saison des pluies, un salaire ridicule, une vie familiale impossible, tous les sacrifices qu'on doit faire, les gens manquent d'instruction dans la brousse etc. Je pourrais remplir vingt pages si vous voulez... Demandez leur avis à mes collègues, ils vous diront tous la même chose. Par ailleurs, l'Etat nous fournit une caisse de médicaments chaque année, c'est tout. Mais ce n'est pas suffisant pour l'année. Après trois mois, il ne reste déjà plus rien. Je vous propose de rester une semaine ici, pour observer la situation. Si vous aimez la tranquillité et la vie rurale, vous êtes le bienvenu. Vous saurez alors si ce que l'on raconte est une perception de la situation ou bien la réalité de tous les jours – Chiche ! – Vous voyez, je fais un effort pour avoir une présentation correcte devant les malades. Mais si vous restez un peu ici, vous me verrez descendre chercher de l'eau à la rivière – dans la même tenue – en espérant que le niveau d'eau soit suffisant. Sinon, on s'en passe. Pas facile, hein ? Durant plusieurs mois par an, c'est la galère, il n'y a pas de solution (E 21)* ». Isolement géographique, isolement social, contraint au célibat. Heureusement tout de même, il y a un point sous le manguier à la sortie du village où l'on peut capter un réseau de téléphonie mobile ; c'est le seul point à des kilomètres alentour.

Ces témoignages de professionnels de la santé montrent que l'on peut connaître une situation similaire avec un vécu totalement opposé : qui a raison ? C'était mieux avant ou c'est mieux maintenant ? Ces praticiens sont tous conscients du manque d'effectif de personnels soignants dans le milieu rural. Nous observons que chacun a sa propre vision du système, mais aussi que certains sont de nature optimiste. D'autres par contre, devant l'état de délabrement du système de soins rural à Madagascar, sont définitivement résignés. L'isolement professionnel, intellectuel et familial est un problème. « *Que croyez-vous que nous faisons à la fin de la journée de travail ou pendant le week-end ? Il n'y a pas de loisirs à la campagne. Moi je n'ai ni famille ni amis ici, alors on va au bar, comme tout le monde, essayer d'oublier ses problèmes dans l'alcool. Je suis*

conscient du problème mais attention je ne suis pas alcoolique : on voit trop les dégâts provoqués par l'alcool chez les agriculteurs : certains vont jusqu'à l'ivresse totale tous les jours. J'attends avec impatience de pouvoir retourner travailler en ville et j'espère un jour me marier (E 21) » - « J'ai pas mal d'amis de mon âge qui sont enseignants, jeunes mariés comme moi. Ils ont les mêmes problèmes que nous et ça fait du bien de pouvoir parler avec eux. Le dimanche, on joue au football ensemble et puis on essaie d'aller au moins une fois par mois à Mandritsara pour voir la famille. De temps en temps, il y a une fête dans le village : toute la communauté se retrouve alors, c'est très convivial. Moi ça va, le stress je ne connais pas (E 23) » - « C'est la galère pour arriver jusqu'ici, donc on est un peu coincés. Si on veut aller à Tuléar de temps en temps, c'est impossible. Il faut attendre les congés annuels. C'est pareil pour les amis là-bas, on ne les voit plus, ils ne peuvent jamais nous rendre visite car ils travaillent aussi (E 5) » - « Je monte une fois par mois à Békily, pour prendre mon salaire. J'en profite pour faire un tour à l'hôpital et voir mes collègues, on peut parler des malades que je leur ai envoyés : cela rompt un peu l'isolement (E 6) ». Ce n'est plus de la perception mais un constat brut sur le quotidien des praticiens du milieu rural.

b) Les perceptions du système de soins par des professionnels hospitaliers donc urbains

- Est-ce une chance pour vous de travailler en ville ?

« Une ville, c'est un bien grand mot pour notre petite commune. Certes, on est moins isolés que dans la brousse. Pour la vie familiale, c'est mieux ici. Un couple peut vivre ensemble et nos enfants peuvent aller à l'école au moins jusqu'au bac. Le problème, c'est nos moyens. Vous avez vu l'état de délabrement du service à l'hôpital, on manque de tout, médicaments, radiologie, le laboratoire n'est pas d'un grand secours. On se base sur l'état physique du malade pour faire un diagnostic. Mais les pathologies sont répétitives, un cas de tétanos, une crise de palu, une tuberculose, des diarrhées infectieuses. Que des maladies évitables ! Je présume que dans votre pays ces maladies ont disparu chez les enfants ? (E 26) » - « Pour les horaires de travail, ça me va, j'ai le temps de m'occuper et de profiter de ma fille – elle a 2 ans. Mais à part ça, mon mari travaille à Antsohihy, alors on se voit à peine un week-end par mois, et encore ! Pendant la saison des pluies, c'est encore moins souvent. Sur le plan professionnel, c'est limite. Si un accouchement se passe mal, ça peut rapidement causer le décès du bébé et parfois de la mère. On n'a pas les moyens de pratiquer une réanimation. Il y a heureusement l'HVM à qui on peut référer des femmes ayant besoin d'une opération (E 30) » - « Je suis arrivé à Békily il y a deux ans. Je travaillais avant à Fianarantsoa. On ne peut pas dire qu'ici ce soit une ville, mais cela ne me gêne pas car moi j'aime la campagne, c'est là que j'ai grandi. Mes parents vivent dans un petit village des Hauts Plateaux. Je suis juste impatient de revoir ma femme et ma fille. On est séparés depuis 6 mois, mais elles vont arriver le mois prochain. Au niveau professionnel, c'est le top avec MSF. Si un jour ils partent, ça sera la galère (E 3) ». La notion de ville à la campagne prête à confusion. La population de la « ville » est constituée d'un grand nombre d'agriculteurs (plus de 75% probablement) et les

professionnels de la santé en ont conscience. L'isolement est certes moins important qu'en brousse, mais il reste effectif. Les problèmes familiaux sont largement mis en avant.

- Quelles sont vos relations avec la population rurale ?

« Au début, les gens avaient peur de nous car on n'est pas nés ici : on est arrivés à une quinzaine d'infirmiers et techniciens de labo, certains de Tana, d'autres de Fianar. Mais c'était encore pire avec les gens de la mission qui ne sont pas Malgaches. Pour ce qui me concerne, j'ai adoré cette expérience. Cela m'a même donné envie d'étudier le sujet plus en profondeur, l'éthique, la déontologie, ça me parle et je suis en train de rédiger un mémoire sur ces thèmes, c'est très intéressant, essayer de comprendre ce qui se passe dans le Sud, pourquoi cette population est restée isolée si longtemps ? (E 3) » - « Je suis née à Mandritsara, donc je connais bien la mentalité des gens de la région (E 26) » - « Dans l'esprit de nombreuses personnes, l'hôpital c'est encore considéré comme un mouroir. Les femmes ne viennent pas encore suffisamment accoucher ici. Mais ce qui est grave, c'est qu'elles font peu de consultations prénatales, c'est regrettable. Un autre problème concerne les frais d'accouchement. La famille doit acheter un kit, qui n'est pas à la portée de toutes les bourses. (E 30) ». Nous ne mettons aucunement en doute la moralité des professionnels qui se sont confiés, bien au contraire : leur dévouement est assez impressionnant. Mais de même que construire une école et y employer un instituteur de niveau secondaire ne veut pas dire fournir une éducation de qualité à des enfants assidus, la présence d'un centre de santé de base dans la localité ne signifie pas que les patients bénéficieront d'un service médical efficace. Nous n'avons malheureusement pu partager le ressenti de certains professionnels, régulièrement absents ou peu désireux de se raconter. Mais nous respectons leur point de vue.

Il est curieux de noter de grandes similitudes avec un pays aussi distant que le Népal. R. Bordes (2005), a mené des recherches dans le milieu rural népalais et nous parle du « *grade d'health Intendant, qui est en quelque sorte un parent pauvre de celui de l'infirmier. Son savoir lui permet d'intervenir et d'accomplir un certain nombre de gestes utiles, mais il possède des instructions très précises quant aux limites de ses compétences : pour toute une série de cas, on l'invite expressément à envoyer ses patients à l'hôpital de district ou de zone... Mais ces recommandations sont passablement théoriques, car l'hôpital, certes mieux pourvu en personnel, n'est souvent pas mieux approvisionné que les health post* ». Pour faire face aux carences en médecins dans les zones rurales malgaches, on demande aux infirmiers d'assurer une fonction médicale, alors qu'ils n'ont pas la même formation ni le même salaire à la fin du mois. Ils doivent être réellement motivés pour effectuer leur mission car il s'agit souvent d'une mission rendue à la population. Il ne faut pas oublier que les populations au sein desquelles ils interviennent, dont ils partagent les valeurs et les croyances, ont leurs propres représentations de santé, qui préexistent à l'arrivée de la biomédecine. « *Intarissable, le health intendant me cite des anecdotes qu'il estime parlantes pour illustrer l'« ignorance », la « saleté », et l'« arriération » de ses patients et congénères ; son*

exposé adopte tous les tons, du grave au plaintif, du rageur à l'exalté, du curieux au résigné – qui sera peut-être la tonalité dominante. Il incrimine en premier lieu les guérisseurs et les oracles-médiums, qui usurpent la place revenant à la biomédecine. On ne sait trop s'il leur reproche de manipuler consciemment les gens pour leur extorquer l'argent ou bien s'il reproche aux villageois de leur accorder un crédit immodéré. Lorsque j'évoque leur possible efficacité, la position du jeune soignant est tranchée : il désigne en bloc ces pratiques du terme andabiswas, littéralement une confiance aveugle – que l'on traduit habituellement par superstition » relate encore R. Bordes dans son expérience népalaise : quel fossé entre soignants et soignés ! Les mêmes expériences se retrouvent dans un certain nombre de pays défavorisés. Partout, on tente de trouver une solution pour compenser la pénurie de personnels de santé, on innove, on s'adapte, on met en avant les guérisseurs traditionnels. Certains font la promotion de la médecine générale (DESPLATS et alii., 2004). D'autres témoignent de difficulté, pour les nomades du Mali, de se soigner (DIAKITE, 1993). C. Grenier-Torres (2003) évoque la santé reproductive en Côte d'Ivoire, dans le large contexte de la mondialisation.

Pour clore ce chapitre, donnons une nouvelle fois la parole à un professionnel de la santé. Un de nos interlocuteurs, sitôt son diplôme d'infirmier en poche, a consacré une année à faire du bénévolat dans trois communes rurales de l'Est du district de Mandritsara, dans un territoire encore largement dimensionné par la marche à pied, sans autre arrière pensée que de vouloir rendre service à sa communauté *« Moi j'ai eu la chance de faire des études, mon père est professeur au collège et nous a transmis cet état d'esprit. On ne se pose pas de question. Mes collègues font tous la même chose, un an, ça passe vite. Et puis c'est très formateur aussi. Je me déplaçais à pied ou en vélo, dans les villages qui n'ont jamais eu de soignant. Quand j'y repense maintenant, c'est passé très vite »* (E 17). Tout cela est pensé mais pas calculé, de l'humanisme à l'état brut, investissement total durant une année, un sacerdoce, un ressenti de dette vis à vis de sa communauté rurale, c'est même culturel, empreint d'une telle générosité. Il s'est ainsi retrouvé comme le seul soignant dans des lieux non pas sous-médicalisés mais simplement des espaces où il n'y a pas de professionnel de santé (là où il n'y en a jamais eu, là où la population n'a jamais côtoyé la médecine moderne).

3. Les représentations mentales du chercheur

« On a vu passer trop de gens. Il y a encore une semaine, il y avait une équipe du PNUD venant de Tana avec leur gros 4X4, qu'est-ce qu'ils veulent encore ? Ils font un tour, prennent quelques photos et repartent... », « On voit passer le 4X4 du PAM chaque semaine, mais ils ne s'arrêtent jamais, que font-ils ? », « Il y a toujours un 4X4 de l'Unicef en ballade. Ils transportent toujours quelque chose. Et nous au milieu, on est quoi ? » (E 14). Nous n'avons pas délivré de soins durant nos missions de terrain ; la population avait toutefois tendance à faire un amalgame : *« C'est un étranger, ce doit être un médecin, il vient encore pour faire des recherches »*. Les réactions de fuite éperdue étaient fréquentes dans le district de Békily, frisant la peur panique. Le fait de créer un lien en nous entretenant avec des adultes pendant deux heures ne suffisait pas à rassurer

les enfants. Le chercheur est humain, qui a ses propres représentations. Les réactions à notre rencontre furent très variées, de la fuite à l'accueil fraternel ; on partage le repas, on passe la nuit, comme ce fut le cas dans le village de Bélindo où nous avons été reçus avec les honneurs « *On va tuer une chèvre !* ». Ce fut un moyen pour la famille de couper des périodes d'ennui : nous avons ressenti un sentiment d'ennui chez certaines personnes. Nous nous posons beaucoup de questions sur les fuites des personnes sur notre passage : il a fallu du temps pour comprendre puis admettre la situation. C'est ainsi. Quelle est notre représentation des maladies dans le milieu rural malgache ? La plupart des personnes rencontrées n'étaient pas malades. Il y a beaucoup de maladies bénignes ou superficielles. La malnutrition est omniprésente dans le Sud. Mais les malades les plus graves ne sortent pas de leur maison, on les « cache ». A priori, on ressent que toutes les personnes sont en forme, les enfants rient aux éclats et s'amuse, les adultes sont souriants. Erreur ! Il y a les apparences et il y a la triste réalité. C'est la raison qui nous a déterminé à nous poser dans quelques lieux. Nous livrons nos conclusions dans la dernière partie de ce travail.

B. CHRONIQUES RURALES. QUAND LA GEOGRAPHIE SE FROTTE A L'ETHNOLOGIE

Pour savoir les choses de la vie, il n'est rien de mieux que d'approcher les gens au plus près, se fondre dans des vies, écouter et partager. Les gens de la campagne sont surpris de rencontrer une personne, de surcroît étrangère, à l'écoute de leurs maux et tracasseries quotidiens. Nous avons eu la chance incroyable de vivre deux expériences humaines très riches dans une forme d'ethnologie géographique. Ces chroniques sont intemporelles.

1. Chronique familiale à Mandritsara

Nous avons rencontré Mr Amédée E., accompagné de sa femme, dans la salle d'attente du CSB de Mandritsara. Ils avaient conduit leur enfant malade chez le médecin, car il avait un peu de mal à respirer. Le fils en question, Toki, est âgé de 5 ans et souffre d'une infirmité motrice cérébrale. « *Le médecin nous avait expliqué que c'est un handicap physique et cérébral définitif. C'est très lourd à gérer, ma femme passe 24 h/ 24 auprès de lui, on a toujours peur qu'il s'étouffe ou qu'il fasse une crise.* – Mais comment est-ce arrivé ? – *Cela remonte à sa naissance. Ma femme a accouché à la maison de ses parents avec une matrone. Elle ne voulait pas venir à l'hôpital ou disons plutôt que sa famille ne voulait pas qu'elle aille à l'hôpital. Vous savez comment sont les gens de la brousse, ils ont très peur de l'hôpital. L'accouchement, c'était son premier, a été un peu difficile, le bébé avait le cordon autour du cou.* – Que s'est-il passé ensuite ? – *Les premiers temps, on avait rien remarqué et puis un jour il a fait une crise. On a eu peur et je l'ai conduit à l'hôpital : le docteur m'a expliqué cette maladie, comme quoi il serait handicapé toute sa vie. Voila, ça fait cinq ans maintenant.* – Il doit prendre des médicaments tous les jours ? – *Non, on a juste des gouttes à lui donner en cas de fièvre. Il est resté comme un bébé, il faut lui donner à manger et lui faire sa toilette. Il ne fait rien tout seul.* – Vous avez

d'autres enfants ? – *Oui, sa petite sœur Léa a deux ans, mais pour elle tout est normal. Elle ira à l'école l'année prochaine. Vous la verrez si vous venez à notre maison* (E 15).

Photographie 111 : Amédée et sa passion du bois

Amédée est chef d'une petite entreprise de menuiserie. « *J'ai appris le métier avec mon père et comme je ne pouvais pas continuer mes études après le bac, je me suis lancé. On a maintenant 5 employés. On fabrique beaucoup de meubles. Mais au fond de nous-mêmes, on reste des agriculteurs* » (E 15).



Amédée et sa famille vivent à la lisière nord de la ville de Mandritsara, à 3 km du centre ville. Cela sent bon la campagne : des rizières à perte de vue et des bœufs qui se reposent. Il n'y a rien d'urbain à l'horizon. Nous sommes accueillis par le jeune Anatole, 23 ans, le petit frère d'Amédée, un des jumeaux.

Anatole a décroché son bac il y a trois ans et depuis enchaîne les petits boulots. Nous parlons en français. « *Je suis étudiant en géographie mais l'université de Mandritsara a fermé il y a deux ans.* – Voudrais-tu m'aider à faire mes enquêtes domiciliaires ? – *Oh oui, avec plaisir. J'ai l'habitude.* – Ah bon ? – *Eh bien, l'année dernière, j'ai participé au recensement avant les élections présidentielles. Je connais la campagne par cœur.* – Bon, tu es engagé pour deux semaines si ça t'intéresse. Je vais tout t'expliquer. – *Je fais aussi chaque année la campagne du CAID²⁴², on va commencer en décembre, au début de la saison des pluies* – Comment se déroule cette mission, concrètement ? – *On part avec le matériel par groupes de 3 et on fait du porte-à-porte. On a chacun un secteur et on passe dans tous les villages. Ça dure 5 ou 6 semaines.* – Quel enthousiasme ! – *Venez dans la maison, je vais vous présenter notre mère* ». Mme L. E. est surprise et très réservée de prime abord. Elle n'a pas l'habitude de voir et encore moins de parler avec des étrangers. Elle est veuve depuis huit ans, son mari était professeur au lycée technique de Mandritsara ; il est mort deux ans après sa retraite, suite à un malaise alors qu'il travaillait dans la rizière. Mais Mme L. n'est pas toute seule : tous ses enfants vivent encore dans la maison familiale : Amédée, sa femme et leurs deux enfants, Andreze, la seule fille, et son fils de 8 ans ainsi que les quatre derniers, encore célibataires : Alcide, Aristide et les deux jumeaux.

Amédée et sa femme sont de retour du centre de santé. « *Alors, on fait connaissance ?* – Oui, merci. Vous avez une grande famille. Pourquoi tous ces prénoms commençant par « A » ? – *Oh, c'était une lubie de notre père : il pensait que ça permettrait à ses enfants*

²⁴² Campagne d'aspersion intra domiciliaire d'insecticides (traitement préventif du paludisme).

d'être toujours premiers de la classe. C'est vrai qu'on a tous eu le bac. Tiens, voilà ma soeur Andreze et son fils, de retour de l'école. – Bonjour, bonjour » (E 15). Andreze est une jeune veuve. Son mari est mort accidentellement et tragiquement il y a quatre ans, il n'avait que trente-deux ans. La jeune femme est institutrice dans l'école de son fils. Nous sommes vendredi aujourd'hui, la veille du Sabotsy Be. « Bon Anatole, on va faire un tour en ville ? – Si vous voulez, on peut aller sur la place du grand marché, vous verrez l'installation et la préparation des ventes de bestiaux. Les gens viennent de tout le district mais aussi des autres districts de la région Sofia. C'est un grand évènement en ville, un samedi sur deux. – Tu pourras me montrer des bornes-fontaines ? – Oui, il y en a 24 en tout dans la ville, je les connais toutes. Si vous voulez, plus tard, je pourrais vous faire un plan de la ville et noter tous les points d'eau, les rivières, le château d'eau, les bornes-fontaines... – Mais ce serait mieux de me le faire avant de partir, ça permettra de s'orienter. C'est une ville Mandritsara ? – Bien sûr ! ». Qu'à cela ne tienne, quinze minutes plus tard, nous avons un plan de la ville en main et pouvons partir vers le marché. En deux heures, nous avons vu toutes les bornes-fontaines : seul un tiers d'entre elles étaient en état de fonctionnement, les autres abandonnées depuis longtemps apparemment. Nous discutons une bonne heure avec les agriculteurs venus de campagnes avoisinantes. Certains ont marché plusieurs jours pour conduire les troupeaux de zébus. Soudain le téléphone portable d'Anatole se met à sonner, une fois de plus. « – Je dois partir rendre visite à mon oncle. Il est malade. Vous voulez venir avec moi ? – Pourquoi pas. Où habite-t-il ? – Dans le quartier d'Ampitatsimo, c'est au Sud de la ville, de l'autre côté de la rivière, en direction de Marotandrano. – Oui je connais. C'est là-bas que les gens font des briques. – Exactement, cela fait deux ou trois ans maintenant, tout le monde veut une maison en brique à Mandritsara maintenant. – Il a quelle maladie ton oncle ? – Il est vieux, au moins 75 ans je crois. Il a des difficultés pour pisser ». A notre arrivée, le médecin du CSB est au chevet de l'oncle malade, occupé à lui poser une sonde urinaire. Le vieux monsieur souffre d'une bilharziose chronique et fait des rétentions urinaires à répétition. Parfois le médecin peut le soigner à sa maison, d'autrefois il doit l'envoyer à l'hôpital : cette situation dure depuis des années. Selon le médecin, le malade justifierait d'une opération, mais celle-ci ne se pratique qu'à Tananarive et la famille n'a pas les moyens de l'envoyer là-bas. Anatole nous signale qu'en dehors des épisodes aigus comme aujourd'hui, son oncle se porte bien et qu'il n'aime pas l'hôpital. « – Anatole, tu vas te baigner à la rivière aussi. Tu n'as jamais eu la bilharziose ? – Quand on était petits, on l'a tous attrapée, mais ma mère nous donnait des médicaments. Maintenant, comme mes frères et ma sœur, je prends du Praziquantel tous les 6 mois, donc je ne l'attrape plus. – Tu connais un peu cette maladie ? – Oui, quand on était en classe de 6^e au collège, le prof de sciences nous l'a expliquée. – Donc, tous les enfants qui vont au moins jusqu'au collège connaissent cette maladie ? – Normalement oui. Le problème, c'est qu'à la campagne, il y a au moins un enfant sur deux qui arrête l'école au primaire. – Pourquoi ? – Eh bien, je le vois dans le village de mes grands-parents à Antsatramidola. J'y vais chaque année pour travailler dans la rizière : notre famille a encore des terrains là-bas. Les enfants arrêtent l'école sous la pression des parents, qui les font travailler dans les champs. Ils ne comprennent pas que l'école est plus importante. – Y a-t-il beaucoup de jumeaux à la campagne ? ».

Photographie 112 : Un repas en famille

Au menu, riz et romazava, la spécialité culinaire malgache par excellence, viande de bœuf et bouillon parfumé de feuilles de brèdes. Le repas est animé, les adultes sont assis autour d'une grande table - Amédée est l'animateur principal, il raconte beaucoup d'histoires drôles, liées à son travail. Les enfants mangent un peu sur le côté de la pièce, on ne les entend pas. L'ambiance est conviviale et excessivement chaleureuse. Mais il manque un jumeau !



Après le repas, c'est l'occasion de rencontrer Andreze. « – Il y a combien d'élèves dans votre classe ? – Il y a 95 inscrits mais ils ne sont jamais là tous en même temps. Chaque jour il y a plus de 10 absents. – Ils sont malades ? – Je ne sais pas mais je ne crois pas ; certains font l'école buissonnière ou vont jouer à la rivière, d'autres aident les parents à la maison. – Vous travaillez depuis combien de temps ? – Une bonne dizaine d'année. J'en suis à ma 4^e école ; depuis deux ans, mon fils est dans ma classe, ça me permet de le suivre. C'est un bon élève et il est très sérieux, je n'ai pas à me plaindre. Et puis ses oncles sont là pour l'encourager. – Et vos conditions de travail ? – Dures, vous pouvez l'imaginer. Les classes sont très bruyantes, les absences fréquentes. Tous les enfants n'auront pas la chance de réussir, surtout ceux qui ont des parents illettrés. Je pense que si dans ma classe une dizaine arrive au bac, le bilan pourra être considéré comme satisfaisant. C'est difficile de faire mieux. – Avez-vous déjà été amenée à fréquenter l'hôpital ou un médecin ? – Eh bien oui. Pour moi d'abord, quand j'ai eu mon bébé. J'ai accouché avec une sage-femme à l'hôpital public. J'en ai eu besoin pour mon fils ensuite, car il avait des pieds-bots : par chance en 2011, c'était à l'HVM, la clinique privée de Mandritsara, ils faisaient ce genre d'opérations. Il a été très bien soigné et n'a plus de séquelle. – Vous utilisez parfois des plantes pour vous soigner ? – On n'est pas trop souvent malades, mais ma mère connaît bien les tisanes, ça rend service quand on est un peu grippés ou si on fait de la fièvre. On dort sous des moustiquaires toutes les nuits, on fait très attention au paludisme. Votre visite nous fait très plaisir, c'est la première fois qu'un étranger vient à la maison. Il faut excuser ma mère, elle est timide et ne parle pas bien le français. Mais voilà Anatole, je crois qu'il vous cherche. Il veut vous montrer ses livres. C'est un intellectuel, lui – Anatole, il est où ton jumeau ? »

Dimanche est le jour du culte pour la famille. Aristide est déjà costumé. C'est le plus fervent de la fratrie : « Je vous invite à m'accompagner à l'église. – La messe commence à quelle heure ? – Il y a deux services, à 7 heures et à 10 heures. A 10 heures, le prêtre va célébrer cinq baptêmes en plus. – Va pour l'office de 10 heures. Combien de temps dure la messe ? – Deux heures à peu près ! Moi je dois partir un peu plus tôt car je dois aider

à préparer l'église, arranger les bancs avant le début de la messe. Vous pourrez venir avec Amédée, on se verra tout à l'heure ». Le jeune Toki ne peut pas quitter la maison. – *On s'arrange, ma femme va à la messe de 7 heures et moi à celle de 10 heures, comme ça il y a toujours quelqu'un à la maison.* – Vous allez à l'église tous les dimanches ? – *Oui, c'est la tradition dans la famille depuis plusieurs générations. Chez nous, c'est surtout Aristide le plus fanatique ; il participe en plus à un tas d'activités religieuses, avec les enfants, la chorale, les sorties le dimanche après-midi... en plus de la messe (E 15) ».* La messe se termine finalement à 12h30. Sur le chemin du retour, nous apostrophons Aristide. « – Tu n'es pas encore marié ? – *Ah, ah, c'est ce que ma mère répète tout le temps : il faut que tu te maries. En fait, elle voudrait surtout des petits-enfants. Pour moi, on verra bien, je n'ai que 27 ans. Je suis pauvre, c'est dur de nourrir une famille. Il faudra que je travaille encore quelques années.* – Tu es dans l'enseignement aussi ? – *Si on veut. En fait ici, il n'y a pas besoin de diplôme pour enseigner. Dans la brousse, certains profs n'ont que le BEPC. Moi ça va, j'ai eu le bac. J'aurais aimé faire des études de philosophie, mais il fallait pour cela partir en ville, ma famille n'avait pas les moyens. Si un jour j'ai des enfants, je ferais le maximum pour qu'ils continuent le plus loin possible.* – Tu enseignes quoi ? – *L'histoire-géo, dans le collège d'Andratamarina, à la campagne.* – C'est loin de Mandritsara ? – *Deux heures, à bicyclette. Je peux donc revenir tous les week-ends et ainsi m'occuper de mes bœufs. Ils sont beaux n'est-ce pas ?* – Ce sont des jumeaux ? »



Photographie 113 : Aristide, un doux rêveur ?

Aristide est un « personnage » amoureux de la nature. Il soigne ses deux bœufs avec beaucoup de passion. Il n'est pourtant pas bouvier. Ses occupations professionnelles ne lui permettent pas de conduire ses animaux à la campagne tous les jours ; il faut donc leur donner à manger et à boire au moins trois fois par jour. Il ne veut pas que quelqu'un d'autre s'en occupe. Mais parfois, il n'a pas le choix.

Comment percer le mystère des jumeaux ? Qui va en parler ? Cela semble un sujet tabou. En cette fin de journée, nous bavardons un instant avec Alcide. « – *Je dois sortir, je vais rendre visite à ma petite copine, je n'ai pas trop le temps de parler avec vous. Mais voila Anatole* – Salut Alcide et bonne soirée. Il est un peu réservé ton grand frère ? – *Non, mais il va se marier l'année prochaine, il aura bientôt trente ans, il est temps. Il ne s'intéresse qu'à sa copine en ce moment. Et puis il ne parle pas bien en français, il a un peu honte. Il travaille dans un bureau, au service des Eaux et Forêts, il n'a pas l'habitude de parler avec les gens.* – Que vas-tu faire le mois prochain ? – *Je vais partir travailler à la campagne pour au moins deux mois. C'est ce que je préfère dans la vie. Mais il n'y a pas du travail toute l'année. Après, je ferai une formation de guide dans le parc naturel de*

Makira, c'est une nouvelle réserve naturelle au Nord du district. Les occupations ne manquent pas. – Et il fait quoi ton frère jumeau ?

Le lundi matin, nous rendons visite à Amédée sur son lieu de travail. En dehors du milieu familial, la conversation sera peut-être plus ouverte. « – Bonjour, je ne vous dérange pas ? – Non, soyez le bienvenu. – Puis-je faire quelques photos ? – Pas de problème, en plus il y a un grand soleil aujourd'hui. – Comment marchent les affaires ? – Très bien, il y a toujours des commandes en cours. Il y a trois menuiseries à Mandritsara, mais il y a du travail pour tout le monde. Parfois, quand on est débordés, tous mes frères viennent me donner un coup de main, tout le monde est gagnant, ça leur fait un petit revenu en plus, c'est pas du luxe. – Je n'ai pas vu le jumeau d'Anatole ? – Ah, Anton, il n'est pas à Mandritsara en ce moment, il est étudiant à l'école de para-médicaux à Antsohihy depuis un an. Il ne rentre que pour les grandes vacances, en septembre - octobre. Mais on va parfois lui rendre visite à Antsohihy, l'un ou l'autre, pour lui amener un sac de riz. On ne le voit pas souvent, lui. Quand il était petit, il était au village, chez nos grands-parents, c'est eux qui l'ont élevé. – Bravo, il y aura bientôt un infirmier dans votre famille, vous devez être fiers ! Un caméléon adulte ! – Oui, c'est lui qui a eu le don (E 15) ».

Quel est ce mystérieux don ? Nous aurons la réponse dans un autre entretien. « – Les gens n'aiment pas trop les jumeaux à Madagascar. D'une part c'est toujours imprévu (il n'y a pas d'échographie à la campagne), ensuite ils sont troublés car ils considèrent que ce n'est pas dans l'ordre des choses. La plupart de temps, on les sépare quand ils sont tout petits, l'un reste chez ses parents, l'autre va dans la famille, un oncle ou les grands-parents. C'est une façon de les dissimuler aux yeux du voisinage, qui a tendance à railler les parents. – Et le fameux « don », vous pouvez m'en parler ? – Bien sûr. C'est une croyance malgache. Il y a toujours l'un des deux qui a un don de « soignant », entre guillemets. Sans rien connaître de l'anatomie, il est capable de faire des massages du corps : c'est inné. Et pourtant vous pouvez me croire, moi j'ai fait des études de kiné, ce n'est pas simple. Pour eux, c'est naturel, je l'ai constaté par moi-même à plusieurs reprises. On n'a pas d'explication rationnelle à proposer. Faites des enquêtes dans les familles de jumeaux, surtout dans la brousse, certains sont illettrés ! Vous allez être surpris. Les gens y ont beaucoup recours à la campagne, car il n'y a pas de professionnels de santé partout. Je crois que « votre » jumeau fera un excellent infirmier (E 17) ».

Anatole sera une aide précieuse dans nos déplacements à la campagne. Il nous accompagnera sur le terrain durant deux semaines, posant des questions à tort et à travers à toutes les personnes rencontrées. Il avait compris notre démarche presque de manière instinctive. Aurait-il lui aussi un « don », mais pour la géographie ? Il connaît son « pays » mieux que quiconque. Nous lui souhaitons de pouvoir reprendre ses études de géographie rapidement. A chacun de nos passages à Mandritsara, nous ne manquons pas de saluer cette grande famille. Le travail de terrain en géographie de la santé réserve décidément de bien agréables surprises. Nous ferons finalement la connaissance du mystérieux Anton, lors d'une escale à Antsohihy. C'est au demeurant un très bon élève. Il

nous avouera simplement que ses parents se serrent la ceinture pour pouvoir lui payer ses frais de scolarité pendant trois ans, jamais ils ne l'auraient avoué à un étranger. En conclusion, il n'y a pas de mystère à propos de cette gémellité. La recherche de terrain peut se poursuivre, direction le Sud de Madagascar.

2. Chronique villageoise à Ampanamperandrotsy

Dans cette petite chronique de la vie rurale dans le Sud de Madagascar, tous les outils de la méthode qualitative seront utilisés : observation participative, entretiens, enquête domiciliaire, observation directe, entrevues en profondeur, approche ethnographique, recherche interprétative, analyse d'un groupe ciblé : la population rurale d'un petit village. Le nom de ce village nous fascine. Surtout qu'il se trouve à proximité de Gogogogo, mais ce hameau-là est dans le district voisin, vers l'Ouest, dans le désert. Dix-huit lettres pour une bourgade de quelques dizaines d'âmes perdues dans la forêt. Un premier trouble survint dès notre premier passage, nous avons ressenti quelque chose d'indicible, mais il fallait déjà repartir. A peine le temps d'une conversation avec un vieux monsieur. Il ne nous avait même pas demandé ce que l'on faisait ici, pourtant, il ne rencontre pas souvent des étrangers dans ce « bout du monde ».

- Bonjour ! Y a-t-il des caméléons dans votre village ?
- *Des caméléons ? Oh non, pas du tout. Ce n'est pas leur secteur. Si vous cherchez des caméléons, il faut aller vers le Nord. Ici, la terre est trop sèche, ils ne pourraient pas survivre. Les gens dans le coin ont peur des caméléons, je ne sais pas pourquoi. Moi, ils ne me dérangent pas.*
- Comment s'appelle le monsieur qui court là-bas ?
- *Lui, c'est Paulin. Ne faites pas attention, il est fou. Mais pas méchant.*
- Êtes-vous en bonne santé vous-même ?
- *Je ne comprends pas le sens de la question. Ca veut dire quoi santé ?*
- Êtes-vous malade ?
- *Non.*
- C'est quoi pour vous le bien-être ? (Que signifie « aller bien » pour vous ?)
- *C'est être entouré de ma famille.*
- Vous habitez dans ce village depuis longtemps ?
- *Depuis toujours. C'est le village de mon père et de mon grand-père ici.*
- Combien d'enfants avez-vous eu ?
- *Douze. Neuf sont vivants et trois sont morts quand ils étaient bébés.*
- De quoi sont-ils morts ?
- *Je ne sais pas.*
- Connaissez-vous un médecin ou un infirmier ?
- *Non.*
- Avez-vous déjà été à l'hôpital de Békily ?
- *Oui, pour accompagner un membre de ma famille, l'année dernière.*
- Quelle était sa maladie ?
- *Il avait des difficultés à respirer.*

- A-t-il été bien soigné ?
- *Il est mort deux jours après !*
- Que pensez-vous de la maladie ?
- *C'est pour les femmes qui portent les bébés (les femmes enceintes) et pour les enfants qui ont la fièvre.*
- Savez-vous lire et écrire ?
- *Non, de mon temps il n'y avait pas d'école.*
- Avez-vous déjà été blessé ?
- *Oui, quand j'avais à peu près 50 ans, je suis tombé d'une charrette, je me suis cassé le pied.*
- Comment avez-vous été traité ?
- *C'est l'ombiasy qui m'a donné des tisanes.*
- Merci Monsieur.
- *Allez, bonne route.*

Photographies 114 et 115 : Objectif de la mi-journée : trouver de l'ombre

L'ombre est rare dans le hameau. Nous sommes au milieu d'une forêt ... d'arbustes épineux. Tout est très sec. Le jeune couple protège son bébé des ardeurs du soleil. Attention à la déshydratation ! A midi, le temps s'arrête. Les cours de l'école ne reprendront qu'à 14h30.



Nous y sommes revenus un peu par hasard. Une piste au Sud était coupée par des inondations, et ce village figurait sur la piste du détour. On aurait dit que les gens n'avaient pas bougé depuis quelques mois, chacun des personnages occupait la même place que lors de la première escale. La femme qui vend du thé et du café occupait le même petit étal. Le vieux monsieur est assis sous le manguier, en train de refaire le monde avec ses amis. C'est la mi-journée, le moment des plus fortes chaleurs, chacun essaie de trouver une place à l'ombre. Deux petites filles portent des seaux d'eau sur leur tête et rentrent à leur maison. Quelques enfants jouent par terre avec des graines... et Paulin qui arrive en courant et en criant : « *Donne moi une cigarette Monsieur, s'il te plait !* ». Quel est ce pays étrange où le temps ne semble pas avoir cours ? On se souvenait de nous. Nous voulions en savoir un peu plus sur le quotidien de cette petite communauté très isolée. « Pour une observation participative, nous reviendrons un jour ».

Quand la géographie se frotte à l'ethnologie

Cent cinquante personnes environ vivent dans ce village. *« Le chiffre exact n'est pas connu : ça change tout le temps, entre les naissances et les décès, et puis ceux qui partent et ceux qui reviennent de la ville »* nous dit Mr Isidore, le vieux monsieur du premier contact. *« Nous sommes tous de la même famille ici, ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de voleur et les personnes sont toutes polies. – Vous n'avez pas peur des voleurs de zébus ? – Oui on a peur, on entend des histoires dans certains villages, c'est horrible. Mais il ne s'est encore rien passé ici. De toute façon, il n'y a pas beaucoup de bœufs dans le village, on les regroupe pour les déplacements et on a de bons gardiens. La nuit, on les parque dans un enclos d'épines, on espère que ça effraiera les voleurs. – Vous avez des frères et sœurs dans le village ? – Oui, j'ai un vieux frère, Ignace, mais il est handicapé. Il ne sort plus de sa maison. Mes trois sœurs ont quitté le village quand elles se sont mariées. Elles ont trouvé des hommes dans d'autres villages, elles ont donc suivi leur mari. C'est la coutume de mon peuple. – Vous pouvez nous raconter un peu votre famille ? – Oh oui, avec plaisir. Perline, la femme qui fait le café, c'est la femme de mon plus grand garçon. Lui il est mort il y a quelques années, il buvait trop d'alcool et était un peu paresseux. Le Paulin, c'est mon neveu. Mes deux filles vivent à Tuléar. Elles sont mariées et ont plein d'enfants. J'ai encore deux autres fils, Léonce et Albert, ils gardent les bœufs avec leurs garçons. – Il y a beaucoup d'enfants dans le village, on les voit jouer là-bas. – Je ne connais plus les tout-petits, mais on aime les enfants chez nous, c'est notre valeur, on compte aussi sur eux pour le temps de la vieillesse. Regardez-moi, je ne peux plus travailler. – Vous avez quel âge ? – Je ne sais pas ».*

Les gens du Sud ont régulièrement attiré des ethnologues, R. Decary dans les années 1920-1940, S. Frère à la fin des années 1950 ou G. Heurtebize entre les années 1970 et 80. Nous avons parcouru longuement l'abondante littérature produite, cela nous permet ainsi de mieux appréhender ce séjour rural. La vie est restée traditionnelle dans le « pays » Antandroy. Dans cette société patrilinéaire, les activités quotidiennes sont déterminées par le genre. Les hommes s'occupent d'élevage (bœufs, moutons, chèvres). Les jeunes garçons font du gardiennage pendant la journée et pratiquent la traite. Dans le domaine des cultures, ils assurent le défrichage des champs. Ils sont responsables des cultures par bouturage (manioc, patate douce, canne à sucre, bananes) ; ils n'utilisent pas de fumier. Les récoltes sont transportées au moyen d'une charrette. Ceux qui n'en possèdent pas devront en louer une. Les hommes sont les seuls à intervenir dans la vie publique (pour les prises de décision dans les choix communautaires) et sont par ailleurs les propriétaires exclusifs des terres et du bétail. Les femmes pratiquent la culture maraîchère par semences (légumineuses, arachides, maïs) ; elles préparent le terrain et usent de fumier. Elles produisent la nourriture familiale. Elles s'occupent du petit élevage (volailles) et de jardinage. Elles règlent toutes les tâches domestiques, ravitaillement en eau et en bois et la puériculture. Dans certains villages, les femmes produisent un petit artisanat (tressage de nattes). Au total, on peut dire que l'homme produit pour vendre et la femme produit pour manger. Et que font les petits enfants ? Ils jouent, comme tous les enfants du monde.

Photographie 116 : Objectif n°1 : Jouer à tout prix

Avant ou après le gardiennage, les enfants trouvent toujours le temps de jouer, d'autant qu'ici, ils fabriquent leurs jouets. Ce petit garçon taille une branche pour construire un camion. Les mangues posées à terre, sont abondantes en toute saison. C'est un apport calorique non négligeable pour les enfants.



Nous sommes revenus une troisième fois, en décidant d'y passer quelques jours. Le petit hameau d'Ampanamperandrotsy, situé à vingt-cinq kilomètres au Sud de Békily, le long de la piste primaire entre les communes de Manakompy et Bélindo. Ce petit bourg comporte une dizaine de maisons. Il est isolé au cœur d'une grande forêt d'épineux. Vivent là environ cent cinquante personnes de tous âges (il y a une majorité d'enfants), leur vie est rythmée par le lever et le coucher du soleil. Il règne un silence total, hormis le bruit étouffé des enfants qui jouent avec quelques graines. Isolée, la population vit repliée sur elle-même d'une petite culture maraîchère, on voit quelques zébus dans un pâturage au loin. Il n'y a pas de rivière à proximité du village. La source d'eau est un puits, situé à trente minutes à pied du centre : on croise en permanence des jeunes filles et des femmes, un seau sur la tête, sur le chemin qui y mène. Il y a bien une rivière, à quinze kilomètres à l'Est, mais son débit est irrégulier. Les bergers y conduisent les bœufs pendant la courte saison des pluies ; elle est à sec actuellement.



Photographie 117 : Activité de femme

La quête de l'eau, c'est le rôle des femmes et des filles dans cette société rurale traditionnelle. Outre toutes les activités domestiques, les femmes assurent la descendance et pratiquent une petite activité maraîchère (maïs, arachides), quand la saison le permet... et s'occupent de l'élevage des volailles. Il n'y a pas de famille polygame dans ce village.

Chaque mercredi se tient un mini-marché sur la place centrale du village, tout le monde se retrouve alors, dans une non-frénésie de consommation. Cet événement attire les habitants des villages avoisinants, bien plus isolés qu'Ampanamperandrotsy ; c'est l'occasion de bavarder, pour se raconter les dernières nouvelles de la famille. Il n'y a évidemment pas de professionnel de santé ni même un agent communautaire dans ce petit hameau. Il n'y en a jamais eu. Il y a au moins cinq guérisseurs traditionnels : le premier recours de la population si la santé se détériore. Les femmes accouchent à domicile. En

cas de problème plus ou moins urgent, c'est la mort garantie, la population est excessivement fataliste. Il n'y a pas de représentation administrative. Ces villages du Sud sont oubliés, du pouvoir, du développement, « ils n'intéressent personne ».

Il y a aussi une petite école primaire et une institutrice, Mlle Anna. Elle a bien voulu se soumettre à nos questionnements. Quelle surprise, elle nous parle dans un français sans accent ! Nous n'aurons pas besoin d'un interprète pour cet entretien. « – Comment se passe la vie à Ampanperandrosy ? – *C'est calme.* – Vous êtes née ici ? – *Non, à Békily, mais j'ai fait mes études à Fort-Dauphin.* – Alors vous êtes fonctionnaire ? – *Non, je suis payée par l'Unicef.* – Il y a combien d'élèves à l'école ? – *62, dans une seule classe. Ce qui est dommage ici c'est que les jeunes ne sont pas ambitieux, ils n'imaginent pas de poursuivre des études : ils ne sont pas plus encouragés par leurs parents. Les filles vont se marier tôt, les garçons seront gardiens, et le cycle se poursuit comme cela de génération en génération.* – Vous êtes toute seule à travailler à l'école ? – *Eh bien oui.* – Vous pouvez nous parler des problèmes des gens de ce village ? – *Tout le monde est très pauvre ici, vous voyez comme ils sont maigres.* – Et les problèmes de santé ? – *Vous savez, ici les gens ne sont pas très instruits. Ils ont peur des étrangers, des médecins, de l'hôpital. De toute façon, ils n'ont pas les moyens de se déplacer pour aller consulter un médecin. Chaque année il y a une épidémie de paludisme, et à chaque fois trois ou quatre enfants meurent, malgré les remèdes de l'ombiasy.* – Y a-t-il de la bilharziose ? – *Non, il n'y a pas de rivière ici.* – Les enfants sont-ils vaccinés ? – *Oui, chaque année il y a une campagne de vaccination organisée par l'Etat, mais certaines mères sont très réticentes. Les gens sont fatalistes : quand ils tombent malades, ils disent que c'est le destin.* ».

Nous rendons visite à Mr Ignace, dans sa maison de terre battue. « *Quand il s'est réveillé un jour, il ne pouvait plus marcher* » nous déclare sa femme. « *Tout son côté droit était paralysé et on ne le comprenait plus quand il parlait, il essayait de nous faire comprendre qu'il avait été empoisonné* ». Il est recroquevillé sur une natte, à même le sol. Il est conscient et ouvre de grands yeux à notre approche. Nous lui serrons la main gauche. Sa peau est très sèche et sa langue rôtie : il ne parle plus. Son corps est très maigre, il ne doit pas peser plus de 40 kg. Souffre-t-il ? C'est difficile à dire, apparemment non selon son épouse. « *Il n'a jamais vu de docteur et ne prend pas de médicaments, l'ombiasy lui fait des massages tous les jours. Je ne sais pas avec quel produit* ». Les gens de ce village n'ont aucun lien avec la médecine moderne. Il n'y a pas d'eau potable ni d'électricité. La vie se passe en toute inconscience de la maladie ou d'un problème de santé quelconque. Si on interroge les gens sur leurs besoins de santé, ils ne savent pas quoi répondre.

Les conceptions de la maladie dans le « pays » Androy

Nous décidons de rendre visite aux bergers. Mlle Anna nous accompagne. On nous a dit qu'ils étaient partis ce matin en trois groupes, chacun ayant entre 5 et 10 bœufs à escorter jusqu'à un improbable pâturage. Nous apercevons un premier groupe après deux heures de marche sous la canicule, la terre est sèche et l'eau rare. L'ombre aussi. Quelques jeunes garçons s'amusent avec des graines au milieu des buissons, pendant que des

adultes surveillent le petit troupeau. « *C'est Léonce et Albert, les fils du vieux monsieur. Et là ce sont leurs enfants* » nous explique Anna. « – Ces enfants ont des trous dans la tête ? – *Oui, dans la brousse, l'hygiène laisse à désirer. Tous les enfants ont des teignes du cuir chevelu.* – Ils ne les soignent pas ? – *Si, si. Et vous savez ce qu'ils mettent dessus ?* – De la bouse de vache ? – *Râté, non, ils ont trouvé mieux. Ils prennent le lubrifiant des condoms et l'appliquent tous les jours sur leur tête. C'est leur médecine traditionnelle. Original, non ?* – Et ça marche ? ». Les animaux se sustennent d'une eau trouble pendant que nous bavardons. « – *Léonard, qu'est ce que tu as dans tes poches ?* ». Un petit de 7 ou 8 ans se lève et exhibe fièrement trois préservatifs. « *Et toi Eric ?* ». Un second reproduit les mêmes gestes, avant de se sauver en courant. « *Ils sont très craintifs de nature, ne soyez pas vexé* ».

L'Antandroy se meut dans un monde d'êtres invisibles : génies plus ou moins bienveillants qui le surveillent, le guident, l'aident ou le punissent. Aussi il va se montrer très soucieux de ne pas leur déplaire et tenter de gagner leurs faveurs. Les génies de la nature, dénommés *kokolampo*, habitent les bois, les collines, les vieux arbres ou dans des grottes. Ils sont très susceptibles et vont se venger si les hommes les contrarient en violant leur espace vital. Ils punissent les hommes en apparaissant en rêve et en infligeant des maladies. Les affections accompagnées de paralysie leur sont régulièrement attribuées. Les Antandroy considèrent tout d'abord la maladie comme une punition, envoyée par leur Dieu ou par les génies de la nature ; ils se servent des ancêtres comme intermédiaire. La punition est là pour rappeler à l'individu qu'il s'est écarté de la voie à suivre, une règle morale, et qu'il a ainsi contrecarré sa destinée.

De nombreuses légendes, transmises oralement, circulent dans le « pays » Androy. Citons une légende « sanitaire », rapportée par S. Frere (1958) : « *Un Antandroy de la région d'Ambovombe avait émigré près de Tananarive où il était resté pendant trois ans ; là-bas, comme il était constamment malade, son père décédé lui était apparu en rêve en lui disant : « Je t'envoie des maladies afin que tu rentres dans ton pays ». Il avait attendu un peu mais comme la maladie s'aggravait, il était rentré dans l'Androy où il avait guéri* ». La migration est souvent contrainte et par conséquent mal vécue psychologiquement, à tel point que certaines personnes vont déclencher des maladies psychosomatiques. Le seul fait du retour au pays pour être guéri est bien la preuve du caractère imaginaire de l'affection. Les Antandroy ne plaignent jamais celui qui souffre, qu'ils considèrent comme responsable de sa maladie, pas plus qu'ils ne montrent d'émotion devant un blessé ou une mort accidentelle.

Si la maladie paraît bénigne, la personne a dans un premier temps recours aux plantes, racines ou feuilles dont tous les Antandroy connaissent les vertus : ils iront chercher le remède dans la forêt. Mais au cas où la maladie s'avère plus grave ou indéterminée, on va consulter l'*ombiasy*. On parle bien de consultation. Les graines de *kily* (tamarinier) vont servir en quelque sorte de support au devin pour annoncer l'avenir. Les figures formées par les graines sont autant de symboles de ce qui entre dans la vie du consultant, elles

indiqueront au tradipraticien le remède approprié (*fanafoly*) et la manière précise de l'utiliser : rien n'est laissé au hasard.

Il n'est pas rare que l'on attribue une origine démoniaque à la maladie ; il est aussi parfois signalé qu'une influence occulte et malfaisante s'est exercée sur la personne atteinte d'une infirmité ou d'une maladie. « *Un ancien tireur de pousse-pousse de Tuléar est devenu aveugle par le sortilège jeté par un camarade par jalousie* », « *Dans le village voisin, une femme a 4 enfants muets. Elle prétend être maudite par son cousin qu'elle a refusé d'épouser* » (E 14). Quoiqu'il en soit, on pratique généralement pour les cas de maladies « démoniaques » ou résultant d'un « envoûtement », un exorcisme appelé *bilo* : il réclame le sacrifice d'un bœuf et peut durer plusieurs jours. Tout le village y participe : l'*ombiasy* indique le jour où le *bilo* doit commencer. Les occasions de sacrifice ne manquent pas dans la vie des Antandroy. La guérison d'une maladie est un des motifs pour lesquels l'offrande d'un bœuf est parfois nécessaire. Ils n'imaginent même pas consulter un médecin ou un autre professionnel de santé. Comment dans ces conditions vouloir tenter de leur expliquer ce qu'est un microbe ?



Photographie 118 : Automédication

Le médicament utilisé pour soigner ces blessures est de la poudre de *sakoa*. On aperçoit sur le haut du bras gauche des cicatrices d'anciennes blessures similaires. Ce jeune homme est gardien de troupeau, comme tous les hommes de sa communauté. C'est le jour du marché aujourd'hui, on ne travaille pas et l'on passe ses plus beaux vêtements.

Alors que nous dégustons un bol lait caillé (*habobo*) dans la petite gargotte (un petit banc et une petite table en bois sous un toit végétal), nous sommes frappés en voyant un jeune homme dont la peau est recouverte de tâches jaune-canari qui ressemblent à de la peinture. « – *C'est mon dernier fils. Il s'est blessé samedi dernier. Il était parti avec ses copains faire la fête dans le village à coté. Ils avaient beaucoup bu et quand ils sont rentrés, il est tombé dans un buisson de cactus. Il a des piqûres sur tout le corps* (E 14). – Ce genre « d'accident » doit être fréquent, il n'y a que des arbustes pleins d'épines par ici ! – *Normalement on fait attention, mais vous savez comment ça se passe avec les jeunes.* - Est-ce que tu as mal, Constant ? – *Non, pas du tout.* – C'est quoi cette peinture ? – *Ce n'est pas de la peinture mais une mixture. C'est de la poudre de Sakoa, c'est mon médicament, tout le monde connaît ça ici. Pour moi, ce n'est pas la première fois, regardez j'ai plein de cicatrices.* – Comment vous faites pour la préparer ? – *Regardez !* ». Qu'à cela ne tienne, nous avons droit à un cours de travaux pratiques en direct. Le jeune homme se met à gratter une petite branche de l'arbuste pour obtenir une jolie poudre jaune, qui mélangée à de l'eau forme une sorte de pommade. Les plaies

étaient purulentes, on se soigne avec les remèdes disponibles. Nous l'avons revu huit jours plus tard, il n'y avait plus de trace de crème jaune, il n'y avait à peine une fine cicatrice. « – Vous êtes vacciné contre le tétanos ? – *Pardon ?* – On peut aller voir l'*ombiasy* ? – *Je ne sais pas où il est maintenant* ». Les *ombiasy* furent très discrets voire « secrets » à notre égard. Nous ne les avons pas rencontrés. Détenteurs d'un savoir ancestral, ils cherchent à préserver leur activité non lucrative. Ce sont des membres à part entière de la communauté villageoise dont ils sont issus. Nous n'avons pas non plus « approché » un tombeau. Le site d'un tombeau est un espace sacré cerné de nombreux tabous. L'étranger n'y a pas sa place. Il faudra décidément revenir une quatrième fois.

Photographie 119 : Des sourires, encore

Au revoir à tous. Prenez soins de vous !



Nous fermons ce chapitre sur un chemin de vie. Est-ce un dessin, un plan, une carte ? Chacun pourra s'en faire la représentation qu'il souhaite. Ce chemin est rempli de vies, en résumé : il est ouvert aux caméléons. « *Vous pouvez venir : il n'y a pas trop de baobabs par ici* ». La population du Sud de Madagascar vous attend impatiemment.

■ Chemin de vie : une bonne santé par ici, une mauvaise santé par là

2. Médecine traditionnelle et douce. On frotte une branche de *sakoa* sur une pierre sèche. La poudre mélangée à de l'eau devient un excellent antiseptique.



4. Les graines de *kily* sont utilisées par les *ombiasy*, pour soigner des maladies. Pour les enfants, ce sont les pièces d'un jeu de société.



1. Perline est une veuve courageuse. Elle a élevé cinq enfants toute seule, c'est sa fierté. Elle travaille sans arrêt, prépare la café, cultive puis vend ses légumes au marché, court au puits trois fois par jour. C'est une force de la nature.

3. Ignace a eu moins de chance. On ne le croise plus sur le chemin. Sa femme lui est totalement dévouée : il faut le nourrir, lui faire sa toilette. L'*ombiasy* lui prodigue des massages quotidiens.

5. Paulin est hyperactif, ingérable et incorrigible. Il n'a pas conscience de sa maladie. Afin de se procurer de la nourriture, il rend de menus services aux uns et aux autres. Il est heureux, finalement.



Conclusion générale



*L'humanité s'installe dans la monoculture ;
elle s'apprête à produire la civilisation en masse,
comme la betterave. Son ordinaire ne comportera
plus que ce plat*

Claude LEVI-STRAUSS

Ce travail n'est pas un traité promotionnel de l'utilisation des nouvelles technologies. Nous signalons à ce propos notre profonde aversion pour la « chose » informatique, au demeurant déstructurante pour des utilisateurs au quotidien et pour les générations à venir, une source de trop de dérives. L'usage de l'informatique devrait être selon nous être réservé à des professionnels ou à tout le moins des personnes « averties », des individus qui réfléchissent. Elle est à notre sens trop et mal vulgarisée. En terme de besoins de santé, nous sommes persuadés d'être au début d'une nouvelle génération de maladies induites, dans le domaine neurolo-psychiatrique notamment. Il n'y a pas encore assez de recul pour porter de telles affirmations. Les pays développés ont déjà payé un lourd tribut aux soi-disant progrès technologiques, qui après quelques temps se sont révélés être des régressions agrémentées de drames sanitaires : on remet sans cesse en question des progrès de la science, la vaccination en est une illustration parfaite. Les pays défavorisés en sont encore protégés, c'est le cas dans le milieu rural malgache. La médecine moderne doit-elle servir de modèle, de référence dans les pays défavorisés ? Est-elle adaptée à toutes les situations ? Y a-t-il des alternatives à la médecine moderne ? La société moderne d'hyper-consommation doit-elle forcément s'imposer partout ? Au terme de ce travail, ces questions se posent. A l'heure de la mondialisation, on peut dire que certains territoires n'en font pas partie et qu'ils s'en trouvent encore à des années-lumière. Les confins tropicaux malgaches sont-ils tristes pour autant ?

Y a-t-il un système de soins à Madagascar ?

Il y a une administration sanitaire, lourde, centralisée. Il y a des programmes de santé publique en cours d'application. Il y a une organisation rudimentaire d'offre publique en milieu rural. Elle est actuellement à bout de souffle. Quelques praticiens de la santé luttent, se débattent, tentent de survivre, sous le poids de contraintes énormes : mépris de l'Etat, mauvaises représentations des professions de santé parmi la population, craintes diverses liées à la pauvreté et au manque d'instruction. Il existe également un manque de recul par rapport à la notion de santé. Parfois la bonne volonté ne suffit pas. Du côté de la population rurale, il y a beaucoup d'ignorance et d'incompréhension : le sens de la maladie, de la santé, de la notion de bien-être. Est-ce mieux en ville ? Qui aura le courage d'étudier le système de soins malgache en milieu strictement urbain ? Il y a plus de médecins dans les villes, considérées par ceux-là comme un lieu de refuge. Il y a une offre libérale qui fait système. Le milieu rural reste encore trop soumis à de mauvaises perceptions et appréciations de la part des urbains. Le discours des citoyens tourne autour de quelques expressions régulièrement entendues lors de nos passages dans la capitale :

« *Les populations sont arriérées* », « *Qu'allez-vous faire là-bas ?* », « *Ce sont des sauvages* », « *Vous n'avez pas peur d'aller dans la brousse ?* ».

A l'issue de ce travail, sommes-nous désormais en mesure de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche ? Nous avons de fortes présomptions sur le mauvais état de santé du système de soins dans les campagnes malgaches, il s'agit de notre hypothèse principale : nous parlons du système de soins public prioritairement. Les conclusions auxquelles nous aboutissons indiquent que le système de soins est atteint de plusieurs maladies, plus ou moins graves. Nous allons tenter de cerner les causes ou tout au moins les facteurs de risque de ces maladies, afin de pouvoir proposer une thérapie adéquate.

Le système de soins public est malade : confirmation d'une hypothèse

Après un interrogatoire complet (les nombreux entretiens obtenus auprès des acteurs du système et des usagers, ainsi que toutes les conversations imprévisibles et spontanées), après un examen le plus complet possible (toutes les observations, et toutes les démarches sur le terrain), après quelques examens complémentaires (photographies, réalisation d'une cartographie exhaustive), nous pouvons proposer un diagnostic de la situation. Deux maladies, qui peuvent sembler contradictoires, apparaissent en premier lieu, la malnutrition et la surcharge. La malnutrition nous fait voir un système de soins malingre, profondément carencé en ressources humaines et en équipement matériel. La maladie est la même sur les deux espaces étudiés : une moyenne de 1 médecin pour 10 000 habitants, ce n'est ni beaucoup ni suffisant ; le système de soins apparaît squelettique à la campagne, tel un spectre ou une ombre. Mais l'ombre de quoi ? Inversement, les besoins de santé, considérés comme un déterminant majeur du système, montrent une surcharge : il y en a trop ! Ceci explique le léger déséquilibre entre les trois parties de ce texte et la lourdeur et l'opulence de la première partie : dans la brousse, les besoins de soins dominent largement l'offre : il y a trop de baobabs malades. Il y a pléthore de besoins de santé à Madagascar, quel que soit le lieu, espace urbain, milieu rural, quelle que soit l'échelle d'analyse. Les résultats de nos démarches au niveau micro-local confirment ceux de différentes enquêtes officielles ou émanant d'organismes indépendants. Le Sud du pays paie un lourd tribut aux aléas climatiques, sécheresses d'un côté, dépressions tropicales de l'autre, des facteurs de risque face auxquels l'homme est impuissant. Il s'en suit de graves problèmes nutritionnels dans la population rurale. Du Nord au Sud, le paludisme fait des ravages, la bilharziose aussi, bien que de façon moins spectaculaire. Ce sont les pathologies les plus fréquentes et potentiellement les plus graves. A un autre niveau, les parasitoses digestives et les maladies de la peau paraissent banales. Elles affectent quasiment toute la population. Nous avons observé quelques pics épidémiques de peste pulmonaire. La lèpre reste endémique et certains germes semblent en hibernation (choléra). La tuberculose est largement répandue et certains virus que l'on croyait définitivement vaincus, font une réapparition inattendue et inopportune (poliomyélite). Ces germes trouvent dans des corps affaiblis un terrain favorable à leur croissance. De nouveaux besoins semblent se profiler dans le Nord du pays, devenu une région exceptionnellement accidentogène. Les problèmes liés à une mauvaise hygiène par défaut

d'assainissement paraissent insolubles, tant ils sont ancrés sur le territoire. Peut-on déduire que le système de soins est surmené, une dépression endémique dans la population des caméléons ? La rupture du système n'est pas loin.

Si la population rurale est victime de maladies infectieuses, on constate d'étranges similitudes avec le système de soins. Il souffre également d'infections, plus insidieuses, mal définies. Il y a en premier lieu le virus de la corruption, la maladie classique des pays défavorisés. Serait-elle incurable ? Ensuite, on « entrevoit » des microbes coloniser les formations sanitaires, au sens propre comme au sens figuré. L'hygiène fait défaut dans les centres de santé, mais les bâtiments auraient également besoin d'un ravalement (chirurgie esthétique ?) et d'une bonne désinfection (une courte cure d'antibiotiques ou un traitement de fond ?). En étudiant la santé sur un territoire, il nous semble logique d'utiliser un vocabulaire certes médical mais il a plus qu'une valeur symbolique. Nous observons enfin que système de soins public est traumatisé, ou plus exactement polytraumatisé. On remarque la trace de fractures anciennes ainsi que des blessures plus récentes. Quelles en sont les causes ? Le système de soins fait partie du système national de santé. Puisque l'Etat lui-même est malade, politiquement instable et économiquement faible. Le système de santé est une victime collatérale, et par voie de conséquence le système de soins : il est l'expression visible des malaises du pouvoir en place. Chaque crise politique a entraîné une nouvelle fracture. Une succession de crises explique ainsi le nombre important de déchirures, luxations, entorses et autres fractures. Le système de soins est à l'image du pays, fragile, déstructuré, faible, blessé. Un des effets indésirables de ces faiblesses est la difficulté d'accès des usagers à des soins que l'on appelle modernes ; non seulement le système est faible, mais surtout la population d'agriculteurs n'y a pas physiquement accès. Le réseau routier est très défectueux dans le district du Nord, il est totalement absent dans celui du Sud. Par ailleurs, la population du milieu rural est monétairement très pauvre : c'est la première victime de la mauvaise gouvernance. Il s'en suit que même si le système de soins se portait mieux, cette population n'y aurait pas accès. On peut parler de double peine. Mais restons objectifs : dans certains lieux, on peut affirmer que le système de soins n'est pas malade, puisqu'il n'y en a tout simplement pas.

Le système de soins public bénéficie malgré tout d'un soutien inespéré, que l'on peut comparer, dans notre métaphore médicale, à un déambulateur ou à un fauteuil roulant (non électrique). Il existe à ce propos une différence entre nos deux terrains de recherche. A Mandritsara, un hôpital confessionnel pallie en partie les faiblesses du système public. A Békily, une ONG est venue prendre la place d'un système public carencé (peut-on parler de parasitisme ?). Le système de soins a besoin de plus qu'un déambulateur pour le soulager. Il faudrait envisager de véritables soins de rééducation fonctionnelle. Est-ce trop demander à la médecine moderne, car une fois le diagnostic posé, il conviendra proposer un traitement. La politique sanitaire organise le système de soins sur le territoire. Outre la moralité des décideurs, le facteur « monétaire » intervient aussi et de façon directe pour former et payer ses professionnels de santé, pour construire ses infrastructures sanitaires et les équiper. Le médecin reste au cœur du système de soins, il en est même le maillon

indispensable. Notre travail se veut donc bien comme une aide à alerter et éclairer le choix des décideurs, le géographe aura joué son rôle.

A Békily : nouvel abandon, nouvelle dérive du système de soins

MSF a quitté Békily définitivement en avril 2014 ; la coopération avec l'Etat malgache a pris fin de façon brutale, « *après avoir rendu de bons et loyaux services* » selon les termes de l'ONG. Pour des raisons de sécurité civile, nous n'avons pas pu revenir à Békily en cette année 2014 et ne pouvons que « présumer » de l'avenir de l'hôpital public. MSF avait participé à la réhabilitation de la formation hospitalière, pour ne pas dire que l'association humanitaire avait financé les travaux en totalité. Elle assurait par ailleurs la prise en charge de l'intégralité des salaires des personnels, médicaux et autres. Ce fut notamment le cas de dix chauffeurs. Ils avaient été recrutés d'une part pour assurer l'évacuation des malades nécessitant une intervention chirurgicale, par ambulance, et assuraient d'autre part le déplacement des personnels expatriés, de la base de vie vers l'hôpital. Les ambulances étant reparties avec la mission, on peut déjà conclure que dix personnes ont perdu leur emploi. Et se demander à juste titre quand l'Etat sera capable d'assumer un tel service ? Quant aux personnels de santé, ils devront attendre une éventuelle titularisation de leur poste, ce qui n'est pas prévu dans le budget de l'Etat... Etant donné que la majorité des personnels de soins venaient de l'extérieur du district, donc sans attache dans la ville de Békily, on peut imaginer que la plupart vont repartir dans leur région d'origine. Les personnels de service, agents de salle et autres lingères avaient été recrutés localement. Ils n'ont pas de contrat avec l'Etat, quel sera leur avenir, qui va régler leurs salaires dorénavant ? Quant au bâtiment lui-même, il pourra résister quelques années à l'usure normale mais faute d'entretien (qui pour payer les frais ?), nous ne lui voyons pas une longue espérance de vie. Le constat paraît sans appel, mais on peut toujours rêver d'un miracle. La population a toujours à sa disposition ses tradi-praticiens : ils semblent implantés dans cette société rurale depuis une éternité.

L'humanitaire est opportuniste, dans le bon sens du terme, il agit rarement de façon pérenne. Ce n'est pas sa vocation. MSF note cependant que, malgré une situation sanitaire précaire, les indicateurs restent identiques depuis plusieurs années. La population ne souffre pas d'une grave crise humanitaire, qui nécessiterait la présence prolongée de l'ONG dans le district. Le privé a quitté l'hôpital public de Békily. Peut-on parler d'échec ? L'Etat, qui se déchargeait sur MSF pour faire fonctionner cet établissement, sera-t-il capable de reprendre les choses en main ? Les médecins de quelques « gros » CSB ruraux, largement remotivés et encouragés par MSF, ne vont-ils pas céder à un nouveau accès de découragement ? Qui va désormais assurer les missions mobiles (vaccinations, dépistage du paludisme) ? Qui va se charger d'évacuer les malades les plus graves ? La population a peut-être eu raison de toujours porter sa confiance, dans le domaine sanitaire, aux guérisseurs traditionnels, car eux résistent envers et contre tout ... jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle ONG à vocation sanitaire ... ou d'une nouvelle catastrophe naturelle. Il faudrait enfin que les voleurs de bœufs se calment définitivement ... et que l'Etat se décide à intervenir une bonne fois de manière radicale pour assurer la

protection de ses concitoyens. Les événements récents ne sont pas de nature à inciter un investisseur privé à venir innover dans la région, pas plus dans le secteur de la santé que dans un autre. On a l'impression que le temps s'est arrêté dans le Sud de Madagascar, tout au moins depuis le temps des premières relations écrites produites par Etienne de Flacourt au XVII^e siècle. Presque rien ne nous surprend dans son ouvrage, on a le trouble sentiment qu'il aurait pu être écrit hier. La lecture des faits relatés alors nous interroge : le temps est-il définitivement figé dans le Sud malgache ? A la fin de cette recherche en partie participative avec MSF, nous sommes convaincus que le géographe de la santé a toute sa place au sein des grandes ONG internationales à vocation sanitaire.

Le système de soins en milieu rural malgache et le système-monde en opposition

Nous nous posons la question : la médecine moderne, biomédecine, médecine allopathique, peu importe son nom d'ailleurs, peut-elle représenter un modèle, servir d'exemple pour un pays défavorisé ? Notre travail est quasiment terminé (il reste encore quelques pages et les dernières sont illustrées) et cette question se pose légitimement. A l'heure de la mondialisation, on peut affirmer que certains territoires sont en marge et qu'ils n'y sont pas définitivement soumis, tant ce processus nous paraît irréversible. Les campagnes malgaches n'ont pas encore l'électricité, elles n'en n'ont jamais été dotées, ainsi on ne risque pas de s'électrocuter dans la brousse : c'est toujours *un* besoin de santé en moins. Il y a néanmoins des pylônes-relais pour la téléphonie cellulaire : ils ne couvrent encore qu'une partie du territoire. Attention aux ondes tout de même ! Il n'y a pas de route donc pas de véhicule motorisé, donc pas de pollution, donc pas de maladies liées à la pollution : et encore *un* besoin de santé en moins ! Le système moderne de soins est présent à Madagascar depuis plus d'un siècle, mais il n'a pas pu profiter de tous les progrès enregistrés dans les pays favorisés. Carencé en personnels soignants, en manque d'équipements techniques élaborés, il n'est pas capable de répondre aux énormes besoins de santé de la population. Les zones urbaines sont dotées de plus de structures de soins que les zones rurales, sont-elles pour autant de meilleure qualité ? Le doute est permis. La population nantie de la capitale s'expatrie pour bénéficier de soins de qualité : l'Afrique du Sud et la France représentent les deux destinations privilégiées. La médecine moderne est-elle la solution pour répondre aux besoins de santé dans la brousse ? « *La mondialisation est un processus qui tend à homogénéiser toute activité sociale, quel que soit son ancrage géographique, culturel, économique, social et politique* » (GRENIER-TORRES, 2003). Toute conduite humaine, individuelle ou collective, tendrait ainsi à être conçue autour de grands modèles, pensée à travers les mêmes catégories au-delà de toute spécificité de quelque ordre que ce soit et serait en quelque sorte « mondifiée » ou à l'extrême « momifiée ». La sociologue C. Grenier-Torres (2003) parle du « *spectre d'un énorme nuage normatif qui s'étalerait au-delà des contrées, des océans, des pays* ». Mais une recherche menée dans un autre pays que ceux du Nord, source présumée d'où partiraient les préconçus modèles à visée universelle, nous rappelle heureusement que la diversité est toujours à l'œuvre dans les communautés du Sud. La question qui se pose alors est la suivante : assistons-nous réellement à un processus de mondialisation ainsi entendu et si oui, comment celui-ci prend-il concrètement forme ? Nous proposons ici un

point de vue local sur la mondialisation ou pour reprendre l'expression employée par J.-P. Warnier (1999), nous nous situons du côté de la « *réception localisée à contrario de l'offre ou de l'émission de culture mondialisée* ». C'est à travers ce travail en géographie de la santé, à une échelle micro-locale, via des rencontres avec des agriculteurs et des professionnels de la santé, que nous construisons cette réflexion. Nous rejoignons J.-P. Warnier (1999) lorsqu'il souligne que « (...) *les approches généralisantes à l'échelle macroscopique ne me semblent pas tenir compte de l'immense ignorance où nous sommes de la multiplicité des situations locales, de la vitalité des intermédiaires, de l'activité des conservatoires et du foisonnement de création culturelle à l'échelle microscopique* ». L'étude des pratiques du système de soins par les malades en milieu rural malgache illustre comment il peut être difficile, et parfois inadapté de vouloir transposer, appliquer des modèles pensés et conçus au Nord, à des personnes vivant dans des sociétés du Sud.

Les dérives de la médecine moderne : l'envers du décor

Mais que recherche l'homme ? Cette question philosophique trouve sa place dans notre étude. Veut-il rester en bonne santé le plus longtemps possible ? Est-il en quête de bien-être ou simplement d'un léger mieux-être ? Aurait-il des tendances suicidaires ? Qui cherche encore à être heureux ? Qui se pose encore ces questions aujourd'hui ? Espère-t-il atteindre un jour l'immortalité ? Signalons d'emblée que le corps humain a ses limites, la science médicale aussi. Les progrès récents et spectaculaires de la médecine (opération in-utéro d'un spina bifida, grossesse après 65 ans, clonages humains, aliments transgéniques et autres dérives génétiques) doivent-ils nous rassurer ou nous inquiéter ? Depuis un siècle, les progrès de la médecine scientifique (biomédecine) sont considérables (MORELLE, TABUTEAU, 2010). La liste suivante n'est pas exhaustive. Dès 1928, on découvre la pénicilline, la technique de mise au point de la dialyse rénale est effective depuis 1944, la cortisone est disponible en 1949, l'assistance respiratoire en 1952, le vaccin contre la poliomyélite en 1955, les diurétiques en 1959 et la contraception orale en 1960. La première prothèse de hanche est posée en 1961, la première greffe de rein est réalisée en 1963 et celle du cœur en 1967. Le scanner est mis au point en 1971, l'héparine en 1974 et la fécondation in vitro en 1978. Les grandes découvertes se suivent à un rythme soutenu. Dans les années 1960, l'industrie pharmaceutique découvrait en moyenne une centaine de médicaments par an. En trente ans, la médecine a fait ainsi plus de progrès que depuis la préhistoire. Cette révolution thérapeutique a transformé le visage de la médecine, elle a bouleversé les mentalités collectives, celles des soignants et celles des patients. Le passage en quelques années d'une médecine attentiste et désarmée à une médecine efficace et de plus en plus interventionniste va nourrir l'illusion d'une toute-puissance. On est alors persuadé que l'ère des épidémies est définitivement achevée pour l'humanité. Cinquante ans plus tard, quel bilan cela nous inspire-t-il ? On peut déjà se demander si l'homme va s'arrêter un jour ? On ne peut d'autre part que constater les grandes disparités entre deux parties du monde, celle qui a pu profiter des progrès scientifiques et médicaux et l'autre qui en est partiellement exclue comme Madagascar. Toutefois, les progrès ne s'accompagnent-ils pas de risques induits, imprévisibles ou inattendus ?

Nous avons dénoncé différentes dérives dans ce travail. Nous devons donc le finir par une dérive. La dérive ne concerne pas que le système de soins malgache : les progrès médicaux traversent des périodes de doute et d'incertitude, c'est parfois une traversée du désert qui se termine devant la justice des hommes. La presse mondiale se fait régulièrement l'écho des dérives de la médecine moderne, souvent scandaleuses, qui viennent alimenter l'actualité. Citons pour mémoire le scandale du Bisphénol A dans les tétines (Chine), le lait en poudre pour nourrissons, frelaté (Chine) le scandale du Médiator (France), les vaccins aux effets secondaires graves ou incertains (sclérose en plaque, pour le vaccin contre l'hépatite B, le doute a perduré pendant des années). Certains effets toxiques ne sont pas encore bien connus (ou peut-être craint-on de les révéler, les enjeux financiers étant tellement importants ?). Que penser des effets sur la santé des ondes de la téléphonie mobile (verra-t-on surgir un jour de nouvelles tumeurs cérébrales ou alors ce seraient des troubles de la procréation ?). Les nouvelles technologies modifient le comportement de leurs utilisateurs, particulièrement les jeunes personnes, devenues addictes donc droguées. Des centres de désintoxication voient le jour (Japon, Corée du Sud). Est-ce la voie à suivre pour un pays qui ne peut pas assurer des soins de base à sa population ? Dans un petit hôpital français de province, des malades brûlent (surchauffe de radiothérapies). En France, le virus de la grippe tue 8500 personnes de plus durant l'épidémie 2014-2015 : est-ce une dérive ou la limite de la médecine moderne ? Tout cela colle parfaitement à l'époque actuelle. Les sociétés occidentales sont à un « âge » de consommation extraordinaire, on consomme sans s'en rendre compte des produits chimiques (on fait passer la viande de cheval pour de la viande de bœuf – à Madagascar, cela ne serait pas possible, il y a trop de bœufs), on use et on abuse de techniques diverses et variées (pour le diagnostic d'une maladie ou son traitement : « *Docteur je veux faire un scanner* », « *J'exige de passer une IRM, je l'ai vu sur Internet* »). Mais on consomme également de l'information à outrance et cela peut aussi se révéler toxique, s'il n'y a pas de limite. Tout se passe vite, on veut être informé de tout instantanément, et on ne prend tout simplement plus le temps de vivre. L'adage « trop d'information tue l'information » fait sens dans le domaine de la santé. Avant de se rendre chez le médecin, dorénavant, on consulte *Google* et la consultation médicale se réduit ainsi à un bien de consommation comme un autre : un meuble ou une salade. On vient chez le médecin pour faire ses courses. On croit tout savoir, et surtout mieux que le médecin. Celui-ci aurait-il perdu sa place au cœur du système de soins ? Le monde moderne affiche ses maladies, mentales pour la plupart : névrose, stress, dépression, insomnie, schizophrénie, paranoïa. Elles sont toutes liées au mode de vie urbain dans un contexte d'individualisme et d'isolement engendré par l'utilisation des nouveaux moyens de communication, de pollutions diverses, de nouvelles allergies (est-ce la traduction d'une réaction de rejet de ce monde devenu fou ?). Ce mode de vie est-il contraint ou au contraire choisi, désiré, souhaité par la population ? La population est-elle consciente de prendre tous ces risques ?

Les pays pauvres, spécialement en milieu rural, restent très en retrait des progrès techniques et technologiques. Il y a bien une économie parallèle du médicament dans

certains pays émergents (BRICS²⁴³). Ils proposent et vendent les médicaments sous forme générique, à prix réduit (la qualité ne serait pas garantie ?), mais que les pays pauvres consomment par défaut. En fin de compte malgré tout, la santé des populations ne s'améliore pas. Le coût ne semble donc pas être le seul blocage. Est-ce tout cela le modernisme, est-ce que la médecine moderne est capable de gérer ces dérives ? Quel est le rapport avec les espaces ruraux malgaches ? On voit que l'on parle de deux mondes que tout oppose. Et l'un devrait servir de modèle à l'autre ? La recherche médicale est un secteur d'activité très porteur dans les sociétés occidentales et les progrès réalisés indéniables. On peut maintenant redonner la vue à un aveugle ou permettre à une personne paraplégique de remarcher. Mais on ne sait toujours pas traiter le paludisme. Néanmoins, nous ne pouvons que vanter la médecine moderne. Elle a permis depuis un siècle d'augmenter l'espérance de vie de façon considérable et incontestable, au moins dans une partie du monde. Elle a diffusé ses méthodes de traitement à peu près partout sur la Terre. Mais les pays défavorisés restent les parents pauvres de la biomédecine. La nature sera-t-elle un jour dominée par une forme d'intelligence artificielle, virtuelle, qui n'a plus de fondement humain ? Notre géographie se veut résolument, absolument et uniquement humaine. Nous sommes convaincus que l'homme des campagnes malgaches détient des tas de secrets. Médecine douce et médecine dure pourraient-elles se retrouver pour se compléter ? Ceci est une autre question pour une autre recherche.

Des pistes pour d'autres recherches

Il est indéniable que toutes les maladies ne reposent pas sur un substrat physique précis. Toutes les maladies recensées par la biomédecine n'ont pas une cause bien identifiée : dans le langage savant, si on ne sait pas on parle de maladie idiopathique. On citera en premier lieu les maladies mentales. Quelle est la cause de la schizophrénie ? L'autisme fait-il partie des maladies mentales ? Les maladies psychosomatiques sont-elles du ressort du praticien de la biomédecine ? Les cancers n'ont pas encore tous livrés leur secret : on parle de facteur génétique prédisposant pour certains, de l'intervention de microbes pour d'autres. S'il n'y a pas de cause à priori, peut-on parler de maladie ? La médecine n'est pas une science exacte et la science a encore beaucoup de choses à nous révéler et à nous apprendre. Il existe un peu partout dans le monde des pratiques parallèles. Existe-t-il dans les campagnes malgaches des pratiques parallèles, accessibles au plus grand nombre ? La médecine moderne paraît peu adaptée pour satisfaire les besoins de santé de nos populations rurales. Quelle serait alors la solution pour régler ces problèmes ? Quelles sont les stratégies de la population rurale pour faire face à l'absence d'un professionnel de santé ? Les communautés rurales ont su trouver des adjuvants pour pallier les carences du système de soins public. On pense d'une part à une médecine douce, faisant usage de plantes médicinales et à la médecine traditionnelle d'autre part, dont les pratiques varient selon les lieux.

Confronté à une maladie, la première attitude de l'homme est souvent la plus simple : on ne fait rien et on attend, parfois longtemps. La pratique de l'automédication est peu

²⁴³ Brésil, Russie, Inde, Chine, South Africa

répandue à la campagne, pour une raison facile à comprendre : il n'y a pas de médicaments à disposition. La stratégie la plus diffusée est le recours au guérisseur traditionnel. Dans le district de Mandritsara, le guérisseur se fait quelquefois herboriste : il connaît la pharmacopée traditionnelle comme une grande partie de la population. Il s'agit alors d'une automédication traditionnelle. On consulte parfois aussi le devin-guérisseur, *moasy*, qui use de pratiques magico-religieuses. Le recours au système de soins est toutefois plus répandu quand il s'agit d'un enfant malade. Dans le Sud, le tradi-praticien mêle magie et divination. On est persuadé que la maladie est liée à une transgression de tabou, à une malveillance quelconque ou à un empoisonnement. La population du « pays » Androy, très superstitieuse, fréquente peu le système de soins. Elle vit en marge de la société malgache depuis ses origines. L'étude des pratiques traditionnelles de soins justifierait une recherche particulière en géographie de la santé. Nous avons des praticiens de la santé. Comment s'inscrivent-ils sur le territoire. Sont-ils visibles ou cachés, tels des caméléons sur le mode défensif ? Cette étude pourrait faire l'objet d'une thèse d'ethnologie géographique. Les tradi-praticiens restent peu accessibles au chercheur, du moins spontanément.

Une autre recherche pourrait concerner l'étude des plantes médicinales. Madagascar est un sanctuaire de la flore tropicale et compte de nombreuses espèces endémiques. Certaines plantes restent peut-être à découvrir ? Nous avons observé que les habitants des villages de brousse avaient une bonne connaissance de la nature et de certaines plantes en particulier. Ils se servent volontiers des feuilles, des tiges ou des racines pour en faire des tisanes ou des cataplasmes. Ce savoir est empirique. Des botanistes s'y intéressent également. Une thèse sur les plantes à usage médicinal du Sud malgache est en cours à l'université d'Ambovombe, capitale de la région Androy. Nous avons rencontré sur place le doctorant, S. Mahatoky, enseignant chercheur en botanique. Cette jeune université a été inaugurée en avril 2013 et se compose de plusieurs départements (lettres, sciences sociales, sciences naturelles). Il n'y a pas d'école paramédicale dans le Sud. La botanique géographique est-elle une spécialité des sciences sociales ? Nous avons prévu de nous lancer dans une telle recherche. Il s'agira d'approcher les détenteurs de savoir dans les villages de la brousse, de recueillir un maximum d'informations sur l'usage des plantes, tenter d'identifier ces plantes (de leur donner un nom) et faire des recoupements entre divers lieux. La région Sofia est un terrain favorable à cette recherche. Nous envisageons dans un avenir proche d'impliquer quelques étudiants paramédicaux ; ce travail de terrain pourrait leur valider un stage de pratique professionnelle.

Même si la croissance urbaine est actuellement forte et rapide un peu partout dans le monde, il reste des poches de résistance, des « îlots » de ruralité, dont Madagascar fait partie. La population rurale représente entre 75 et 80 % de la population totale, dont la majorité est composée d'agriculteurs, c'est-à-dire tirant l'essentiel de leurs ressources de l'agriculture. Il y a tout de même quelques fonctionnaires (éducation, forces de l'ordre et quelques élus ainsi que des commerçants). La situation est différente voire inverse dans les pays occidentaux : la population rurale n'a plus d'activité agricole pour la majorité et les agriculteurs sont largement minoritaires. Les progrès techniques ont conduit au

remplacement des hommes par des machines à grande échelle : le secteur agricole est particulièrement touché par ce phénomène et contribue à la pérennité du chômage dans des pays dits « riches, mais incapables d'endiguer ce fléau. Dans les pays défavorisés, les revenus agricoles sont faibles mais au moins les gens travaillent. La campagne malgache est encore très loin d'entrer dans les réseaux de la mondialisation. On pourrait à ce titre se demander si, par rapport à la ville, la santé est meilleure à la campagne ? A priori, l'air y est plus pur, plus sain, plus naturel et plus bio que dans un milieu urbanisé, dans lequel l'air est vicié, sali, pollué, irrespirable. La réponse paraît simple, trop simple donc le doute est permis.

Les limites de la recherche en milieu rural

- Il y eut tout d'abord des limites temporelles. Nous ne pouvons dépasser un certain temps de recherche. Il convint de s'imposer des limites selon des objectifs précis, et de ne pas sortir du temps imparti.
- Il y eut des limites spatiales. Certains lieux sont tout simplement inaccessibles. A un certain moment, on arrive au bout d'un chemin, il n'y a plus de passage terrestre. On attend un peu, et l'on fait demi-tour.
- Certaines limites furent de nature événementielle. Des événements sociaux ont perturbé notre travail de terrain et nous ont contraints à renoncer à la poursuite des recherches dans le Sud, un demi-tour de plus.
- Il y eut enfin des limites statistiques. Peu ou pas de données disponibles nous ont conduits à aller les rechercher par nous-mêmes ; c'est la sève même d'un travail de recherche, le meilleur moment (à savourer avec modération, car il faut savoir en repartir).

Eclaircie dans le ciel de Mandritsara

Une éclaircie semble se dessiner dans le ciel du Nord, il est vrai que la saison des pluies touche à sa fin. Les projets sont très récents. Nous avons largement développé le sujet précédemment, à savoir l'arrivée dans quelques années de nombreux et nouveaux professionnels de santé (infirmiers et sages-femmes). Le point très positif est qu'ils sont tous issus du milieu rural et ont une connaissance parfaite du terrain et de la mentalité de la population. Ils sont « programmés » mais restent volontaires, pour couvrir du mieux possible les secteurs ruraux enclavés ou isolés, mais dépourvus de formation sanitaire. Il reste à définir les secteurs concernés : à l'initiative de l'ASSM²⁴⁴ et de son dynamique président, une étude géographique est en cours dans toute la région Sofia. Les responsables des communautés villageoises (chef de *fokontany*), ayant eu écho de ces informations, commencent à se manifester auprès du directeur de l'école de paramédicaux. Les demandes affluent de partout. Il conviendra par la suite de définir des modes de bonne pratique professionnelle : ces « néo-pro » seront contraints d'exercer dans le secteur privé et la population devra s'y habituer. Les étudiants de la première

²⁴⁴ Association Sofia Santé Madagascar

promotion seront diplômés en 2016. Le promoteur de ce projet est un médecin, par ailleurs directeur d'une clinique privée de la ville d'Antsohihy, capitale de la région Sofia.



**Photographie 120
: Vous avez dit
néo-pro ?**

Le système de soins a besoin de vous. Les malades vous attendent. Il n'y a pas d'autre alternative pour le moment.

On ne peut pas rejeter en bloc les bienfaits procurés par la médecine moderne. Elle a fait reculer les grands fléaux sanitaires au cours de l'histoire, comment ne pas le reconnaître. Notre vie se partage entre le monde favorisé et un monde défavorisé : il existe bien un gouffre entre ces deux types d'espaces. Les fléaux et autres calamités n'ont pas disparu des pays défavorisés, ils seraient même en croissance, voire en réémergence : c'est une nouvelle vie pour les micro-organismes. La médecine moderne n'apporte aucune réponse à ces problèmes, on ne peut guère le nier non plus. Puisque la médecine dite moderne n'a pas de solution, la géographie de la santé pourrait-elle contribuer à améliorer la situation sanitaire ? Après un constat de terrain, net et sans concession, la recherche doit maintenant se poursuivre : étudier des lieux porteurs de ressources naturelles (pharmacopée traditionnelle, plantes médicinales) ou de ressources humaines (étudier pour étendre le savoir des guérisseurs traditionnels). Il faudra pour cela poursuivre la formation des caméléons (ils ne manquent pas à Madagascar). La géographie pourrait ainsi s'unir aux sciences de la santé. Ce travail se termine par un certain nombre de questions. Ce n'est pas logique : s'agirait-il d'un travail inachevé ? Encore une question ! A notre avis, il est au contraire rassurant de constater qu'une thèse n'est pas une fin en soi et qu'elle laisse la porte ouverte à d'autres cheminements. Un chemin de vie figure sur la page de couverture de cette thèse, nous le retrouvons anthropisé à la fin du texte. Il est intemporel, ouvert et n'a pas de limite, pas de début et pas de fin : il y a de la place pour tout le monde. Nous avons appris récemment que les baobabs et les caméléons étaient des éléments symboliques centraux dans la culture des populations *Masaïs* de Tanzanie, mais nous ne disposons plus de temps pour suivre cette nouvelle piste ... serions-nous stressés ? Dans ce cas, le caméléon change de couleur : le médecin serait-il devenu un géographe ?

Schéma 3 : Baobab – Caméléon, le match

Le système de soins a été mis en place à Madagascar durant la période coloniale. Au moment de l'indépendance, il était le fleuron du pays et reconnu pour son « excellence » par les pays voisins. L'histoire récente du pays a décidé de son sort, et le milieu rural semble être sa principale victime. Le système de soins n'a pas su s'adapter dans le temps ni dans l'espace pour répondre de façon efficace aux besoins d'une population toujours croissante. La population a assisté au déclin de son pays, d'une décennie à la suivante.



Venus de l'extérieur, ONG et autres organismes internationaux se succèdent sur le terrain, entre générosité affichée et pitié mal assumée. Venu de l'intérieur, un réel espoir se dessine ces dernières années : une prise en charge de la santé par quelques professionnels, utopistes ou doux rêveurs, nous les découvrons au contraire indépendants, pragmatiques, vaillants et volontaires pour ne pas dire acharnés à la tâche dans un grand sérieux. Dans le respect de leur culture, ils entreprennent une véritable croisade contre le fatalisme dans lequel beaucoup se complaisent. Ils n'attendent plus rien d'une aide extérieure et ont décidé de se relever les manches. Ou de changer de couleur ? Les baobabs sont toujours là. Nous lançons un appel aux caméléons, Il faudrait se décider à nous montrer votre véritable couleur.

Bibliographie

A

AGIER M., 2002, « Between war and the city », *Ethnography* 3, p. 317-341.

AMAT-ROZE J.-M ., 2000, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multi-risque », in Gruénais & Pourtier (éds.), « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *La documentation française*, numéro spécial, n°195.

–, **2003**, « L'infection à VIH/sida en Afrique subsaharienne, propos géographiques », *Hérodote*, n° 111, Tragédies africaines, 4è trimestre 2003, p. 117-155.

ARAVOT I., 2002, « Back to phenomenological placemaking », *Journal of Urban Design*, 7, p. 201-12.

ARNOULD P., SIMON L., 2007, «*Géographie de l'environnement*», Belin atouts, Paris, 303 p.

AUBRY P., GAÜZERE B.-A., 2014, « *Intoxications par les animaux marins, Actualités 2014* », Diplôme de Médecine Tropicale des Pays de l'Océan Indien, Mise à jour 2014.

B

BAILEY W., PHILLIPS D.R., 1990, « Special patterns of use of health services in the Kingston metropolitzn area, Jamaïca », *Social Science and Medicine*, 30 (1), p. 1-12.

BAILLY A., et al., 1998, « *Les concepts de la géographie humaine* », Armand Colin, Paris, 333 p.

BALIQUE H., 1998, « Le Mali : un système de soins en pleine transformation », *Médecine Tropicale* , 58, p. 337-341.

BALLARD M., 2003, « *Madagascar 1916-1945. Les regards d'un administrateur-ethnologue : Raymond Decary* », Azalées Ed., Ile de la Réunion, 370 p.

BANERJEE A.V., DUFLO E., 2012, « *Repenser la pauvreté* », Editions du Seuil, Paris, 427 p.

Banque africaine de développement, 2005, « *Madagascar – rural drinking watersupply and sanitation programme* », Appraisal report, Département des infrastructures, Département de développement social, Fonds africain de développement, BAD, novembre 2005.

Banque mondiale, 2005, *World Development Indicators 2004*, Washington, 344 p.

BATTISTINI R., 1959, « La structure du massif volcanique de l'Androy », *Bull. Soc. Géol. de France*, 7^e série, tome I, p. 187-191.

–, **1964**, « Etude géomorphologique de l'Extrême Sud de Madagascar », Paris, 636 p.

–, **1979**, « *L'Afrique australe et Madagascar* », PUF, 2^{ème} éd., Paris, 274 p.

BATTISTINI R., GUILCHER A., 1967, « Madagascar, Géographie régionale », *Les cours de la Sorbonne*, Centre de documentation universitaire, Paris, 140 p.

BATTISTINI R., HOERNER J.-M., 1986, « *Géographie de Madagascar* », Edicef-Sedes, Paris, 187 p.

BAUDRILLARD J., NOUVEL J., 2003, « *The singular objects of architecture* », Univ. Minn. Presee, Minneapolis, 104 p. ????????????????????

BLANC-PAMARD C., 1986, « Dialogue avec les paysans, ou comment l'espace est vu et pratiqué par les communautés rurales des hautes terres malgaches » dans Chatelain Y., Riou G., (dirs.) « *Milieux et paysages* », Masson, coll. Recherches en Géographie, Paris, p. 17-34.

–, **1995**, « Les lieux du corps : l'exemple des communautés rurales des hautes terres malgaches, *Ethnogéographies*, L'Harmattan, Paris, p. 51-75.

BLANCHY S., 1996, « Santé publique à Madagascar » dans DELERIS F. (coord.) « *Madagascar 1995 - Le Marais* », Cahier N°2, L'Harmattan, Paris, p.43-93.

BLANCHY S., RAKOTONJANABELO A., RANAIVOSON G., RAJAONARIVELO E., 1993, « Epidémiologie du paludisme sur les hautes terres malgaches », *Cahiers Santé*, mai-juin 1993, 3, 3, p. 155-160.

BODIN F., 2002, « Ville et handicap : transporter sans exclure. L'exemple caennais », in FLEURET S. et SECHET R. (dir.), « *La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être* », Presses Universitaires de Rennes, p. 151-167. ??????????????????????

BOITEAU P., ALLORGE-BOITEAU L., 1993, « *Plantes médicinales de Madagascar* », ACCT-ICSN-Karthala, Paris, 131 p.

BORDES R., 2005, « - De la « confiance-aveugle -. Interactions de la biomédecine et de la société locale au Népal rural », dans L. PORDIE (dir.) « *Panser le monde, penser les médecines* », Karthala, Paris, p. 189-208.

BOUCHAUD O., CONSIGNY P.-H., COT M., ODERMATT-BIAYS S., 2009, « *Médecine des voyages, Médecine tropicale* », Masson, Paris, 303 p.

BRAUMAN R., 2009, « *La médecine humanitaire* », Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 127 p.

BRINK, A., 1983, « *Sur un banc du Luxembourg. Essais* », Stock, Paris, 273 p.

BROSSOLET J., MOLLARET H., 1994, « *Pourquoi la peste ? le rat, la puce et le bubon* », Découverte Gallimard, Paris, 160 p.

BROWN & MOORE, 2004, cité dans FLEURET S., THOUEZ J-P., 2007, « *Géographie de la santé : un panorama* », Economica Anthropos, Paris, 301 p.

BRUNET R., FERRAS R., THERY H., 1993, « *Les mots de la géographie. Dictionnaire critique* », Reclus - La Documentation Française, Paris, 518 p.

BURGESS R., 1984, « *In the field* », Allen and Unwin, England, 254 p.

C

CAIRNCROSS S., 2003, « Handwashing with soap – a new way to prevent ARIs », *Tropical Medicine and International Health*, 8 (8), p. 677-679.

CHAPERON M., DANLOUX J., FERRY L., 1993, « *Fleuves et rivières de Madagascar* », ORSTOM, Paris, 874 p.

CHAPUS G.S., 1925, « L'œuvre médicale », dans « Quatre vingt années d'influence européenne en Imerina », *Bulletin de l'Académie Malgache*, NS, VIII, p.234-252.

CHAUDET B., 2003, « Vieillesse et handicap : mesures de l'accessibilité d'espaces trajets spécifiques », *Hommes et terres du Nord*, 03/3, Tome 2, p. 11-24. ???????????

CLAVAL P., 1998,

CORNWELL J., 1984, « *Hard-earned lives* », Tavislock, London, 223 p.

COULANGES P., 1977, « Les bilharzioses humaines à Madagascar, répartition géographique et prévalence », *Archives Institut Pasteur Madagascar*, n° 46, vol.1, p. 273-395.

CRESWELL J., 1998, « *Qualitative inquiry and research design* », Sage, Beverly Hills, 424 p.

CROZAT P., 1946, « Organisation et fonctionnement de l'Assistance Médicale Indigène », *La Revue de Madagascar*, 24, p. 149-160.

D

D'AGOSTINO S., DUVERT N., 2008, « *La pauvreté* », Bréal Economie, 127 p.

DECARY R., 1920, « Monographie du district de Tsihombe », *Bull. Eco. de Madagascar*, Tananarive, 3è trimestre 1920, p. 71-92.

- , **1925**, « L'évolution de l'Androy », *La géographie*, Paris, nov.-déc. 1925, pp. 416-423.
- , **1926**, « L'Androy et ses habitants », *Le monde colonial illustré*, juil. 1926, pp.167-168.
- , **1927**, « La question des Raiketa dans l'extrême-Sud de Madagascar », *Bull. Eco. de Madagascar*, n°1, p. 92-96.
- , **1930**, « *L'Androy (Extrême Sud de Madagascar). Essai de monographie régionale* », Société d'Editions Géographiques, Maritimes et Coloniales, Paris, t.1, 224 p.
- , **1933**, « *L'Androy (Extrême Sud de Madagascar). Essai de monographie régionale* », Société d'Editions Géographiques, Maritimes et Coloniales, Paris, t.2, 270 p.
- DELIEGE R., 2005**, « Des manières de se soigner dans un village d'intouchables de l'Inde du Sud », dans PORDIE L., (dir.), « *Panser le monde, penser les médecines* », Karthala, Paris, p.69-79
- DELKISS J.-P., 1999**, « *Jules Verne. L'enchanteur* », Editions du Félin, Paris, 430 p.
- DEMANGEOT J., 2005**, « *Tropicalité, géographie physique intertropicale* », Armand Colin, Paris, 340 p.
- DESCHAMPS H., 1959**, « *Les migrations intérieures à Madagascar* », Ed. Berger-Levrault, 283 p.
- DESCHAMPS H., 1972**, « *Histoire de Madagascar* », Ed. Berger-Levrault, Paris, 358 p.
- DESPLATS D., KONE Y., RAZAKARISON C., 2004**, « Pour une médecine générale communautaire en première ligne », *Médecine Tropicale*, 64, p. 539-54.
- DESPLATS D., RAZAKARISON C., 2011**, « *Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar* », Santé Sud, Marseille, 319 p.
- DIAKITE B., 1993**, « Problèmes des nomades au Gourma », in BRUNET-JAILLY J. (éd.), « *Se soigner au Mali : une construction des sciences sociales, douze expériences de terrain* » : 193-209, Paris, Karthala, Orstom, 342 p.
- DONABEDIAN A., 1973**, « *Aspects of medical care administration specifying requirements for health care* », Cambridge, Harvard University Press, 649 p.
- DONOVAN J., 1986**, « *We don't buy sickness, it just comes* », Gower, Aldershot, 128 p.
- DORY D., 1990**, « A propos d'un aspect de l'accessibilité aux soins psychiatriques en France », *Hommes et Terres du Nord*, 2, p. 103-107.
- DOZON J.-P., 1989**, « Raison épidémiologique et raisons d'Etat. Les enjeux sociopolitiques du sida en Afrique », *Sciences sociales et santé*, Vol VII, n°1 février 1989, p. 21-36.

DROY I., BIDOU J.E., RANDRIAMIANDRISO J., THOMAS A.C., 2010, « Une pauvreté rurale étendue et multiforme », in GASTINEAU B. et alii, (éd.), « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* » IRD Editions, Marseille, p. 63-85.

DUBOIS J.L., MAHEU F.R., 2009, « Sen, liberté et pratique de développement », *Revue Tiers Monde*, 198, 245-261.

DUFLO E., 2010, « *Le développement humain. Lutter contre la pauvreté (I)* », Editions du Seuil et la République des idées, Paris, 106 p.

DUQUENOIS L., 1902, « Mœurs Betsimisarakas », in *Journal des voyages*, Paris, N° 301-302, p. 250-252.

DYCK I., 1990, « Using qualitative methods in medical geography », *Professional Geographer* 51, p. 243-253.

E

EBOKO F., 2003, « Le sida en Afrique : la perspective globale d'un drame local. A partir de l'exemple du Cameroun », in I. GOBATTO (dir.), « Les pratiques de santé dans un monde globalisé, Karthala-MSHA, Paris, p. 109-128.

ELLI L., 1993, « *Une civilisation du bœuf. Les Bara de Madagascar* », Ambozontany, Fianarantsoa, 233 p.

EVANS B., 2005, « *Security sanitation : the compelling case to adress the crisis* », Rapport produit par le Stockholm International Water Institut, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé.

EYLES J., 2007, « La recherche qualitative en géographie de la santé », in Fleuret S – Thouez J-P. (dir.), « *Géographie de la santé. Un panorama* », Economica, p. 150-160.

F

FAURE V., 2003, « Diffusion du modèle de démocratie et régulation des corps : pratiques et discours de guérisseurs traditionnels sud-africains », in I. GOBATTO (dir.), « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé* », Karthala/ MSHA, Paris, 235 p.

FENIES J., 1957, « Migrations Tandroy », *Bulletin de Madagascar*, n°138.

FLACOURT E. de, 2007, « *Histoire de la Grande Isle, Madagascar* », Ed. INALCO-Karthala, Paris, 713 p., texte de l'édition de 1661, annotée, augmentée et présentée par Claude Allibert.

FLEURET S., THOUÉZ J.-P., 2007, « *Géographie de la santé : un panorama* », Economica Anthropos, Paris, 301 p.

FOUCAULT P.-M., 1994, « Sécurité, territoire, population », *Cours au collège de France*, Gallimard, Paris, 435 p.

FOURNET-GUERIN C., 2007, A, « *Vivre à Tananarive : géographie du changement dans la capitale malgache* », Karthala, Paris, 427 p.

–, **2007, B**, « Vivre la crise à Tananarive », *Tsingy* 6, mars 2007, p. 69-96.

FREMIGACCI J., 2007, « Madagascar 1982 : Une économie en crise. Des facteurs traditionnels à la conjoncture récente », *Tsingy* 6, mars 2007, p. 55-64.

FRENK J., 1992, « *The concept and measurement of accessibility* », White Kerr, Health Service Research : an anthology : 842-855, Washington, Pan American Health Organization, 1082 p.

FRERE S., 1958, « Panorama de l'Androy », Ed. Aframpe, Paris, 200 p.

G

GADE D.W., 1996, « Deforestation and its effects in highland Madagascar », *Mountain Research and Development*, vol. 16, n°2, p. 101-116.

GALLIENI, 1905, « *Madagascar de 1896 à 1905* », Rapport au Ministre des Colonies ; 30 avril 1905, Imprimerie officielle de Madagascar.

GASQUET C., 2010, « *Une géographie de la fièvre hémorragique à virus Ebola. Représentation et réalité d'une maladie émergente au Gabon et en République du Congo* », Thèse de géographie, Université Paris-Ouest, 492 p.

GASTINEAU B., GUBERT F., ROBILLARD A.-S., ROUBAUD F., (éd.), 2010, « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* », IRD éditions, Marseille, 335 p.

GASTINEAU B., RAKOTOSON L., 2006, « L'évolution de la population à Madagascar », *Tsingy*, N°4, p. 23-36.

Général GALLIENI, 1908, « *Neuf ans à Madagascar* », Hachette, Paris, 372 p.

GENTILLINI M., DUFLO B., 1982, « *Médecine tropicale* », Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 682 p.

GERNELLE E. (dir.), 2014, « Ces voyages qui ont changé le monde », Les textes fondamentaux, *LE POINT Références*, sept.-oct. 2014, 114 p.

GERVAIS-LAMBONY P., 1994, « *De Lomé à Harare : le fait citadin* », Karthala / IFRA, Paris, 472 p.

GESLER W., 1993, « Therapeutic landscapes », *Envir. Planning D* 11, p. 171-189.

GIRAC-MARINIER C. (dir.), 2011, « *Atlas socio-économique des pays du monde 2012* », Larousse, Paris, 352 p.

GIRARD G., 1943, « *Les coutumes ancestrales et la lutte anti-pestueuse à Madagascar* », Comptes-rendus de l'Académie des sciences coloniales, p. 91-113.

–, **1964**, « La santé publique et ses problèmes à Madagascar entre les deux guerres mondiales (1917-1940) », *Bulletin de l'Académie Malgache*, 42-2, p.1-17.

GOBATTO I. (dir.), 2003, « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé* », Karthala-MSHA, Paris, 235 p.

GOBBERS D., PICHARD E., 2000, « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », *ADSP*, n° 30, p. 35-42.

GRANDIDIER A., 1971, « *Souvenirs de voyage 1865-1870* », d'après son manuscrit inédit de 1916, Association malgache d'archéologie, Tananarive, 50 p.

GRANDIDIER A.&G., 1917, « *Histoire physique, naturelle et politique de Madagascar* », t.III : Ethnographie de Madagascar, Imprimerie Nationale de Paris, 633 p.

GRANDIDIER G., 1902, « Une mission dans la région australe de Madagascar en 1901 », *La Géographie*, 6 (7), 15 juil. 1902, p. 1-16.

–, **1928**, « *Histoire physique, naturelle et politique de Madagascar* », Vol IV, T 4, Hachette, Paris.

GRENIER-TORRES C., 2003, « La santé de la reproduction à Bouaké : émergence d'un construit local ou marche inexorable vers un modèle porté par un processus de mondialisation ? » in I. GOBATTO (dir.) « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé* », Karthala/MSHA, Paris, p. 145-166.

GRESILLION, 2006, cité dans FLEURET S., THOUÉZ J-P., 2007, « *Géographie de la santé : un panorama* », Economica Anthropos, Paris, 301 p.

GRISORIO E., 2004, « *Approche éco-géographique du système de transmission de la schistosomiase urinaire de l'homme dans le Menabe : centre-ouest de Madagascar* », Thèse de Doctorat en Géographie, Université Lyon 3, 248 p.

GROSJEAN M., BARCET A., BONAMY J., 2003, « « Travail en réseau de soins et reconfiguration des territoires », *Geocarrefour*, vol. 78, n° 3, p. 247-254.

H

HANSCHUMACHER P., et al., 1997, « *Des îles dans la Grande Ile : isolement et risque sanitaire dans le Moyen-Ouest malgache* », *Iles et littoraux tropicaux*, Actes des VII^e journées de géographie tropicales, Brets, Ouest éditions, Presses académiques, p. 553.

HANSCHUMACHER P., et al., 1999, « Paysages ruraux du Moyen-Ouest malgache et circulation de la peste : un risque sanitaire révélateur des relations homme/milieu ? », *Arch. Inst. Past. Mad.*, 65, n° 1& 2.

HANDSCHUMACHER P., DUPLANTIER J.M., CHANTEAU S., 2000, « La résurgence de la peste à Madagascar : une maladie centenaire à l'épreuve de l'histoire et de l'écologie », In : A. Vaguet (éd.), n° thématique « Maladies émergentes et reviviscentes », de : *Espaces, Populations, Sociétés*, 2000-2, p. 195-208.

HANNERZ U., 1980, « *Exploring the City : Inquiries Toward an Urban Anthropolgy* », Columbia UP, New York, 378 p.

HASKI P., 1987, « *L'Afrique blanche : histoire et enjeux de l'apartheid* », Le Seuil, Paris, 303 p.

HELISOA O., 1985, « Evolution de la politique sanitaire à Madagascar au début du XX^e siècle » in *Madagascar, Revue de géographie*, n° 46, janvier-juin 1985, p. 89-94.

HESLING E., 1905, « L'assistance Médicale Indigène et la colonisation », *Revue de Madagascar*, avril 1905, p. 289-302.

HEURTEBIZE G., 1977, A, « *Mariage et deuil dans l'extrême-sud de Madagascar* », L'Harmattan, Paris, 302 p.

–, **1977, B**, « *Quelques aspects de la vie dans l'Androy* », Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, 313 p.

–, **1986**, « *Histoire des Afomarolahy (Extrême-sud de Madagascar)* », Ed. CNRS, Paris, 427 p.

HOAREAU D., 2002, « *Les thérapies marines. Soins à base d'eau de mer, d'algues et de phytoplancton. Cures externes et internes* », Dangles, Saint-Jean de Brayes, 249 p.

HOERNER J.M., 1977, « L'eau et l'agriculture dans le Sud-Ouest de Madagascar », *Madagascar, Revue de Géographie*, n°30, janvier-juin 1977, p. 63-104.

–, **1979**, « *Géographie régionale du Sud-Ouest de Madagascar* », Collection Tsiokanfimo du Centre universitaire régional de Tuléar, 137 p.

–, **1982**, « Les vols de bœufs dans le sud malgache », *Madagascar, Revue de Géographie*, 41, juil.-déc. 1982, p. 85-105.

–, **1987**, « *Contribution géographique à l'étude du sous-développement régional du Sud-Ouest de Madagascar* », Thèse de Doctorat Lettres et Sciences Humaines, Université Paris VIII, 973 p.

HRUDEY S., et al., 2003, « A fatal waterborne disease epidemic in Walkerton, Ontario », *Water Science and Technology* 47, p. 7-14.

I - J

Institut National de la Statistique (INSTAT), 1996, « Recensement Général de la Population et de l'Habitat (1993) », Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS), 33 p.

–, **2000**, Direction de la démographie et des Statistiques Sociales et Unicef, 2000, « *Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2000* », Rapport complet, Unicef, 190 p.

–, **2005**, « *Enquête démographique et de santé de Madagascar 2003-2004* », ORC, Macro, Calverton, Maryland, USA, INSTAT, ORC, Macro, 442 p.

–, **2006**, Enquête périodique auprès des ménages, Rapport principal 2005, 240 p.

–, **2013**, « Enquête Nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar 2012-2013 », Tananarive, 60 p.

Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro, 2010, « *Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009* ». Antananarivo, Madagascar : INSTAT et ICF Macro.

Institut Pasteur de Madagascar, 2001, « Rapport d'activités 2011 », Réseau International des Instituts Pasteurs, Tananarive, 179 p.

JANNIN J., SIMARRO P.P., LOUIS F.J., 2003, « Le concept de maladie tropicale négligée », *Med Trop*, 63, p. 219-221.

JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P., (dir.), 2003, « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest », Karthala, Paris, 462 p.

K

KANNAPEL P., 2005, « *Les chemins de la peste à Madagascar* », DEA de géographi, dir. G.Salem, Paris Ouest Nanterre. 224 p.

KEARNS R., 1991, « The place of health in the health of place » , *Social science and medicine* 33, p. 519-530.

KHAN A., 1988 , « *Evaluating the performance of regional health care service system, a geographic methodology* », Dissertation Information Service, 319 p.

KHAYAT D., 2014, « *Prévenir le cancer. Ca dépend aussi de vous* », Odile Jacob, Paris, 288 p.

KOUASSI B., 2008, « *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo* », Karthala, Paris, 281 p.

KOERNER F., 1994, « La protection sanitaire des populations à Madagascar (1862-1914) », *Revue historique*, N°590, p. 439-458.

KULKARNI M., DESROCHERS R., MANDY J., CERVINSKAS J., 2008, « *Evaluation de l'appropriation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MIDs) à Madagascar six mois après la campagne intégrée rougeole/paludisme d'octobre 2007* », Rapport préliminaire.

L

LACOSTE O., 2002 , « *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis des soins* », CREDES, Contact Santé, 173, p. 18-19.

« **La découverte de Madagascar** », s.n., 1957, *La Revue de Madagascar*, n° 33, 4^{ème} trimestre 1957, p. 32.

« **La Grande Ile de France, Madagascar** », 1936, Agence économique du gouvernement général de Madagascar, Paris, 163 p.

LE BOURDIEC F., 1974, « *Hommes et paysages du riz à Madagascar* », Tananarive, 647 p.

LE GARREC L., 1945, « L'œuvre médicale de la France à Madagascar », in *Revue de Madagascar*, 21, p. 46-52.

LE LOUVIER AUMONT DE BAZOUGES H., 1999, « *Madagascar. L'île de nulle part ailleurs* », L'Harmattan, Paris, 466 p.

LEVY J., LUSSAULT M., 2003, « *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés* », Belin, Paris.

LEY D., 1974, « *The black inner city as frontier outpost* », AAG, Washington.

LUPO P., 1997, « Pauvreté et/ou richesse dans le sud », *Talihy*, Université de Tuléar, n° 5-6, p. 117-121.

LUPO-RAVELOARIMANANA M., 1996, « L'eau dans le Grand Sud », *Talihy*, Université de Tuléar, n°3-4, p. 113-126.

M - N

MADAGASCAR, 2013, LE BILAN DU MONDE, Economie et environnement, *Le Monde*, Paris, p.182.

MALENGREAU M., 2005, « *L'accès aux soins : problème de base en santé publique* », Université Catholique de Louvain, IFMT, 37 p.

MALINOWSKY B., 1922, « *Argonauts of the Western Pacific* », RKP, London, réédition 1992, 616 p.

MARTIN J., 1993, « Madagascar, la conquête de l'île rouge », *Historia Spécial*, 25, sept.-Oct. 93, p. 70-79.

MESLE F., VALLIN J., 2000, « Transition sanitaire : tendances et perspectives », *Médecine/Sciences*, 16, p. 1161-71.

MESTRE C., 2003, « Recouvrement des coûts, accès aux soins et enjeux politiques à Madagascar (Toamasina), in I. Gobatto (dir.), « *Les pratiques de santé dans un monde globalisé* », Karthala-MSHA, Paris, p. 109-128.

–, **2007**, « Archéologie de la santé publique à Madagascar : Pour une compréhension du triangle Etat – Médecins – Population », *Tsingy*, n°6, mars 2007, p. 15-24.

MEUNIER A., 1998, « *Système de soins public et organisation territoriale, approche de l'espace burkinabé* », Doctorat de géographie, Université de Rouen, ORSTOM Bobo-Dioulasso, 490 p.

–, **2000**, « Système de soins et organisation du territoire au Burkina Faso », *Mappemonde* 60 (2000.4), p. 12-17.

MINIER B., 2013, « Le cercle », POCKET, Paris, 790 p.

Ministère de l'Agriculture de l'Elevage et de la pêche (UDPR), 2003, A, « Monographie de la région Anosy », 96 p.

Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la pêche (UPDR), 2003, B, « Monographie de la Région Sofia », 105 p.

Ministère de la santé, du planning familial et de la protection sociale, 2007, « Plan de développement secteur Santé 2007-2011 », 92 p.

Ministère de la Santé Publique de Madagascar, 2012, « *Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées 2012-2016* », 87 p.

MOENS F., 1990, « Design implementation and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries : a pre-paid plan in the Bwamanda health zone, Zaïre », *Social Science and Medicine*, 30 (2), p. 1319-1327.

MOLET L., 1959, « L'expansion Tsimihety », in « *Mémoires de l'Institut de recherche scientifique de Madagascar* », série C, Sciences Humaines, tome V, p. 1 à 196.

MORELLE A., TABUTEAU D., 2010, « *La santé publique* », PUF, Que sais-je ?, Paris, 126 p.

MUKURIA A., CUSHING J., SANGHA J., 2005, «*Nutritional status of children : results from the Demographic and Health surveys 1994-2001*», DHS comparative reports n° 10, Calverton, Maryland, ORC Macro.

MWABU G., 1986, « Healthcare decisions at the household level : results of a rural health survey in Kenya », *Social Science and Medicine*, 22 (3), p. 315-319.

NEWBORNE P., RANAIVOARISOA A., RABEANTOANDRO F., 2007, «*Assainissement et hygiène dans les pays en voie de développement : identifier les obstacles et y apporter des réponses. Étude de cas à Madagascar*», Tearfund, Tananarive, 56 p.

O

OKAFOR S., 1991, « The spatial dimensions of accessibility to general hospitals in rural Nigeria », *Socio-economic planning Science*, 24 (4), p. 295-306.

OLDS G.R., DASARATHY S., 2001, « *Recent Advances in Schistosomiasis* », *Current Infectious Disease Reports*, 3, p. 59-67.

Organisation mondiale de la santé, 2006, « *Les enjeux de la vaccination dans le monde : perspectives et stratégies 2006-2015* », *REH*, 2006, 81 :190-195.

–, **2011**, « *Schistosomiasis, Rapport de situation 2001-2011 et Plan stratégique 2012-2020* », OMS, Genève, 75 p.

–, **2013**, « *Rapport 2013 sur le paludisme dans le monde* ».

Organisation des Nations Unies, 2005, UN Millenium Project 2005, « *Health, dignity and development : what will it take ?* », Rapport de la Task force sur l'eau et l'assainissement, ONU, janvier 2005.

P

PAEPAR, 2004, Document de synthèse, eau et assainissement pour tous en milieu rural, Bureau de projet PAEPAR, projet d'alimentation, eau et assainissement en milieu rural, Direction de l'eau et de l'assainissement, Ministère de l'énergie et des mines, novembre 2004.

PAILLARD Y.G., 1987, « Les recherches démographiques sur Madagascar au début de l'époque coloniale et les documents de l'AMI », *Cah. Et. Afric.*, vol. 27, n°105-106, p.17-42.

PELLETIER D.L., FRONGILLO E.A., SCHROEDER D.G., HABICHT J.P., 1994, «A methodology for estimating the contribution of malnutrition to child mortality in developing countries», *Journal of Nutrition*, 124 (10 Suppl.), p. 21068-21228.

PENCHANSKY R., THOMAS J.-W., 1981, « The concept of access : Definition and Relationship to consumers satisfaction », *Medical Care*, 19 (2), p. 127-140.

PERRIER DE LA BATHIE H., 1934, « Les famines du Sud-Ouest de Madagascar. Causes et remèdes », *Revue de Botanique appliquée et d'Agriculture tropicale*, mars 1934.

« **Petit Larousse illustré 2007** », 2006, Larousse, Paris, 1856 + XCVI p.

PETIT M., 1998, « Présentation physique de la grande île de Madagascar », Agence de la Francophonie (ACCT) et FTM, Antananarivo, 178 p.

PETIT M., BOURGEAT F., 1965, « Les *lavaka* malgaches, un agent naturel d'évolution des versants », *Bull. A.G.F.*, p. 29-33.

PHILLIPS D.R., 1981, « Primary health care in the Philippines : banking on the barangays », *Social Science and Medicine*, 23 (10), p. 1015-1117.

–, 1990, « *Health and Health care in the Third World* », Longman Development Studies, 324 p.

PHILO C., 1995, « Journey to the asylum », *J. Historical Geog.* 21, p. 148-168.

PICHERAL, H., 1996, « Mots et concepts de la géographie de la santé », *Cahiers GEOS*, 2 : 1-39.

–, 1998, « La géographie de la santé » in Bailly et al., (dir.), « *Les concepts de la géographie humaine* », Paris, Armand Colin, p.229-240.

–, 2001, « *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé* », Université Montpellier III, 308 p.

PICK J.J, PHILIPPON B., 1981, « Onchocercose », *Encycl. Méd.-Chir., Maladies Infectieuses*, Paris, 8112 A50, 10-1981.

PIOLET, 1898, cité dans MESTRE (2007), « Archéologie de la santé publique à Madagascar : Pour une compréhension du triangle Etat – Médecins – Population », *Tsingy*, n°6, mars 2007, p. 15-24.

« **Planification régionale comme instrument de développement** », sn, 1987, *Bull. Acad. Malg.* N° 65, p. 81-87.

PNUD-INSTAT, 2005, « *Rapport national sur le développement humain* », Madagascar.

PNUD, 2012, « Rapport sur le développement humain », Tableaux statistiques.

–, 2013, « *Rapport annuel Madagascar 2013* », 65 p.

PORDIE L. (dir.), 2005, *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*, Karthala, Paris, 326 p.

« Préambule à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé », New York, 19-22 juin 1946, « Actes officiels de l'organisation mondiale de la Santé », n°2, p. 100.

R

RABAN J., 1975, « *Soft city* », Fontana, London, 256 p.

RABEARISON, 1969, « *Les Tsimihety face à leur destin* », Imp. FBM, Tananarive, 56 p.

RABEDIMY J.-F., 1976, « *Pratiques de la divination à Madagascar. Techniques du sikily en Pays Sakalava-Menabe* », ORSTOM, Paris, 234 p.

RAHARISON S., MARK J., RASOLONJATOVO R., 1972, « Maladies de surcharge chez les cadres malgaches », *Bull Acad Malg*, Tome L-1, p.119.

RAISON J.-P., 1984, « *Les Hautes Terres de Madagascar* », Paris : Karthala, 651 p + 605 p.

RAISON-JOURDE Fr., (éd.), 1983, « *Les souverains de Madagascar* », Karthala, Paris, 476 p.

RAISON-JOURDE F., RANDRIANJA S., (dir.), 2002, « *La nation malgache au défi de l'ethnicité* », Karthala, Paris, 443 p.

RAJABALY H., 2006, « La mortalité des enfants à Madagascar : un indicateur démographique et sanitaire », *Tsingy*, n°4, juin 2006, p. 49-64.

RAJOELINA P., RAVELET A., 1989, « *Madagascar, la Grande Île* », L'Harmattan, Paris, 329 p.

RAKOTO ALISON A.O., DROMIGNY J.-A., PFISTER P., MAUCLERE P., 2001, « *Vibrio cholera à Madagascar : étude d'une souche multirésistante* », *Arch. Inst. Past. Mad.*, 67, p. 6-13.

RAMIANDRASOA, 1975, « *Atlas historique du peuplement de Madagascar* », FTM, Antananarivo.

RAZAFIMPAHANANA B., 1971, « Les *fady* ou tabous à Madagascar. Etude sociologique et psychosociologique », *Ann. Univ. Mad*, 11, p. 115-126.

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., 2010, « La pauvreté en milieu urbain : dynamique, déterminants et politiques » in « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* », IRD Editions, Marseille, p. 87-118.

RAZAFITSIAMIDY A., 1997, « Les vols de bœufs dans le Sud de Madagascar », Université de Tuléar, *Talihy*, n°5-6, p. 122-128.

RECLUS E., 2010 (rééd.), « *Histoire d'un ruisseau* », INFOLIO, Archigraphy Poche, 203 p.

REGNARD C., 2003, « *Crise économique, santé et mortalité à Madagascar* », L'Harmattan, Paris, 298 p.

République de Madagascar, 2003, « *Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP)* », juillet 2003.

–, **2008**, « *Enquête sur la couverture vaccinale* », ministère de la Santé et du Planning familial, secrétariat général, Direction de la santé de la mère et de l'enfant, service de la vaccination, Tananarive.

République de Madagascar, INSTAT, 2004, « Enquête projet SEECALINE, Manuel technique de l'enquête SEECALINE », mars 2004, 29 p.

RICHARD B.N., 2005, « *Hôpital et système de soins de santé à Madagascar* », Paris : L'Harmattan, 204 p.

RICHARD J-L., 2001, « Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin) », Thèse de Doctorat de Géographie, Université de Neuchâtel, 1134 p.

RIQUIER J., 1958, « Les *lavaka* de Madagascar », *Bull. Géogr. Aix-Marseille*, p. 181-190.

S

SAINT-EXUPERY A. de, 2004. (rééd.), « *Le petit Prince* », Folio, 99 p.

SALEM G., 1998, « *La santé dans la ville, Géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)* », ORSTOM, Karthala, 360 p.

SALEM G., CADOT E., FOURNET F., 2000, « Villes africaines et santé : de la jeunesse des vieilles endémies à l'émergence de nouvelles épidémies », in GRUENAIIS M.-E., POURTIER R., « La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis », *Afrique contemporaine, La documentation Française*, 195, p. 60-70.

SALEM G., JEANNEE E., 1989, « *Urbanisation et santé dans le tiers-monde : transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaire* », ORSTOM, 549 p.

SALEM G., LANG T., 1993, « Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines : approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine, Sénégal », *Sciences sociales et santé*, 27 : 40.

SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., 2000, « *Atlas de la santé en France, vol. 1 : Les causes de décès* », John Libbey Eurotext, Paris, 189 p.

SALEM G., RICAN S., KURZINGER M.L., 2006, « *Atlas de la santé en France, vol. 2 : Comportements et maladies* », John Libbey Eurotext, Paris, 222 p.

SALOMEZ J-L., LACOSTE O., 1999, « Du besoin de santé au besoin de soins. La prise en compte des besoins en planification sanitaire », *Hérodote*, 92, p. 101-120.

SALOMON J.N., 1987, « *Le Sud-Ouest de Madagascar, étude de géographie physique* », Université Aix-Marseille, 2 vol., 998 p.

SCURO J., 2004, « Exploring personal history », *Oral History Review* 31 : 1-30.

SEN A., 1981, « The ingredients of famine analysis : availability and entitlements », *Quarterly Journal of Economics*, 96 (3), p. 433-464.

–, **2000**, « *Repenser l'inégalité* », Le Seuil, Paris.

SINGER M. et al., 2000, « The social geography of AIDS and hepatitis risk », *American Journal of Public Health* 90, p. 123-155.

SMALL J., WITHERICK M., 1986, « *A modern dictionary of geography* », London : Edward Arnold, 233 p.

SORRE, M., 1933, « Complexes pathogènes et géographie médicale », *Annales de géographie*, vol. 42 : 235.

T

TABUTIN D., SCHOUMAKER B., 2004, « La démographie de l'Afrique au Sud du Sahara des années 1950 aux années 2000, synthèse des changements et bilan statistique », *Populations*, n°3-4, p. 561-622.

TARABEY B., 2014, « *Madagascar Dahalo. Enquête sur les bandits du Grand Sud* », No Comment Editions, Tananarive, Madagascar, 221 p.

TEHINDRAZANARIVELO E., 2002, « L'ethnicité à Madagascar : mouvance et construction », in RAISON-JOURDE et RANDRIANJA, (dir.) « *La nation malgache au défi de l'ethnicité* », Karthala, p. 219-225.

THOUEZ J.-P., 1987, « *Organisation spatiale des services de soins* », Presses Universitaires de Montréal, 166 p.

THOUEZ J.-P., MUNAN L., NABAHI I., 1981, « Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural », *Social, Science and Medicine*, 15D, p.379-387.

TONNELIER F., VIGNERON E., 1999, « *Géographie de la santé en France* », Que sais-je ?, PUF, Paris, 127 p.

TOURE L., 2005, « Une innovation sanitaire : l'appropriation des médicaments par les populations touaregs du Mali », dans PORDIE L. (dir.), *Panser le monde, Penser les médecines*, Karthala, Paris, p.269-286.

TRECHE S., RAMBELOSON V., 2010, « Evolution de la situation nutritionnelle des enfants à Madagascar à partir de 1992 », in GASTINEAU B., GUBERT F., ROBILLARD A-S., ROUBAUD F., (éd.), « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* », IRD éditions, Marseille, 335 p.

U - V

UNICEF, 2014, « *Levels & Trends in child mortality* », Report 2014, 80 p.

VERIN P., 2000, « *Madagascar* », Karthala, Paris, 270 p.

VIGNERON E., 2000, « Santé et territoires », *La documentation française*, n° 8015, juin 2000, 64 p.

W

WALTISPERGER D., DELAUNAY V., 2010, « Evolution de la mortalité des mères et des enfants à Madagascar : l'échéance 2015 », in Gastineau B., Gubert F., Robillard A-S., Roubaud F., (éd.), « *Madagascar face au défi des Objectifs du millénaire pour le développement* », IRD éditions, Marseille, 335 p.

WALTISPERGER D., MESLE F., 2005, « Crise économique et mortalité. Le cas d'Antananarivo 1976 – 2000 », *Populations*, 3 : 275-303.

WARNIER J.-P., 1999, « *La mondialisation de la culture* », La découverte, Paris, 128 p.

WATERAID, 2005, « *Madagascar – where local Communes administrations urgently need more staff and ressources to deliver increases in sustanainable access to water and sanitation* », WaterAid, mai 2005.

–, **2006**, « *Madagascar – Country information* », Bulletin d'information national, WaterAid, janvier 2006.

WESTWOOD et al., 2006, cité dans FLEURET S., THOUÉZ J-P., 2007, « *Géographie de la santé : un panorama* », Economica Anthropos, Paris, 301 p.

WILLIAMS A., 1998, « Therapeutic landscapes in holistic medicine », *Social science and medicine*, 46 : 1193-1203.

WILME L., et alii., 2006, « Biogeographic evolution of Madagascar's microendemic biota », *Science*, vol. 312, n° 5777, pp. 1063-1065.

WÜSTEFELD M., 2001, « Békily, Pays des tamariniers. Quelques aspects de sécurité alimentaire dans le Sud de Madagascar », Ed. Tsipika, Antananarivo, 241 p.

Y - Z

YODANIS C., 2006, « A place in town », *Journal of Contemporary Ethnography* 35 : 341-366.

YMBA M., 2013, « ACCES ET RECOURS AUX SOINS DE SANTE MODERNES EN MILIEU URBAIN : le cas de la ville d'Abidjan – Côte d'Ivoire », thèse de doctorant en géographie, Université d'Artois-Arras, 534 p.

ZANINETTI J-M., 2011, « Géographie des peuplements et des populations. L'homme sur la terre », Paris, PUF, 268 p.

ZENEIDI D., FLEURET S., 2007, « Fixes sans domicile : réflexions autour de la mobilité des SDF », *L'espace géographique*, T.36, 2007/1 : 1-14.

Guide de voyage sur Madagascar

Guide Gallimard, 2012, Madagascar, Encyclopédie de voyage, Gallimard, Paris, 324 p.

Sites internet consultés

www.afrik.com/la-lepre-en-afrique : site d'information sur la lèpre à Madagascar

www.apis27.com/pages/la-schistosomiase-bilharziose.html : données et iconographie sur la bilharziose

www.geopopulation.com/.../demographie-madagascar : données sur la population des villes malgaches

www.insee.fr : site officiel des statistiques en France

www.larousse.fr/encyclopedie/vie-sauvage/ : informations précieuses sur les baobabs et les caméléons

www.who.int/medicine/publications/essentialsmedicines/en/index/html : informations sur les médicaments essentiels de l'OMS

www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/ : informations sur la prévalence du paludisme dans le monde

www.wpf.org : site internet du Programme alimentaire mondial

Sources cartographiques

FTM, IGN, 1994, « Madagascar, Carte routière au 1 / 2 000 000 ».

FTM, 2002, « Madagasiraka », Sarintany Fizika - Carte physique 1 / 6 000 000 ».

FTM, 2005, « Madagasikara, 1/ 2 000 000 ».

FTM, 2005, « Madagasikara, Ireo Faritra 22 - Les 22 régions 1 / 6 000 000 ».

FTM, 2005, « Madagasiraka, Ny Firamoivozana - Les voies de communication » 1 / 6 000 000 ».

IGN, 2010, « Madagascar, 1/ 1 250 000 ».

Entretiens

Nous avons pu nous entretenir avec plusieurs professionnels de santé, dans les jeunes générations motivées, mais quelques anciens nous ont aussi accordé un peu de leur temps. D'autres acteurs locaux, investis dans les communautés rurales, ont accepté de répondre à nos questions, nombreuses et variées. Quelques personnes anonymes ont également accepté de jouer le jeu des questions/réponses, de façon informelle. Quatorze entretiens se sont déroulés dans le Sud, l'un a eu lieu dans la capitale nationale et les quinze autres enfin, dans la région Sofia. La plupart du temps, les extraits d'entretiens repris dans notre texte n'ont d'autre référence que leur numéro d'ordre. Les précisions concernant tout ou partie des caractéristiques socio-démographiques de la personne interrogée ne sont précisées que lorsqu'elles sont indispensables à une lecture correcte de l'extrait d'entretien. La liste suivante donne un certain nombre d'informations pour l'ensemble des trente entretiens, à savoir, dans l'ordre :

- le numéro de l'entretien,
- le sexe et une abréviation du prénom de la personne interrogée,
- la situation matrimoniale de la personne, son activité professionnelle,
- le lieu d'exercice professionnel

E1, Mr G., 58 ans, veuf, 5 enfants, agriculteur et chef de *fokontany*, Belindo.

E 2, Mr A., 29 ans, marié, 2 enfants, chauffeur à la base de MSF (Békily).

E 3, Mr M., 26 ans, marié, 1 enfant, infirmier à l'hôpital public (Békily). Prépare un diplôme universitaire d'éthique et de déontologie, sur le sujet : « Doit-on soigner un malade contre son gré ? ».

E 4, Mle A., 24 ans, célibataire, institutrice en commune rurale (Bélindo).

E 5, Mr L., 30 ans, marié, médecin de CSB rural.

E 6, Mr H., 36 ans, marié, 3 enfants, médecin de CSB rural.

E 7, Mr G., 75 ans, 7 enfants, médecin chirurgien retraité (Belindo).

E 8, Mme E., 30 ans, mariée, médecin MSF.

E 9, Mr N., 34 ans, marié, 2 enfants, agent communautaire et agriculteur (commune rurale d'Anja nord).

E 10, Mme A., 41 ans, mariée, 4 enfants, agricultrice (Békily).

E 11, Mr A., 78 ans, père catholique (Békily). Hyperactif depuis 40 ans, c'est « l'homme qui voit de la bilharziose partout ».

E 12, Mr Y., 30 ans, marié, 4 enfants, agriculteur (Manakoliva).

E 13, Mr H., 51 ans, marié, 4 enfants, chauffeur dans une compagnie privée (Tananarive).

E 14, Mme P., 45 ans, mariée, 6 enfants, commerçante et agricultrice (village d'Ampanamperandrosy).

E 15, Mr D., 39 ans, marié, 2 enfants, artisan, patron d'une menuiserie (Mandritsara).

E 16, Mr B., 27 ans, marié, 2 enfants, professeur en collège privé (Mandritsara).

E 17, Mr J., 32 ans, marié, 3 enfants, natif de Mandritsara, infirmier (Majunga). Président de l'ASSM.

E 18, Mr D., 72 ans, marié, 10 enfants, infirmier retraité (Antsohihy). Bon pied, bon œil.

- E 19, Mme P., 41 ans, mariée, 5 enfants, femme d'agriculteur (commune rurale d'Antsirabe centre).
- E 20, Mr G., 54 ans, marié, 8 enfants, agriculteur (commune rurale de Marotandrano).
- E 21, Mr C., 29 ans, union maritale, médecin de CSB rural.
- E 22, Mr B., 28 ans, marié, médecin de CSB rural.
- E 23, Mr C., 31 ans, marié, infirmier de CSB rural.
- E 24, Mr U., 28 ans, célibataire, interne en médecine (7^è année) à Majunga.
- E 25, Mr M., 32 ans, marié, 1 enfant, natif de Mandritsara, infirmier dans les services administratifs de l'hôpital public (Antsohihy).
- E 26, Mme B., 42 ans, mariée, 1 enfant, médecin de l'hôpital public (Antsohihy).
- E 27, Mr F., marié, 3 enfants, médecin à l'hôpital privé (Mandritsara).
- E 28, Mr A., 23 ans, célibataire, étudiant dans une école de paramédicaux (Antsohihy).
- E 29, Mr F., 48 ans, marié, 1 enfant, philosophe et professeur de philosophie au lycée public (Mandritsara).
- E 30, Mme J., 32 ans, mariée, 2 enfants, sage-femme à l'hôpital public (Mandritsara).

Les entretiens n'ont pas tous été faciles à obtenir. Il a fallu parfois y revenir à deux fois ou plus, avant d'établir une relation de confiance. Sur nos deux terrains, en dehors des zones urbaines, la population a peu de contact avec des étrangers, de surcroît chercheurs dans le domaine de la géographie de la santé. Les entretiens furent libres, mais dirigés vers un problème sanitaire spécifique. Plusieurs questions étaient logiquement orientées (Chapitre 9).

Certaines personnes se sont livrées facilement, avec un besoin parfois impérieux de parler, d'échanger ou même de se confier (E 26, E 3). On recueille ainsi facilement informations, ressentis, préoccupations personnelles ou professionnelles. Ils parlaient sans répondre forcément à des questions précises. A propos de l'entretien 3 : il s'agit d'un infirmier qui a tout compris, qui fait la part des choses. Chacune de nos rencontres a duré des heures, faites de discussions animées et sans tabou. Il rédige actuellement un mémoire de master sur la déontologie. Toute une histoire, qu'il tente d'étudier et analyser sur le terrain, dans ses relations avec les malades, dans ses relations avec les étrangers : *« ils sont de passage, nous c'est toute notre vie. On va rester quand ils seront repartis dans leurs pays, privilégiés. Nous, on doit penser à l'avenir pour s'en sortir au mieux »*. Les personnes les plus prolixes furent les « anciens », fiers de partager une vie riche d'expériences (E 7, E 18), fiers tout simplement de leur parcours, de ce qu'ils ont accompli et surtout des soins qu'ils continuent de prodiguer.

Les médecins furent assez réservés, lors d'un premier contact. Ils n'avaient pas saisi immédiatement les objectifs et les finalités de notre recherche. Ainsi ils répondaient à nos questions par d'autres questions : *« Vous êtes de passage, nous on vit la situation au quotidien, c'est notre vie d'ailleurs. Comment pouvez vous comprendre nos problèmes ? »* (E 6). Eux travaillent sur le terrain, ils sont les acteurs majeurs du système de soins. Ils sont impliqués dans une communauté mais n'ont pas de vision d'ensemble du territoire : cela ne fait partie ni de leurs prérogatives, ni de leurs préoccupations.

L'entretien demandait alors plus de temps, du tact et de la persuasion. Ils étaient agréablement surpris de nous voir de retour après plusieurs mois : « *Ah oui, je me souviens de vous. Quelles sont les nouvelles ?* (E 5) ». Encore une question en guise de réponse, mais la glace était définitivement rompue.

Deux infirmiers enthousiastes (E 17, E 25) se sont livrés avec passion. Ils sont impliqués dans la santé en milieu rural, à l'échelle de la région Sofia. L'un est le président d'une association sanitaire, bien implantée localement ; il propose et accomplit une dizaine de missions en zone rurale chaque année, sans tapage ni publicité excessive ; il a su s'entourer d'une équipe responsable. L'autre a un poste administratif stratégique : il gère les statistiques sanitaires de la région, mais il passe tout son temps libre à prodiguer des soins à la campagne. Ils sont originaires du district de Mandritsara tous les deux et ont une bonne connaissance des lieux et de la mentalité de la population rurale.

Les personnes discrètes et celles qui ne livrent rien ont-elles quelque chose à cacher et donc à taire ? Certains ont montré peu d'intérêt à nos travaux, car ils n'ont rien à y gagner ! Nous citons quelques paroles entendues ça et là, au fur et à mesure dans le texte. Elles ne sont pas numérotées.

Ces entretiens représentent un élément important de notre travail. Que tous ceux qui y ont participé soient remerciés ici. Chacun y a consacré une partie de son temps, un morceau de sa vie et a parlé avec ses propres mots. Les réponses furent spontanées et sincères ; la plupart des conversations furent établies sans intermédiaire, sauf mention spéciale.

Lexique

Adabo : plante médicinale

Aina : « Flux vital »

Aloalo : art funéraire

“*Ant*” : habitant

Antaloatra : les gens de la mer

Aoly : talisman

Ariary : monnaie malgache

Avaratra : nord

Aviavy : ficus

Basy : fusil de fabrication artisanale

Bazarikely : petit marché

Bekalapake : nom donné à la sécheresse du Sud malgache, en 1986

Bilo (salamanga, sandratse) : exorcisme

Boky mena : livre rouge

Bongolava : relief de plateau (Ouest malgache)

Borizano : bourjane

Dahalo : voleur de boeufs

Doro-tanety : feu de brousse

Fady : tabou, interdit

Famadihana : pratique funéraire (retournement des morts)

Famata mainty : plante médicinale

Fanafoly : médicament

Fantsiholitra : Euphorbe arborescente

Fantsiolotsy : variété d'épineux du Sud malgache

Faritany : province

Faritra : région

Fatidra : lien du sang

Fihavanana : principe fondé sur la solidarité naturelle entre les hommes

Filanzana : chaise à porteurs

Fivondronana : région administrative

Foko : cellule familiale

Fokonolona : communauté villageoise (unité communautaire de référence dans la société malgache)

Fokontany : village, quartier

Fomba : usage (le contraire d'un tabou)

Habobo : lait caillé

Habokana : lèpre

Havana : parenté

Hazomanga : poteau funéraire

Ievoha : plante médicinale

Imerina : « d'où la vue porte loin ». Région historique des Hautes Terres centrales de Madagascar.

Jangoany : « se soulager dans la nature » (Mandritsara)

Kanakana : canard

Kanalore : esprit malfaisant

Kibory : maison funéraire commune (tombeau lignager)

Kily : tamarin

Kitay : feu de bois

Kitro : manche de sagaie

Kizo : petit larcin

Kokolampo : génie de la nature

Konoke : poudre de manioc

Kotika : plante médicinale

Lavaka : trou, fosse, creux

Lonake : tombeau

Mahavotsy : plante médicinale

Malak' ankanjo : sécheresse dans le Sud en 1982

Mamany lio : urines rouges

Mamboly : cultivateur

Marary : malade

Marotaola : grande famine du Sud malgache (1941-44)

Miandravana : rite funéraire

Moasy : devin-guérisseur, prêtre

Mpafaka : voleur de cœur

Mpanafaka : devin

Mpaka : voleur de sang

Mpamoasavy : sorcier, enchanteur

Mpisikidy (mpisikily) : devin du sikily

Mpisoro : patriarche, chef d'un lignage (Sud)

Nimo : plante médicinale

Nomba : femme stérile

Ombiasy : devin-guérisseur

Omby : bœuf à bosse (zébu), bovidé

Raketa : une sorte de figuier de Barbarie

Rano : eau

Ranomafana : eau chaude (source thermale)

Ranovato : pierre creuse (pour la conservation de l'eau pluviale dans le Sud)

Raoky : vol de bœufs avec violence

Razana : ancêtre

Razana ambony : prophète (religion traditionnelle Tsimihety), ancêtre très éloigné

Resely : plante médicinale

Ringa : lutte traditionnelle malgache

Romba : plante médicinale

Rova : palais, citadelle

Roy pitiky : mimosée épineuse (Sud)

Sabotsy : samedi

Sabotsy Be : le grand marché du samedi

Sakasaka : puits

Sakoa : variété de cactus du Sud malgache

Salama : santé

Santiravy - Savatra : circoncision

Seva : plante médicinale

Sikily : horoscope traditionnel

Sojabe : cercle ou conseil des anciens

Soka-bala (Sovoky) : vol de bœufs

Sorabe : la grande écriture

Soro : invocation des ancêtres

Tafiky : bande de voleurs

Tampoketsa : relief de plateau

Tany maty : terre morte (infertile)

Tanindrazana : lieu d'origine des ancêtres

Taolambalo : le squelette

Tavy : culture sur brûlis

Teza : poteau funéraire sculpté

Tia rano : « qui aime l'eau »

Tiokatimo : vent du Sud, desséchant

Totakely : vol de bœufs organisé

Trongatsy : plante médicinale

Tromba : état de transe dans un contexte d'exorcisme

Tsara : bon

Tsimatavindrano : plante médicinale

Tsingilofilo : arbuste du Sud

Tsingy : montagne (pic rocheux)

Tsiny : esprit malfaisant

Vahombe : plante médicinale

Vary : riz

Vatolahy : stèle (pierre levée)

Vazimba : population primitive

Vintana : destin

Vorovory : signes tracés sur une maison, indiquant la présence d'un malade

Vovo : trou d'eau, puits

Zanahary : Dieu

Glossaire

AES : alimentation en eau du Sud.
AFKM : Parti du congrès de l'indépendance.

AMCM : Association des médecins communautaires de Madagascar.

AMI : Assistance Médicale Indigène.

APD : aide publique au développement.

Arénacé : qui concerne le sable, relatif aux caractéristiques et à la forme du sable.

ARUP : Association reconnue d'utilité publique.

ASSM : Association sanitaire Sofia Madagascar.

AVC : accident vasculaire cérébral.

BMH : Bureau municipal d'hygiène (Tananarive).

Bourjane (*borizano*) : porteur de colis et de *filanzana*, la chaise à porteurs qui était le moyen de transports en usage par les colons au début de siècle dernier à Madagascar.

Bouvier : meneur de troupeau.

BPI : basses pressions intertropicales.

CISCO : circonscription scolaire.

CAID : campagne d'aspersion intra domiciliaire.

CARE : *Cooperativ for Assistance and Relief Everywhere*.

CGCS : Comité de gestion des centres de santé.

Check-point : poste de contrôle.

CHD : Centre hospitalier de district.

CHRR : Centre hospitalier régional de référence.

CHSP : Comité d'hygiène et de santé publique.

CHU : Centre hospitalier universitaire.

CISCO : Circonscription scolaire.

CLTS : Community-Led Total Sanitation.

CM : Circonscription médicale.

CNOH : Commission nationale d'organisation hospitalière.

CNHSP : Commission nationale d'hygiène et de santé publique.

COI : Comité de l'océan Indien.

CSB : Centre de santé de base.

CSH : Comité supérieur d'hygiène.

CSP : catégorie socio-professionnelle.

DCI : dénomination commune internationale.

DGSP : Direction générale de la santé publique.

DRS : Direction régionale de la santé.

DS : District sanitaire.

DSRP : Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

Dystocique : pathologique, en parlant d'une grossesse. Il peut s'agir d'un fœtus trop gros ou d'un bassin maternel trop étroit, d'une présentation anormale ou la survenue d'une pathologie intercurrente chez la mère (hypertension artérielle, diabète gestationnel).

Edaphique : facteur écologique lié au sol.

EDS : Enquête démographique et de santé.

Endémie : une maladie **endémique** est une « *maladie sévissant de façon permanente dans des populations de taille variable* » (PICHERAL, 2001). Il s'agit d'un phénomène de masse avec des limites spatiales précises et doté d'une certaine stabilité. Elle peut constituer le point de départ d'une **épidémie** (nombre excessif de cas de maladie aux dépens d'une population

limitée : on peut parler de pic épidémique) ou d'une **pandémie** (manifestation de masse d'une maladie transmissible, limitée dans le temps mais couvrant plusieurs continents).

Endoréique : mode d'écoulement des eaux superficielles aboutissant à une dépression fermée, sans exutoire vers la mer.

ENSOMD : Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement.

EPM : Enquête permanente auprès des ménages.

EPP : Ecole primaire publique.

Ericacée : famille de plantes à fleurs, cosmopolite, comportant plus de 1300 espèces (petits arbres et lianes ligneuses, arbustes ou sous-arbrisseaux).

Etiage : Le plus bas niveau des eaux, le plus faible débit.

EVBS : espérance de vie en bonne santé.

FAO : Food and Agriculture Organization. Organisme indépendant mais rattaché aux Nations Unies, chargé des problèmes de développement de l'agriculture et de l'alimentation dans le monde.

FED : Fonds européen de développement (type d'aide multilatérale coordonnée).

FFBBM : *Fivondronan'ny Fiangonana Batista Biblika Eto Madagasikara* (culte protestant).

FHVFE : fièvre hémorragique à virus Ebola.

FJKM : *Fiangonana Jesosy Kristy eto Madagasikara* (culte protestant).

FMI : Fonds monétaire international.

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population.

Foehn : vent descendant, réchauffant et desséchant par l'effet de la subsidence.

FTM : *Foiben-Taosarintanin'i Madagasikara* (Service de cartographie officiel de Madagascar).

Graben : fossé.

GTZ : *Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit*.

HCCI : Haut conseil de la coopération internationale.

Hématurie : présence de sang dans les urines, visible (macroscopique) ou non.

Horst : unité de relief, exhauscée, de taille variable, produite par la tectonique.
Hot Spot : point chaud.

HVM : *Hopitaly Voavoa Mahafaly* (hôpital de la bonne nouvelle).

IDH : indice de développement humain.

Idiopathique : sans cause.

Ilménite : minerai de titane (exploité dans le Sud-Est de Madagascar depuis 2006 par la société canadienne QMM).

IMC : indice de masse corporelle.

IMC : infirme moteur cérébral.

Indice Ibrahim Mo : Elaboré par une équipe de politologues autour de 86 indicateurs, il ambitionne d'évaluer objectivement la gouvernance de 52 États africains: corruption, droits de l'homme, vie politique, enseignement, santé...

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques (France).

INSTAT : Institut national de statistiques (Madagascar).

IOI : Institut de l'océan Indien.

IPM : Institut Pasteur de Madagascar.

IRA : Infection respiratoire aiguë.

IRD : Institut recherche et développement.

IST : infection sexuellement transmissible.

IVG : interruption volontaire de grossesse.

Khat (*bush tea*) : plante dont les feuilles sont mâchées pour lutter contre la fatigue.

Kola : la noix de kola, au goût amer, est recherchée pour un effet stimulant.

Lazaret (du latin *lazarus* : lépreux) : pavillon d'isolement où l'on accueillait autrefois les sujets en quarantaine ou atteints d'une maladie contagieuse.

LMS : *London Missionary Society*.

MAHEFA : *Malagasy Heniki Fahasalamana* (« la capacité de réaliser quelque chose »).

Malacologique : relatif aux mollusques.

Malaria (de l'italien *mala aria* : mauvais air, par allusion aux marais) : paludisme.

MDM : Médecins du monde.

MGC : Médecin généraliste communautaire.

MG France : Syndicat français de médecins généralistes.

MICS : Enquêtes à indicateurs multiples (Unicef).

MID : moustiquaire imprégnée à longue durée.

MOI : Médecins de l'océan Indien.

Morbilliforme : relatif à la rougeole.

Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes durant une même année ; elle peut se décomposer selon le stade de survenue du décès. La mortalité fœtale correspond au décès du fœtus (de la date de conception jusqu'à 22-26 SA (on parle aussi de fausse couche). La mortinatalité se produit entre 26 SA et le terme. La mortalité périnatale survient entre 26 SA et le 7^e jour de vie. On parlera de mortalité néonatale précoce pour un décès entre la naissance et le 7^e

jour et de mortalité néonatale tardive entre le 7^e et le 28^e jour de vie. Entre 28 jours et un an, il s'agira d'une mortalité post-néonatale.

Mortalité juvénile : rapport des décès d'enfants de 1 à 4 ans révolus à la population du même âge.

MSF : Médecins sans frontières.

MTN : maladie tropicale négligée.

NMS : *Norwegian Missionary Society*.

Nosocomial (du grec *nosos*, maladie et *komein*, soigner) : infection contractée en milieu hospitalier.

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement.

OMS : Organisation mondiale de la santé.

ONG : Organisation non gouvernementale.

ONU : Organisation des Nations Unies.

Ordalie : jugement de Dieu.

ORL : Oto-rhino-laryngologiste.

PAM : Programme alimentaire mondial.

Patrilinéaire : système de filiation dans lequel chaque individu relève du lignage de son père (résidence, héritage, qualité sociale).

Patrilocal : principe selon lequel un nouveau marié s'installe dans le village de son père.

PCT : traitement de la lèpre.

PDL MTN : Plan de lutte contre les maladies tropicales négligées.

PEV : Plan élargi de vaccinations.

PEVD : Pays en voie de développement.

Philistinisme : attitude, comportement d'une personne fermée à la culture, aux nouveautés.

PIRP : prévention des invalidités et réadaptation physique.

PMA : paquet minimum d'activité.

PMA : Pays les moins avancés.
 PNB : Produit national brut.
 PNC : Programme de nutrition communautaire.
 PNDS : Plan national de développement sanitaire).
 PNLT : Programme National de lutte contre la tuberculose.
 PNS : Politique nationale de santé.
 PNUD : Programme des nations unies pour le développement.
 PNV : Programme national de vaccination.
Porteur sain : sujet hébergeant un agent pathogène sans être malade, mais pouvant le transmettre à son entourage. Il peut être temporaire ou chronique.
 PPTE : Pays pauvres très endettés.
Prophylaxie : mesure visant à prévenir le développement des maladies.
 PSSA : Programme spécial de sécurité alimentaire.

 REM : Réseau épilepsie Madagascar.
 RN : route nationale.
 ROR : Réseau d'observatoires ruraux.
Rupicole : qui vit sur les rochers.

 SADC : Southern African Development Community.
 SAMU : Service d'aide médicale d'urgence (France).
Sangoma : guérisseur traditionnel sud-africain.
Savoka : formation végétale secondaire après défrichement, formée notamment de bambou (Madagascar).
 SEECALINE : Surveillance et éducation des écoles et des communautés en matière d'alimentation et de nutrition élargie.
Sempervirente : type de forêt tempérée composée d'arbres aux feuillages persistants.

Serial killer : Tueur en série.
 SF : sage-femme.
Skiascope (rétinoscope): appareil d'optique permettant de mesurer le pouvoir réfringent de l'œil. Il peut apprécier les anomalies de réfraction (myopie, hypermétropie, astigmatisme).
 SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation (France).
Spéciation : apparition d'une espèce. Développement d'un véritable système original.
Splénomégalie : augmentation du volume de la rate (pathologique).
 SRS : Service régional de la santé.
 SSD : Service de santé de district.
 SSP : Soins de santé primaire.
Tinette : fosse d'aisance, construite à Madagascar au début du XXe siècle, pour lutter contre la peste.
Trachyte : roche volcanique caractérisée par la présence de feldspath alcalin, une teneur en silice assez élevée et le manque presque total de quartz.

 UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance.
 UPDR : Unité de politique et de développement rural.
 USA : *United States of America*.
 USAID : *United States Agency for International Development*.

 VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

 WWF : *World wildlife fund* (Organisation mondiale de protection de la nature).

Annexes

ANNEXE 1 : Détail des missions de terrain

Nous sommes basés à l'île de la Réunion. Il y a plusieurs voies aériennes pour se rendre à Madagascar et sur nos terrains de recherche. Nous avons effectué six séjours à Mandritsara et trois à Békily au cours des années 2012-2014.

Les recherches à Mandritsara

* Janvier 2012. La saison des pluies bat son plein. Vol Réunion – Majunga. Il faudra trois jours de taxi-brousse pour se rendre à Mandritsara (nombreux radiers submergés) et deux jours pour le retour. Prises de contact et démarches administratives. Premières incursions dans la brousse. Séjour d'un mois. Enseignement à l'université (Deug de géographie).

* Avril 2012. Fin de la saison des pluies. Vol Réunion – Tananarive. Taxi-brousse Tananarive – Mandritsara (deux jours pour l'aller, autant pour le retour). Poursuite des recherches (hôpital public, hôpital privé, CSB) durant un mois. Enseignement à l'université.

* Octobre 2012. Fin de la saison sèche,. Vol Réunion – Tananarive. Déplacement en taxi-brousse vers Mandritsara (deux jours). Conditions climatiques locales difficiles, beaucoup de vent et de la poussière en prime. Toutes les rivières sont à sec. Questionnaires en ville et dans les communes rurales. Relevé des bornes fontaines

* Décembre 2013. Vol Réunion – Tananarive. Rencontre du directeur de l'institut Pasteur dans la capitale. On se rend sur le terrain en taxi-brousse. Enquêtes dans les dépôts de médicaments. Recherche dans la commune d'Antsirabe Centre. Hélimissions à l'hôpital HVM. Epidémie de peste dans le Sud du district. Inauguration de la nouvelle université de la ville (les bâtiments du moins), mais il n'y a pas encore de date de reprise des cours par absence d'enseignants. La mission dure un mois.

* Mars 2014. Fin de la saison des pluies. Vol de l'île de la Réunion à l'île de Nosy Be. Traversée en bateau rapide (30 minutes). Taxi-brousse d'Ambanja vers Antsohihy puis Mandritsara. Séjour de deux semaines. Pour le retour, c'est un voyage extraordinaire.

*Août 2014. Saison sèche. Vol Réunion – Nosy Be. Séjour de 6 semaines dans la région Sofia. Les circoncisions de masse à Port-Bergé. Recherches dans la commune rurale de Marotandrano. Mission humanitaire à Bealanana.

Les entretiens se sont déroulés lors de chacun des séjours, au fur et à mesure.

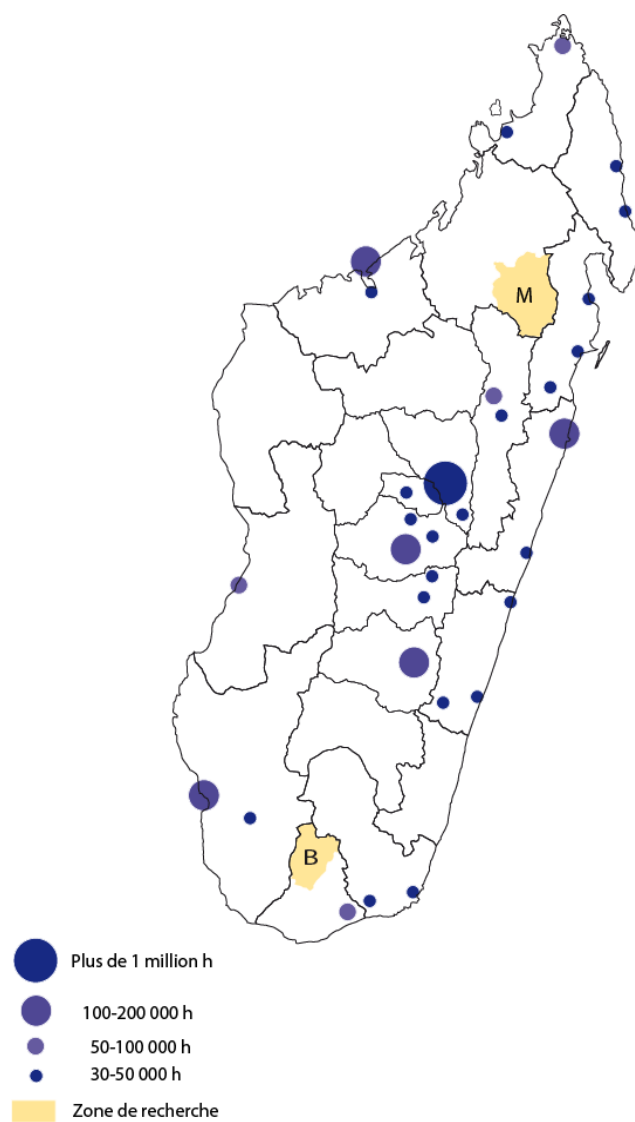
Les recherches à BEKILY

* Septembre 2012. C'est la fin saison sèche et la fin d'une épidémie de paludisme. Vol Réunion – Tananarive. RN7 entre Tananarive et Tuléar, puis route secondaire vers Békily. Retour : route secondaire vers Fort-Dauphin puis vol vers Tananarive. Collaboration avec MSF pour étudier les mécanismes de transmission de la bilharziose dans le district. Nombreuses rencontres avec des élus et des professionnels de la santé. Tensions sociales très fortes dans le Sud malgache et insécurité (vols de zébus).

* Février et mars 2013. Fin de la courte saison des pluies. Les pistes sont très dégradées. Séjour de six semaines. Vol Réunion – Tananarive – Fort-Dauphin. Inauguration de la nouvelle université d'Ambovombe. Rumeurs à propos d'une épidémie de rage dans la ville de Békily. Recherche dans plusieurs communes rurales. Nombreux entretiens avec la population et des professionnels de santé. Le retour se fera par voie routière vers la capitale (voyage extraordinaire). L'insécurité persiste.

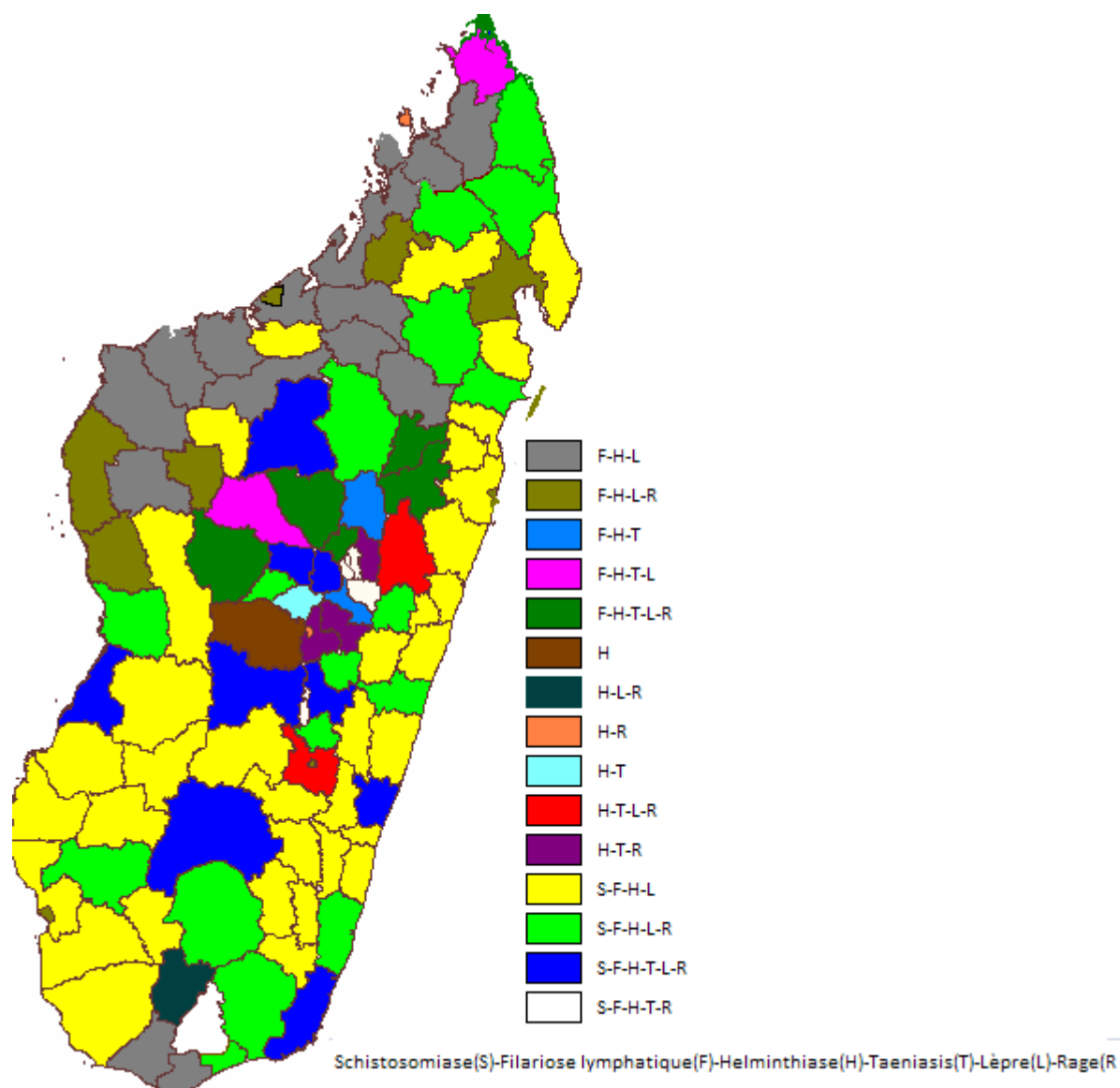
* Février 2014. Vol Réunion – Tananarive – Fort Dauphin. Nous circulons dans le Sud malgache. L'insécurité est majeure. Les autorités nous déconseillent fortement de se rendre à Békily. La chronique rurale prend forme. Il s'agira d'une mission interrompue.

ANNEXE 2 : Situation régionale des principales villes de Madagascar



Conception et réalisation : P.Kannapel

ANNEXE 3 : Carte de co-endémicité des maladies tropicales négligées par district
(Source : Ministère de la santé, 2012, p. 24)



ANNEXE 4 : Les huit Objectifs du millénaire pour le développement par cible

Objectif 1 : Faire disparaître l'extrême pauvreté et la faim.

Cible 1 : Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.

Cible 2 : Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population souffrant de la faim.

Objectif 2 : Garantir à tous une éducation primaire.

Cible 3 : D'ici 2015, donner à tous les enfants les moyens d'accomplir un cycle complet d'études primaires.

Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Cible 4 : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici 2015.

Objectif 4 : Réduire la mortalité des enfants.

Cible 5 : Réduire des deux tiers d'ici 2015 le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

Cible 6 : Réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle d'ici 2015.

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies.

Cible 7 : Enrayer la propagation du VIH/sida d'ici 2015 et commencer à inverser la tendance actuelle.

Cible 8 : Enrayer la propagation du paludisme d'ici 2015 et inverser la tendance actuelle.

Objectif 7 : Assurer la durabilité des ressources environnementales d'ici 2015

Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales.

Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici 2015, la proportion de la population n'ayant pas accès de manière durable à un approvisionnement en eau potable et à un dispositif d'assainissement de base.

Cible 11 : Parvenir d'ici 2020 à améliorer la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Cible 12 : Instaurer un système financier plus ouvert intégrant bonne gouvernance et lutte contre la pauvreté.

Cible 13 : Subvenir aux besoins spécifiques des pays les moins avancés (allègement et annulation de la dette publique bilatérale, augmentation de l'APD).

Cible 14 : Subvenir aux besoins spécifiques des pays enclavés et des petits Etats insulaires en développement.

Cible 15 : Engager une démarche globale pour régler le problème de la dette des pays en développement.

Cible 16 : Créer des emplois productifs pour les jeunes.

Cible 17 : Proposer des médicaments essentiels accessibles à tous.

Cible 18 : Mettre à la disposition de tous les bienfaits des nouvelles technologies.

ANNEXE 5 : Extraits de l'article de presse « DEBOIRES ET ZEBUS », Le Quotidien de la Réunion, Mercredi 20 juin 2012, p.18.

« Une centaine de voleurs de zébus, retranchés en pleine brousse, défiaient toujours les forces de l'ordre, hier dans le sud-est de Madagascar, plus de dix jours après une embuscade qui a coûté la vie à des gendarmes venus les interpellier. Une quinzaine de victimes sont d'ores et déjà à déplorer ».

« Dix jours après les premiers affrontements, la situation est toujours tendue dans la région de Befotaka (localité à 50 km de Fort Dauphin). Le 9 juin, alors qu'ils pourchassaient des voleurs de zébus, des gendarmes étaient tombés dans une embuscade dans un lieu particulièrement escarpé. Le premier bilan faisait état de 5 victimes et 6 personnes disparues parmi les forces de l'ordre. Les voleurs de bétail (appelés dahalo) avaient riposté avec des armes lourdes selon des sources proches de la gendarmerie et s'étaient ensuite enfuis vers un village, prenant en otage une partie de ses habitants. Nombre de riverains avaient alors décidé de fuir vers Fort Dauphin pour échapper aux voleurs. Selon un chiffre des Nations Unies, un millier de déplacés ont été signalés parmi lesquels « 800 personnes dans une position de vulnérabilité » selon Steve Lauwerier, coordinateur résident des Nations Unies à Madagascar ».

« Lundi dernier onze corps ont été découverts sur un sentier perdu au milieu d'une végétation abondante, huit des onze corps portaient un uniforme (...) Pas d'action coordonnée des ministères concernés (...) L'enquête suit son cours pour démanteler le réseau et identifier les responsables à tous les niveaux. Une des premières actions du gouvernement sera d'interdire provisoirement les exportations de zébus » a annoncé la Primature dans un communiqué publié lundi. Une délégation ministérielle emmenée par le premier ministre s'était rendue sur place le week-end dernier, dans la région d'Amboasary Atsimo. Près d'une centaine d'hommes avaient été envoyés en renfort, dont des éléments spécialisés dans la prise d'otages. Des moyens aériens ont également été réquisitionnés. « Nous ne savons pas si nous allons donner l'assaut, cela dépend de l'attitude des dahalo. Nous comptons utiliser la force en dernier recours » a expliqué à l'AFP le colonel Rakotomalala, chef de service des opérations de la gendarmerie nationale. « Nous soutenons le gouvernement dans leurs efforts pour trouver une solution pacifique à ce problème » a déclaré le coordinateur de l'ONU. Les dahalo bénéficieraient d'un réseau de corruption et de complicité dans l'administration pour écouler leurs marchandises vers la capitale. Les pouvoirs publics ont décidé lundi de suspendre ces exportations dans la région sud-est, ce qui a entraîné une tension entre certains membres du gouvernement. La ministre de l'élevage s'est demandé si cette mesure était vraiment efficace pour lutter contre les vols. « Il n'y a pas d'action coordonnée des ministères concernés pour lutter contre ce trafic » a déploré le colonel Rakotomalala. « Nous avons du mal à faire face car nous manquons de moyens. Utiliser des hélicoptères de l'armée coûterait trop cher. »

ANNEXE 6 : Répartition de bilharzioses à Madagascar à la fin des années 1970
(COULANGES, 1977)

LES BILHARZIOSES A MADAGASCAR

109

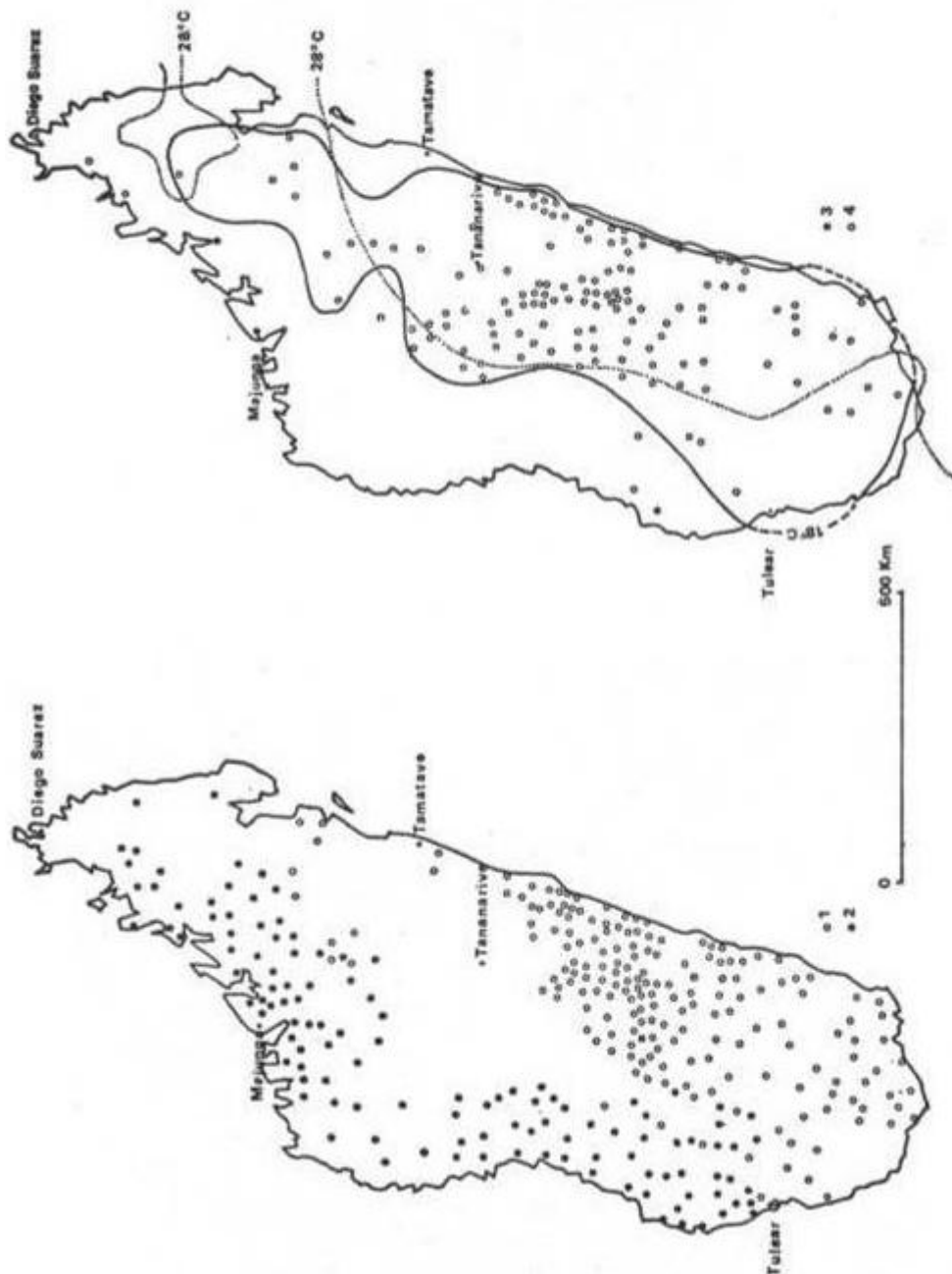


Fig. 1 (à gauche). - Répartition comparée des deux bilharzioses à Madagascar. Carte extraite de « Les bilharzioses humales à Madagascar » par E.R. Brygoo. Chaque point signale un canton infesté. Point blanc : bilharziose à *Schistosoma haematobium* (urinaire). Rond blanc : bilharziose à *Schistosoma mansoni* (intestinale).
Fig. 2 (à droite). - Répartition des « hôtes » des *Schistosomes*. Même source que fig. 1. Rond blanc : canton infesté par *Blomphalaria pfeifferi*, hôte intermédiaire de *S. mansoni*. Point noir : canton infesté par *Bulinus obtusipira*, hôte intermédiaire de *S. haematobium*. Isothermes : maximums et minimums annuels moyens.

ANNEXE 7 : Modèle de fiche d'activité de CSB, que les responsables des centres doivent remplir chaque mois pour l'administration sanitaire

Maladies	0- 28j	29j - 11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-24 ans	25 ans et +	Total	Référés
Diarrhée sans déshydratation								
Diarrhée avec déshydratation								
Toux ou rhume								
Pneumonie								
Pneumonie grave								
Autre IRA								
Paludisme simple								
Toux suspecte de tuberculose								
Coqueluche								
Eruption morbilliforme (vacciné)								
Eruption morbilliforme (non vacciné)								
Tétanos								
Ecoulement génital								
Ulcération génitale								
Suspicion VIH								
Méningite								
Parasitose digestive								
Suspicion cysticercose								
Suspicion rage humaine								
Affection cardiovasculaire								
Affection cutanée								

Affection bucco-
dentaire
Affection œil et
annexes
Affection
digestive
Affection ostéo-
articulaire
Affection
mentale
Affection
neurologique
Asthme
Hypertension
artérielle
Affection de
l'oreille
Malnutrition
Spasmophilie
Suspicion de
diabète
Suspicion de
drépanocytose
Traumatisme
Autre pathologie

Total

ANNEXE 8 : Fiche du questionnaire utilisé dans l'enquête sur la bilharziose dans le district de Békily (Septembre 2012)

NOM DU VILLAGE :
N°

DATE

QUESTIONNAIRE ENQUETE BILHARZIOSE DISTRICT BEKILY

- Groupe ethnique
- Depuis quand habitez – vous ici ?

Des questions sur les habitants de la maison :

Composition de la famille et profession

- Homme :
- Femme :
- Enfant :
- Equipement WC : Oui - Non

Etat de santé de la famille :

De quelle maladie êtes – vous atteint ?

- Si oui :
- Si non :
 - Pipi rouge
 - Gros ventre
 - Vomissements de sang Oui - Non
 - Combien de sang : un peu – beaucoup

Des questions sur les pratiques sociales et les déplacements

- Présence de canards : Oui – Non
 - Maison
 - Village
- Lessive : Où ? et à quelle heure ?
- Toilette (bain) : Où ? et à quelle heure ?
- Miction (pipi) : Où ?
- Défécation (caca) : Où ?

Des questions sur les pratiques traditionnelles

- Plantes médicinales connues ?
Noms habituels ?
Et pour quelles maladies ?
- Pratique de l'Ombiasa ? Oui – Non et pour quelles maladies
- Connaissance de la bilharziose (transmission) / OUI – NON

ANNEXE 9 : Extraits de la presse écrite malgache retraçant les événements politiques pour la période 2009-2013

Revue de la presse malgache (La Tribune de Madagascar, La Vérité, L'Express de Madagascar)

Année 2009

17 janvier : première manifestation dans les rues de la capitale, conduite par le jeune maire, en conflit avec le président. **26 janvier** : appel à la grève générale (Rajoelina), suite à la fermeture arbitraire de sa chaîne de télévision, par le gouvernement. Les manifestations dans les rues tournent à l'émeute, agrémentée de pillages, faisant plus de 80 victimes. Cette journée a été qualifiée de « Lundi noir » par les médias locaux. **07 février** : nouveau bain de sang (une trentaine de morts sera recensée) dans les rues de la capitale, suite à l'ordre donné à la garde présidentielle de tirer sur la foule des partisans du maire. Ils poursuivent les manifestations en réclamant la fin de la « dictature ». **17 mars** : démission du président M. Ravalomanana. Il transmet le pouvoir à un directoire militaire. L'armée avait posé un ultimatum aux autorités civiles pour sortir de la crise. **21 mars** : A. Rajoelina prête serment en s'auto-proclamant président d'une « Haute Autorité de la transition » et promet d'organiser rapidement des élections. La cérémonie d'investiture est boycottée par la communauté internationale, qui assimile cette prise de pouvoir à un coup d'Etat. **30 mars** : Exclusion de Madagascar de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC). **09 août** : signature, sous l'égide de la SADC, de l'accord de Maputo (Mozambique) entre le président de fait, A. Rajoelina et les trois anciens présidents sur la constitution d'un gouvernement de transition et un calendrier pour la tenue des élections. Rejet de l'accord par la Haute autorité.

Année 2010

01 janvier : suspension de Madagascar de la liste des pays africains jouissant d'un droit d'accès préférentiel pour leurs produits au marché américain dans le cadre de l'AGOA (African Growth and Opportunity Act). **17 mars** : expiration de l'ultimatum fixé par l'UA pour la mise en place des accords de Maputo. L'UA impose des sanctions contre 109 personnalités malgaches, dont A. Rajoelina. **07 juin** : l'UE suspend son aide au développement à Madagascar. **28 août** : l'ancien président est condamné par contumace aux travaux forcés à perpétuité, dans le procès des auteurs de la tuerie de février 2009. **Novembre** : tentative de mutinerie d'officiers de l'armée appelant à renverser le régime. **11 décembre** : Promulgation par le régime de la Transition d'une nouvelle Constitution adoptée par référendum populaire, instaurant la IV^e République. Abaissement à 35 ans l'âge d'éligibilité à la présidence pour permettre à Rajoelina de se porter candidat à la magistrature suprême. La mise en place de l'élection présidentielle suivie d'élections législatives et communales prendra encore quelques mois de réunions, réflexions, rancœurs et éviction de certains candidats controversés, à la recherche d'une réconciliation nationale.

Année 2011

22 juillet : répression sanglante par l'armée d'une mutinerie sur une base militaire proche de l'aéroport de Tananarive. **16 septembre** : Publication par la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC) d'une feuille de route prévoyant la formation d'un nouveau gouvernement et le retour sans conditions de l'ex-président Ravalomanana. Elle est entérinée par les grands dirigeants politiques du pays. **28 octobre** : Nomination d'un gouvernement d'union nationale et d'un Parlement de transition. L'opposition critique la prépondérance de l'entourage de Rajoelina dans le nouveau gouvernement, mais décide de le soutenir. **05 décembre** : annonce par l'UE de la reprise, et sous conditions, de son aide.

Année 2012

14 avril : adoption d'une loi d'amnistie qui exclut M. Ravalomanana, condamné à plusieurs reprises pour la mort des manifestants de 2009 ; Le président déchu reste sous le coup du mandat d'arrêt ordonné par la Haute autorité de transition. **08 août** : échec des pourparlers entre Ravalomanana et Rajoelina aux Seychelles.

Année 2013

16 janvier : engagement solennel par A. Rajoelina de renoncer à disputer le scrutin présidentiel. **03 mai** : Volte-face. Rajoelina revient sur son engagement et dépose sa candidature à l'élection présidentielle, accusant la communauté internationale d'avoir autorisé l'épouse de M. R. à se porter candidate. **17 août** : Annonce par la nouvelle Cour électorale spéciale (CES) d'une nouvelle liste de 33 candidats autorisés à solliciter le suffrage universel. Sous la pression de la communauté internationale, la CES a invalidé 8 candidatures, dont celles de Lalao Ravalomanana, A. Rajoelina et Didier Ratsiraka. L'élection qui devait avoir lieu en mai puis en août est fixée au 25 octobre. La population de la Grande Île, exaspérée par les turbulences politiques que leur pays traverse depuis cinq ans, compte sur cette élection pour renouer enfin avec l'ordre constitutionnel et l'Etat de droit. **24 septembre** : Lancement officiel de la campagne électorale. « Le **25 octobre 2013** est fixé comme jour d'élection présidentielle, censée mettre un terme à la longue crise politique. Le scrutin est attendu par la communauté internationale qui avait fait pression pour qu'elle se tienne enfin, avant la fin de l'année. Trente trois candidats promettent le changement à 7,8 millions d'électeurs. L'objectif est le redressement du pays, qui selon l'indice Ibrahim Mo de la gouvernance en Afrique place Madagascar à la 37^e place avec un indice de 45,7, entre le Togo et la Libye. C'est la nation africaine qui a le plus régressé depuis 6 ans (- 12,8 points). Les pays du continent sont passés au crible en recoupant les données recueillies par un réseau d'experts, ils reçoivent ensuite une note sans complaisance (de 1 à 100) et font l'objet d'un classement. En 2011, pour 52 pays, l'Indice moyen est de 51,6 ; l'Île Maurice, notée 82,9, était première de la classe, la Somalie, avec 8, bonne dernière. La Banque mondiale a estimé une croissance nulle depuis 2009, alors que le taux se situait à près de 5% auparavant. Il s'en suit une paupérisation croissante de la population et un accroissement supplémentaire des inégalités. L'économie malgache est exsangue. Les aides extérieures ont été coupées depuis le début de la crise institutionnelle ». **20 décembre** : Tenue (éventuelle) du deuxième tour du présidentiel, jumelé avec les législatives.

ANNEXE 10 : Charte de MEDECINS SANS FRONTIERES

« Les Médecins Sans Frontières apportent leur **secours** aux **populations en détresse**, aux victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance, **sans aucune discrimination** de race, religion, philosophique ou politique.

Ouvrant dans la **neutralité** et en toute **impartialité**, les Médecins Sans Frontières revendiquent, au nom de l'éthique médicale universelle et du droit à l'**assistance humanitaire**, la liberté pleine et entière de l'exercice de leur fonction.

Ils s'engagent à respecter les principes déontologiques de leur profession et à maintenir une totale **indépendance** à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

Volontaires, ils mesurent les risques et périls des **missions** qu'ils accomplissent et ne réclameront pour eux ou leurs ayants droit aucune compensation, autre que celle que l'organisation sera en mesure de leur fournir ».

ANNEXE 11 : Les actions en cours de l'ONG Santé Sud

Cette organisation intervient dans quatre voies, pour 10,6 millions de bénéficiaires. Voici les principales opérations engagées en 2013 :

1. Optimisation des systèmes de santé

République des Comores : soins de qualité « Maman et bébé en santé »,

Mali et Sénégal : sensibilisation à la drépanocytose,

Mauritanie : santé mentale à Nouakchott. Stop à la mortalité materno-infantile,

Mongolie : « Bien naître en Archanghaï »,

Tunisie : médecin de proximité auprès de populations isolées,

Burkina Faso : promotion de la santé en première ligne dans les zones non loties.

2. Médicalisation des zones rurales

Bénin : création d'un diplôme universitaire de médecine générale communautaire, Réseau Epilepsie Bénin

Guinée : « médecin de campagne, un nouveau métier »

Madagascar : Réseau Epilepsie Madagascar, « médecins privés communautaires, le suivi fait la différence »,

Mali : depuis 1989, installation de médecins dans des zones rurales, aménagement de laboratoires d'analyse médicale.

3. Réduction de la marginalisation de personnes vulnérables

Mali : « Enfants abandonnés à Bamako »,

Tunisie : Handicap mental,

Algérie, Maroc, Tunisie : « Des droits à défendre la population marginale », « Mères célibataires, avenir précaire »,

Liban : enfants et adolescents dans les camps palestiniens.

4. Education au développement et sensibilisation du public

ANNEXE 12 : Interview de Georges HEURTEBIZE (1988)

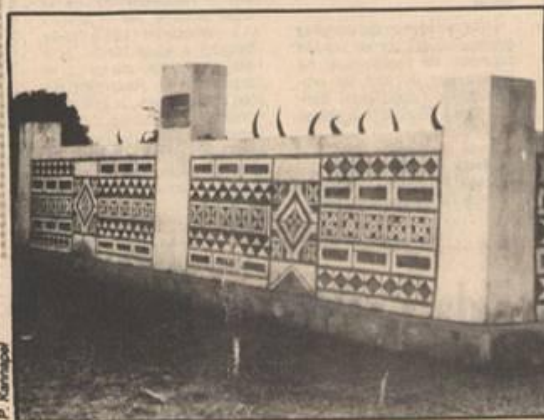


Coupure définitive

Le tombeau sera inauguré plus tard, et à cette occasion, une dernière cérémonie est pratiquée. L'ordonnateur des pompes funèbres se place au bord du tombeau, un fil dans la main, tenu également par tous les membres de la famille. A un signal sonore, tout le monde lâche le fil et s'en va en courant, marquant définitivement la coupure entre le monde des morts et celui des vivants.

On ne retournera plus au tombeau par la suite, et la maison du mort sera détruite par le feu, sauf si le défunt était possédé par un mauvais esprit, auquel cas la maison sera simplement abandonnée. On se sera rendu compte de la complexité d'un enterrement dans le pays Androy, ainsi que de tous les rites qui s'y rattachent. Mais cela ne s'arrête encore pas à ce stade. En effet, parfois 10 ou 20 ans après le décès, un ancêtre demande en rêve à un descendant de nettoyer son tombeau. A ce moment, tout le monde est « remis en branle » et l'on part à la recherche de la famille éparpillée dans tout Madagascar. Cette dernière cérémonie sera accompagnée de sacrifices de quelques bœufs et moutons.

Un enterrement dans le pays Androy coûte donc très cher. Mais c'est l'occasion d'un grand rassemblement de la famille, même très éloignée et cela perpétue donc le sentiment fort de la famille lignagère. En dehors des lamentations, peu de peine est manifestée tout au long des rituels.



P. Kannapel

Monuments funéraires Androy

Entretien avec Georges Heurtebize, ethnologue

20 ans dans le sud malgache

De passage dans notre département pendant 3 semaines, Georges Heurtebize, ethnologue, a assuré une série de conférences à la faculté des lettres de St-Denis. Le thème principal en était la vie quotidienne dans le sud malgache, en pays Androy. C'est avec beaucoup de passion qu'il a répondu à nos questions.

JIR : Georges Heurtebize, vous êtes ethnologue de terrain. Vous vivez depuis plus de 20 ans dans un village du sud malgache. Vous avez d'ailleurs récemment publié un ouvrage sur la vie quotidienne de ce village (1). Quel fut votre parcours ?

G.H. : « Ma vocation initiale n'était pas l'ethnologie. J'y suis arrivé un peu par les hasards de la vie. J'ai une formation d'ingénieur en géologie. Lors d'un séjour à Madagascar, en 1966, mon chemin a croisé le pays Androy (2), et ma route s'est arrêtée dans le village d'Analamahefy.

Ce fut un véritable coup de foudre. Cela ne s'explique pas. On m'a dit d'emblée : « Tu es chez toi ici, tu es notre frère. Reste le temps que tu voudras ». Et j'y suis depuis 20 ans ».

Je crois que le peuple de l'Androy vit un peu en marge du reste de Madagascar. Qu'en est-il réellement ?

« C'est bien pire que cela. Avant de pénétrer cette contrée, ce furent de sérieuses mises en garde auxquelles j'ai eu droit. « C'est un pays de sauvages », me disaient les gens de Tananarive. « Faites attention à

vos peaux ». Que de préjugés ! Ces gens vivent en parfaite sérénité, en marge soit, ils ont toujours tenu à une certaine indépendance.

Au début du siècle, il y a même eu des luttes guerrières pour éviter l'ingérence dans leur territoire. Les vieilles idées ont encore cours à Tananarive quant à cette population. Je peux témoigner qu'il n'y a aucun risque à vivre dans ce pays ».

Civilisation traditionnelle

La population est malgache. Y a-t-il un dialecte particulier ? Y parle-t-on le français comme ailleurs à Madagascar ?

« Ces gens sont en effet Malgaches. Leur langue est une variante du malgache, que j'ai apprise relativement rapidement, en vivant à leur contact. Mais ils ne connaissent pas la langue française ».

Il s'agit donc d'une civilisation traditionnelle, qui a dû garder bon nombre de coutumes ancestrales. Quelle fut l'évolution au cours des 20 dernières années ?

« Cette région est la plus primitive et donc la plus fermée de Madagascar. L'accès y est difficile. Il n'y a pas de route, ce qui limite déjà les échanges. Le mode de vie n'a pas beaucoup évolué. Les règles générales de vie concernant l'habitat, les structures de la famille, les pratiques du mariage, les rites des enterrements, les relations des vivants avec les morts, les occupations quotidiennes, les croyances... Tout est resté parfaitement intact. Les quelques changements sont d'ordre matériel.

Ainsi, à l'intérieur de la maison, on se sert de plus en plus de récipients en matière plastique ; la cuisine se fait avec des casseroles en aluminium. Concernant l'habillement également, le pagne traditionnel a laissé la place au pantalon, les chaussures remplacent les sandales ».

Quelles sont les principales occupations du peuple androy ?

« Les tâches des hommes et des

femmes sont bien distinctes. Le travail des hommes consiste essentiellement au gardiennage du troupeau de bœufs. En cas d'indisponibilité, ou si dans une famille il n'y a pas de garçon en âge de le faire, ce sont les femmes qui s'en chargent.

Quant à la traite des vaches, elle ne peut être faite que par un homme. Cette population vit surtout d'agriculture et d'élevage. La charue a été introduite vers les années 1970 et les champs sont régulièrement labourés. Les disettes sont fréquentes, en rapport avec l'abondance des pluies. En 1986, par exemple, il y a eu une importante famine, dans tout le sud malgache d'ailleurs.

Le rôle des femmes est d'assurer la subsistance en nourriture au village. Cela comporte la mise en terre des graines, la récolte, la recherche de nourriture de remplacement. Elles vont également chercher l'eau, parfois à plusieurs kilomètres du village, ainsi que le bois pour la cuisson des aliments ».

L'Est supérieur à l'Ouest

Comment sont organisés un village, une maison androy ?

« De façon générale, un village est une agglomération de maisons rapprochées, avec un centre de gravité : commerce, lieu de culte... Dans l'Androy, chaque famille vit dans son propre enclos. Y cohabitent de 10 à 50 personnes, parfois plus, toutes descendant du chef de l'enclos. Il s'agit d'un espace ouvert, sans limite ; c'était comme cela il y a 100 ans déjà. L'enclos familial est entouré d'une haie d'épineux. Il est bien structuré, comporte plusieurs maisons, un parc à bœufs, un grenier, un poulailier... Chacun a une position relative, selon des règles que l'on ne transgresse pas. Ainsi, le Sud est plus honorable que le Nord.

C'est d'ailleurs l'inverse par rapport au reste de Madagascar. De la même façon, l'Est est supérieur à l'Ouest. La maison du chef de famille sera celle située le plus au Sud, avec une vue sur tout le domaine. La règle de mariage qui prédomine est la polygamie. La maison de la première épouse sera à l'Est, celle de la seconde à l'Ouest, et s'il y en a une troisième, sa maison se situera encore plus à l'Ouest.

Les maisons sont toutes construites sur les mêmes plans. Elles sont traditionnellement carrées, de 3 mètres de côté. La façade nord comprend 2 portes. Celle située au nord-est est la plus honorable, réservée aux hommes ; celle du nord-ouest est la porte de service, la plus utilisée. Une troi-



Préparation d'un cercueil traditionnel selon le rite androy

sième porte se trouve à l'angle Sud-Ouest. Autrefois, elle servait au passage des esclaves et des femmes en période « impure » (menstruation). Actuellement, elle est utilisée par tout le monde. Seule restriction, le lait, qui est l'aliment noble, n'est jamais rentré par cette porte.

A l'intérieur de la maison, l'est est le domaine des hommes, l'ouest celui des femmes. Le foyer où l'on prépare les repas est situé au Nord.

Pouvez-vous nous dire les principales caractéristiques de la civilisation du pays Androy ?

« Il y aurait beaucoup de choses à dire, évidemment. Si vous voulez, globalement, le pouvoir administratif de Tananarive ne se discute pas, bien que l'on se tourne d'abord vers la justice coutumière, par exemple. Puisque dans un village, tous descendent du même ancêtre, le moindre litige est réglé lors d'une réunion de tous les hommes du village. Les personnes les plus âgées ayant une voix prépondérante et la décision prise ne se discute pas.

Les enfants ne sont malheureusement pas scolarisés. Ils suivent de façon très aléatoire les leçons de missionnaires qui ont ouvert quelques écoles.

La chair du porc, de la tortue, sont des tabous alimentaires, de même que la viande des bœufs sacrifiés lors d'une cérémonie mortuaire.

Il n'y a pas des vraies liaisons de couples. Ceux-ci se font et se défont quotidiennement. La liberté sexuelle est totale. C'est toujours l'homme qui choisit sa partenaire d'un jour ou d'un mois. Un trait important chez ce peuple est l'absence de tout sentiment. Il n'y a pas par exemple dans le pays Androy, de chansons d'amour.

Les hommes de l'Androy sont enfin très appréciés dans tout Madagascar pour leurs qualités de gardiens de troupeaux et se montrent très réceptifs aux changements qui peuvent modifier leur comportement dans les gestes quotidiens.

Propos recueillis par Philippe Kannapel

Prochainement : le système de parenté et d'alliances dans l'Androy.

(1) « Quelques aspects de la vie dans l'Androy » publié par les éditions du musée d'Art et d'Archéologie de Tananarive. Il peut être consulté à l'institut de linguistique appliquée de la faculté de lettres de St-Denis.

(2) Le pays Androy occupe la pointe extrême sud de Madagascar, entre Fort Dauphin à l'est et Tuléar à l'ouest. Les principales villes sont Ambovombe et Antanimoura.



▲
Une procession funéraire dans le rite androy



►
Une maison traditionnelle dans le village d'Androhondroho

Océan Indien

Océan Indien

Madagascar

Une plongée au cœur du sud malgache

La mort dans le pays androy

Le peuple de l'Androy, cette région du sud malgache, qui vit un peu en marge du reste de Madagascar, a conservé des coutumes bien spécifiques face à la mort et aux rites mortuaires.

Pour le peuple androy, la mort ne représente qu'une étape, et le moyen de s'intégrer à la divinité, celle-ci est en effet la réunion de tous les ancêtres. Dans ce sens, toute mort implique une succession de cérémonies jusqu'au jour de l'enterrement proprement dit.

La première intervention rituelle fait appel à l'ordonnateur des pompes funèbres, appelé « tsimahaivelona ». Dès son arrivée, la famille du mort tue un bœuf et allume un feu qui sera entretenu jusqu'au jour de l'enterrement, prévu bien plus tard. Le « tsimahaivelona » donnera le premier coup de pioche à la construction d'un abri devant servir à l'accueil des membres éloignés de la famille du défunt.

Le jour du décès, tous les gens du village et de la famille vont alors entamer une série de lamentations, dont le sens est mal saisi, ni parlées, ni chantées, et signifiant : « Ôh père tu es mort... », répété indéfiniment. Il n'y a pas de pleurs, et le chagrin existe peu.

Expédition dans la forêt

Ce jour-là, la viande est tabou (fandrofo), pour la proche famille du mort. Les hommes de la famille partent ensuite en expédition, qui peut durer 4 à 5 jours, à la recherche de bois pour la construction du cercueil. Les fils du mort ont la charge de mettre le corps dans le cercueil. Après quelques jours

encore, un tas de bouse de vache séchée est allumé afin d'atténuer la forte odeur qui se dégage du corps en décomposition. Pendant plusieurs mois, la famille se relaie auprès du mort, pour des chants rituels et des lamentations.

L'enterrement est l'occasion d'une grande cérémonie. Sa date est fixée par les devins guérisseurs et il se déroule selon des règles précises. La veille du grand jour, la famille arrive progressivement, apportant en guise de don des bœufs, des chèvres, ainsi que diverses nourritures (manioc, maïs). A partir de midi la fête rituelle s'organise.

Piétinements

Les femmes se réunissent à 10 ou 20 à l'ouest de la maison du mort et pratiquent une danse — dite de piétinement — sur place en chantant. Les hommes sont assis en face, à l'ombre. Parfois l'un d'eux se lève et s'approche des femmes en dansant. Il décharge également son arme — à blanc —. Certains détaillent leurs richesses, en exagérant souvent de façon amusante, et tout le monde rit aux éclats.

Pendant ce temps, les familles alliées continuent à arriver avec leurs dons : bœufs, chèvres, billets de banque et aussi des lincauls qui vont recouvrir le cercueil. Le calme retombe enfin. La famille du mort a à sa charge le couvert des invités. Des bœufs ont été tués la nuit précédente. Des feux s'allument. Le repas se fait en silence dans la soirée puis une troupe de chanteurs professionnels pratique des chants en musique, pendant que les enfants

font des jeux près de la rivière. Vers 2 ou 3 heures du matin, le silence retombe sur le village.

Un trou dans le mur

Le jour de l'enterrement, enfin, le « tsimahaivelona » fait un trou dans la paroi sud-est de la maison, pour faire sortir le cercueil. Soutenu par 8 hommes, celui-ci est emporté hors de l'enclos familial, près de l'endroit où l'on a choisi de faire le tombeau. Les femmes se placent en ligne pour faire des danses. Les hommes se disposent parallèlement, et dans l'allée ainsi formée, des centaines de bœufs défilent au pas de course. Quelques-uns seront sacrifiés et leur sang projeté à l'emplacement définitif du cercueil.

Puis on défile les lincauls qui pliés, seront mis à l'intérieur du cercueil, que l'on va fermer pour toujours. Chaque invité apporte de grosses pierres pour recouvrir le cercueil. Par la suite, un maçon construira quatre murs autour. Les cornes de tous les bœufs tués sont placées sur les murs du tombeau. Il conviendra de s'assurer qu'aucun membre de la famille proche n'ait mangé de la viande des bœufs tués durant les cérémonies.

Océan Indien

Madagascar : la mort dans le pays androy

PAGE 4

4

LE JOURNAL DE L'ÎLE DE LA RÉUNION
MERCREDI 6 JUILLET 1998

ANNEXE 13 : Fiche d'enquête domiciliaire

QUESTIONNAIRE d'enquête domiciliaire

Fiche N°

DATE :

LIEU :

Renseignements généraux

Sexe : homme – femme

Age :

Profession :

QUESTIONS

1 - Aujourd'hui êtes-vous en bonne santé ?

- Oui
- Non
- Sinon, quel est votre problème de santé ?

2 - Que signifie être malade pour vous ?

- Anormal (je ne suis pas dans un état normal)
- Fatigué (je ne peux pas aller travailler)
- J'ai de la fièvre
- J'ai mal

3 - Comportement face à la maladie : je suis malade : que vais-je faire pour soigner ma maladie ?

- J'attends un peu. Je ne fais rien
- Je vais à l'hôpital
- Je vais voir le médecin ou l'infirmier (CSB)
- Je prends des tisanes (médecine traditionnelle)
- Je vais acheter des médicaments tout seul (auto-médication)

4 - Délais pour la prise en charge :

- Tout de suite
- J'attends le jour du marché
- Dans 2 ou 3 jours
- Dans 1 mois

5 - Les raisons du délai ?

- je n'ai pas d'argent
- je n'ai pas de solution de déplacement
- j'espère que ma maladie va guérir tout seul
- il n'y a pas de docteur chez nous
- j'ai peur de l'hôpital
- j'ai trop mal donc je vais voir le docteur tout de suite

Table des cartes

Carte 1 : Situation générale des deux terrains de recherche	27
Carte 2 : Situation générale de Madagascar.....	42
Carte 3 : Les migrations extérieures	44
Carte 4 : Les royaumes anciens	45
Carte 5 : Les nouvelles royautés	47
Carte 6 : Organisation spatiale du peuplement au début du XVIII ^e siècle	48
Carte 7 : Les conquêtes territoriales Mérima.....	50
Carte 8 : Poursuite de l'expansion Mérima.....	51
Carte 9 : Les reliefs de Madagascar.....	58
Carte 10 : Le cadre naturel malgache	60
Carte 11 : Le réseau hydrographique malgache.....	67
Carte 12 : Le découpage provincial de Madagascar	73
Carte 13 : Les 22 régions administratives de Madagascar.....	75
Carte 14 : Les densités de population par district à Madagascar en 2002	76
Carte 15 : Madagascar et ses villes en 2005	78
Carte 16 : Les dix-sept « pays » de Madagascar.....	84
Carte 17 : Carte régionale : le « pays » Tsimihety.....	103
Carte 18 : Le district de Mandritsara	109
Carte 19 : Structure du « pays » Androy, l'extrême Sud de Madagascar	116
Carte 20 : Les quatre districts de la région Androy	128
Carte 21 : Malnutrition selon la commune dans le district de Békily.....	166
Carte 22 : Les terrains de recherche sur l'assainissement à Mandritsara	180
Carte 23 : Besoins de santé au niveau loco-régional de Mandritsara	203
Carte 24 : Les communes retenues pour la recherche.....	219
Carte 25 : Centre-ville.....	220
Carte 26 : La bilharziose à Békily et à Beraketa.....	225
Carte 27 : Les foyers de bilharziose au Nord-Ouest de Békily.....	234
Carte 28 : Les foyers de bilharziose au Sud de Békily	240
Carte 29 : Découpage communal du district de Mandritsara.....	308
Carte 30 : Représentation schématique des densités de population par commune.....	309
Carte 31 : Les axes de communication dans le district de Mandritsara.....	312
Carte 32 : Densités médicales en 2012	315
Carte 33 : Densités médicales en 2014	315
Carte 34 : L'offre publique de soins dans le district de Mandritsara (2012)	317
Carte 35 : Eloignement des communes rurales par rapport à un centre hospitalier.....	328
Carte 36 : L'accès terrestre des communes rurales à la ville de Mandritsara.....	329
Carte 37 : Découpage communal du district de Békily	335
Carte 38 : Représentation schématique des densités de population à Békily	337
Carte 39 : Les voies de communication dans le district de Békily	339
Carte 40 : L'offre de soins publique dans le district de Békily	347
Carte 41 : Eloignement des communes par rapport à une formation hospitalière	353

Carte 42 : Accès des communes à la ville de Békily	356
Carte 43 : Situation de nos terrains de recherche par rapport aux principaux axes de communication nationaux et dans leur environnement proche.....	363
Carte 44 : Isolement des terrains de recherche	370
Carte 45 : Accès aux communes du Nord-Ouest du district de Mandritsara.....	404
Carte 46 : Accès aux communes du Nord- Est du district de Mandritsara	405
Carte 47 : La commune rurale d’Antanambaon’Amberina	407
Carte 48 : Situation des communes de Mandritsara pour l’accès à des soins de base....	408
Carte 49 : Situation des communes de Békily pour l’accès à des soins de base.....	412
Carte 50 : Accès aux soins au Nord de Békily.....	413
Carte 51 : Les pistes primaires au Sud de Békily	415
Carte 52 : Les pistes primaires à l’Est de Békily	416
Carte 53 : Les campagnes et la capitale	423

Les cartes ont été conçues et réalisées par nos soins.

Table des encadrés

Mouvements dans l’océan Indien	44
Des migrations intérieures et une mise en valeur de l’espace	45
Structuration du territoire.....	47
Des monarques conquérants	50
Un royaume Mérida tout puissant.....	51
Le virus de la variole, « invité » indésirable	54
La terrible épreuve du tanguin (« taughin »)	70
Le découpage administratif en districts	76
Une diversité de biotopes.....	92
<i>Fatidra</i>	108
Jours de galère.....	112
Le concept de « maladie tropicale négligée »	150
Le péril fécal	176
Les intoxications par les animaux marins	201
Entretien avec un professionnel de santé à Mandritsara	204
Histoire d’une contamination.....	218
La ville de Békily.....	220
Tahimbanga : L’homme qui voit de la bilharziose partout.....	223
Les mines de mica.....	228
Pratiques de l’eau dans le village de Soarano	239
Les mesures de lutte contre le paludisme dans la capitale.....	254
Est-ce un comble ou une plaisanterie ? Des cas de malnutrition par excès de nourriture.....	266
Les « Médecins de l’Océan Indien » en mission	300
Projet SEECALINE de l’Association Internationale de développement (IDA) : une réponse aux problèmes de malnutrition	302
L’offre de soins publique dans le district de Békily	347
Une action du PAM dans le Sud malgache : nourrir les élèves (La Tribune de Madagascar du 31 octobre 2014)	372
Les communes du Nord-Ouest du district de Mandritsara	404

Les communes du Nord-Est du district de Mandritsara.....	405
Aperçu de la commune rurale d'Antanambaon'Amberina.....	407
Routes, chemins et véhicules dans le district de Mandritsara.....	409
Le long de la piste primaire du Nord de Békily.....	413
La piste primaire du Sud : direction sécheresse.....	415
Les pistes primaires de l'Est : des pierres et du sable.....	416
« Le grand âge et la sagesse des Antandroy »	466
Entretien avec un groupe de villageois	478
Chemin de vie : une bonne santé par ici, une mauvaise santé par là	499

Nous avons utilisé trois puces colorées pour marquer les encadrés dans le texte. Elles correspondent chacune à un thème particulier :  pour les besoins de santé (les baobabs), , pour indiquer l'offre de soins (le petit caméléon) et la dernière  est neutre.

Table des graphiques

Graphique 1 : Les déterminants de la santé	23
Graphique 2 : Les déterminants du système de soins et interactions.....	25

Table des schémas

Schéma 1 : A l'assaut !	12
Schéma 2 : Transmission de la bilharziose	214
Schéma 3 : Baobab – Caméléon, le match.....	513

Table des tableaux

Tableau 1 : Evolution de la population malgache au début du XX ^e siècle.....	74
Tableau 2 : Evolution de la population malgache de 1966 à 2004	74
Tableau 3 : Les villes malgaches de plus de 30 000 habitants (2005).....	79
Tableau 4 : Données générales de la région Androy	126
Tableau 5 : Les taux (%) de maladies déclarées par les ménages selon le lieu	138
Tableau 6 : Incidence comparative de la tuberculose pulmonaire pour 100 000 personnes	156
Tableau 7 : Taux de prévalence (%) de retard de croissance par province chez les enfants de 0-3 ans en 1997 et en 2004.....	162
Tableau 8 : Taux de prévalence (%) d'émaciation par province chez les enfants de 0-3 ans en 1997 et en 2004 à Madagascar	162
Tableau 9 : Les sources d'eau pour 797 ménages du district de Békily en 1997	164
Tableau 10: Les raisons du sevrage dans le district de Békily en 1997.....	165
Tableau 11: Etat nutritionnel des adultes selon le genre.....	168
Tableau 12 : Taux de prévalence (%) des insuffisances pondérales selon les communes	169

Tableau 13 : Synthèse des pratiques liées à l'hygiène	183
Tableau 14 : Les causes de décès des enfants de 0-1 an dans la capitale malgache (%).....	189
Tableau 15 : Les causes de décès des enfants de 1-4 ans dans la capitale malgache (%).....	190
Tableau 16 : Activité comparée du CSB 2 de Mandritsara à deux périodes de l'année.....	206
Tableau 17 : Activité comparée du CSB 2 de Marotandrano à deux périodes de l'année	208
Tableau 18 : Activité comparée du CSB 2 d'Antsirabe Centre à deux périodes de l'année	209
Tableau 19 : Les formations sanitaires à Madagascar au 31 décembre 1974.....	265
Tableau 20 : Eléments structuraux du système de santé malgache	270
Tableau 21 : Effectif des personnels de santé à Madagascar en 2005	295
Tableau 22 : L'offre de soins publique dans le district de Mandritsara (2012).....	313
Tableau 23 : Répartition de la population et offre de soins publique dans le district de Békily.....	341
Tableau 24 : Distances routières de Mandritsara à Tananarive	364
Tableau 25 : Distances routières de Békily à Tananarive.....	367
Tableau 26 : Situation des communes pour un accès à des soins de base dans le district de Mandritsara	402
Tableau 27 : Situation des communes pour un accès à des soins de base dans le district de Békily.....	411
Tableau 28 : Premier recours aux soins dans le district de Mandritsara.....	444
Tableau 29 : Premier recours aux soins dans le district de Békily	444
Tableau 30 : Délai de prise en charge dans le district de Mandritsara	446
Tableau 31 : Délai de prise en charge dans le district de Békily	446
Tableaux 32 et 33 : Perception de la maladie	472
Tableau 34: Représentation de la maladie dans le district de Mandritsara.....	473
Tableau 35 : Représentation de la maladie dans le district de Békily	473

Table des photographies

Photographie 1 : Caméléon commun effrayé.....	13
Photographie 2 : Sols de latérite argileuse, savane et <i>lavaka</i>	104
Photographies 3 et 4 : Exemples de <i>lavaka</i>	105
Photographie 5 : Des <i>lavaka</i> végétalisés.....	105
Photographie 6 : Opération reboisement dans la commune rurale d'Antsoha (Janvier 2012)	107
Photographie 7 : Sabotsy Be	110
Photographie 8 : La ville de Manditsara	111
Photographies 9, 10, 11 et 12 : La route nationale pendant la saison des pluies	112
Photographie 13 : Savane arborée.....	117
Photographie 14 : Les épines du roy.....	118
Photographies 15, 16 et 17 : Etranges <i>fantsiolotsy</i>	118
Photographie 18 : L' <i>Opuntia dillenii</i>	119

Photographie 19 : Cladode de raketa	120
Photographie 20 : Fruit du <i>raketa</i> (figue de Barbarie).....	120
Photographie 21 : <i>Raketa</i> infectée	122
Photographie 22 : Ascaris adulte	155
Photographie 23 : Larva migrans sur le bras d'un jeune agriculteur	158
Photographie 24 : Activités quotidiennes à la campagne	171
Photographie 25 : Circoncision de masse	202
Photographie 26 : Le bulinus	214
Photographies 27 et 28 : Comportement des animaux domestiques.....	216
Photographie 29 : Saison des pluies à Békily	218
Photographie 30 : Des chèvres stressées.....	218
Photographie 31 : Le marché de Békily.....	221
Photographie 32 : La rivière Menarandra	221
Photographie 33 : Mollusque	222
Photographie 34 : Il faut creuser.....	222
Photographie 35 : La mare de Tahimbanga	223
Photographie 36 : La Sakavokony	224
Photographie 37 : L'eau à Bedona.....	224
Photographie 38 : Barrière naturelle	227
Photographie 39 : Mica.....	228
Photographies 40 et 41 : Le travail des femmes	229
Photographies 42 et 43 : Le travail des enfants	229
Photographie 44 : Le lit de la rivière Erofy, en face du village d'Ampanandrava	230
Photographie 45 : Exonération.....	230
Photographie 46 : Andranolava, une rivière à sec	231
Photographie 47 : Des latrines trop propres.....	231
Photographie 48 : Pompe	232
Photographie 49 : Rue principale du village endormi et très isolé d'Ambahita	232
Photographie 50 : Bilharziose dans la rivière Antaravahiny	233
Photographie 51 : Attention les enfants	233
Photographie 52 : Une rivière saine.....	235
Photographies 53 et 54 : Le village d'Ankazobe	236
Photographies 55 et 56 : Il suffit de se baisser pour ramasser les coquillages	236
Photographie 57 : Les latrines de Bélindo	237
Photographie 58 : La rivière Manambahy	238
Photographies 59, 60, 61 et 62 : Des pratiques originales	239
Photographie 63 : Canards	242
Photographie 64 : Habitat traditionnel dans la campagne de Mandritsara	307
Photographie 65 : Route secondaire	310
Photographie 66 : Véhicule tout-terrain à Madagascar.....	311
Photographie 67 : Panneau indicateur du CSB 2 de Pont-Sofia	313
Photographie 68 : Le CSB 2 de Pont-Sofia	319
Photographie 69 : Dans la cour de l'HVM	322
Photographie 70 : Borne-fontaine à Mandritsara.....	324

Photographie 71 : Paysage du Sud malgache	331
Photographies 72 et 73 : Habitat traditionnel	331
Photographie 74 : Tombeau Antandroy	332
Photographies 75, 76, 77, 78, 79 et 80 : Les vivants et les morts	340
Photographie 81 : Le CSB 2 d'Ambahita	341
Photographie 82 : Agent communautaire heureux, dans la commune d'Anja Nord	344
Photographies 83 et 84 : Technicien de laboratoire et larve de <i>Schistosoma Haematobium</i>	346
Photographies 85 et 86 : L'eau à Békily	351
Photographie 87 : Briqueterie à Ankaranabo Nord	351
Photographie 88 : Radier submergé	365
Photographie 89 : Le passage du radier	366
Photographie 90 : Est-ce une route, un chemin, une piste ?	366
Photographie 91 : Troupeaux de zébus	367
Photographie 92 : Ankitsikitsy	368
Photographie 93 : Pour quelques pépites... ..	369
Photographie 94 : La pointe Sud de Madagascar, le Sud du « pays » Androy, une région naturelle intacte	371
Photographies 95 et 96 : C'est poussif mais ça passe	409
Photographies 97 et 98 : Autres lieux, autres voies	409
Photographies 99 et 100 : Types de végétation au Sud de Békily	414
Photographie 101 : Forêt de raketa	414
Photographie 102 : Piste de l'Est	417
Photographie 103 : L'arrivée de Mr Y. à l'hôpital de Békily	422
Photographie 104 : En taxi-brousse vers la capitale	426
Photographie 105 : Bébé des rues	429
Photographie 106 : Des enfants gâtés ?	431
Photographie 107 : Distribution de moustiquaires à Manakoliva (mars 2013)	457
Photographie 108 : Bureau de dépistage rapide du paludisme (Manakoliva, mars 2013).	457
Photographie 109 : Bavardages	466
Photographie 110 : Occupations à la campagne.	479
Photographie 111 : Amédée et sa passion du bois	486
Photographie 112 : Un repas en famille	488
Photographie 113 : Aristide, un doux rêveur ?	489
Photographies 114 et 115 : Objectif de la mi-journée : trouver de l'ombre	492
Photographie 116 : Objectif n°1 : Jouer à tout prix	494
Photographie 117 : Activité de femme	494
Photographie 118 : Automédication	497
Photographie 119 : Des sourires, encore	498
Photographie 120 : Vous avez dit néo-pro ?	512

A l'exception de la photographie 26 (la source se trouve sur le site internet www.apis27), toutes les photographies de ce texte sont une production personnelle.

Table des textes

Texte 1 : A propos des caméléons	12
Texte 2 : La lèpre à Madagascar	152
Texte 3 : Missions humanitaires	305
Texte 4 : Le « pays » Androy vu de l'intérieur	333

Table des citations d'auteur

Antoine de Saint-Exupéry, Le Petit Prince.....	12
Elisée Reclus, Histoire d'une montagne.....	14
Elisée Reclus, L'Homme et la Terre.....	18
Elisée Reclus, L'Homme et la Terre.....	41
Nicolas Boileau, Arts poétiques, Chant III	63
Jules Verne, Le château des Carpathes.....	103
Marc Gentilini, Bernard Duflo, Médecine tropicale.....	141
Marc Gentilini, Bernard Duflo, Médecine tropicale.....	213
Claude Lévi-Strauss, Tristes tropiques.....	424
Jules Verne, Un neveu d'Amérique.....	453
Claude Lévy-Strauss, Tristes tropiques.....	502

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	5
Avant-propos. Comment s'investir sur un terrain de recherche ?	9

Introduction générale 11

Un postulat et des constats pour une problématique.....	15
Concepts.....	17
La santé et les soins.....	17
La géographie de la santé	19
La notion de système : système de santé et système de soins	21
Déterminisme : les déterminants de la santé et les déterminants du système de soins.....	22
Approche méthodologique générale	25
Hypothèses	25

Contexte des terrains de recherche.....	26
Une méthodologie multiple : choix de la démarche qualitative pour une recherche en géographie de la santé	29
Outils et méthodes.....	33
Justifications d'un choix conceptuel	33
Les outils de notre recherche	34
Détail des enquêtes et missions de terrain	35
Choix d'une échelle	36
Un programme de recherche	36
 Partie 1 : Madagascar, cadre et enjeu de notre recherche.	
Un pays aux allures de continent.	39
 Introduction à la Première Partie	40
Chapitre 1 : Madagascar, un morceau de Gondwana à la dérive. Cadre général de l'étude	41
A. HISTOIRE DE MADAGASCAR, « <i>UNE GEOGRAPHIE DANS LE TEMPS</i> »	41
1. « <i>Des ancêtres venus d'au-delà des mers</i> ». Madagascar, terre de métissages.....	43
2. Des foyers de peuplement côtiers.....	43
3. L'émergence de nouvelles royaumes (XVI ^e - XVII ^e siècles).....	46
4. Vers l'unification d'une nation malgache	47
5. Préhistoire de la santé moderne à Madagascar : médecins et missionnaires	52
B. UN MILIEU DANS UN CADRE : LE CONTEXTE MALGACHE	55
Introduction : La notion de milieu.....	55
1. Le cadre naturel malgache : des creux et des bosses en guise de décor.....	56
a) Un vieux socle, des sédiments et des reliefs volcaniques	56
b) Des massifs montagneux imposants.....	57
c) Les reliefs de plateau	59
d) Le relief de failles : des escarpements vertigineux	61
2. Le milieu naturel malgache : diversité tropicale	63
a) Une mosaïque de climats.....	63
b) Le réseau hydrographique	66
C. LE MILIEU HUMAIN A MADAGASCAR	69
1. Caractéristiques socio-démographiques de la population malgache : évolution et impacts sanitaires	69

2. Organisation de l'espace malgache	77
a) Tananarive : attractivité et macrocéphalie amplifiée	77
b) La faiblesse des villes.....	78
c) Un milieu rural largement prééminent	80
d) Un réseau de communications terrestres minimaliste	80
D. DIX-SEPT « PAYS » DANS UN ENVIRONNEMENT MENACE	82
1. Barrières naturelles et frontières culturelles : la notion de « pays »	82
a) Eléments de terminologie	82
b) Une typologie des « pays »	84
2. « Madagascar : un hot spot des problèmes d'environnement »	90
a) Un haut lieu de la biodiversité mondiale	90
b) Une faune et une flore exceptionnelles	91
E. ELEMENTS EXPLICATIFS DU CHOIX DES ESPACES DE RECHERCHE	93
1. Pourquoi vouloir comparer deux objets ?.....	93
2. Les raisons d'un choix.....	94
3. Etablir des critères de comparaison	95
4. Des nuances... ..	96
5. ...et des points communs	97
a) Les hommes : une civilisation du bœuf	97
b) L'organisation sociale	97
c) Des éléments culturels.....	98
Chapitre 2 : Dérive vers deux terrains pour une recherche comparative.....	103
A. AU CŒUR DU « PAYS » TSIMIHETY, LE DISTRICT DE MANDRITSARA	103
1. Des entailles rouge vif de crevasses qui viennent « blesser » le flanc des versants érodés : le cadre physique du « pays » Tsimihety	103
2. Civilisation Tsimihety : une confrontation de points de vue	107
a) Une occupation humaine progressive par déplacements itératifs	108
b) Elevage et riziculture en compétition.....	109
c) Un peuple de riziculteurs.....	110
d) Une unité urbaine en gestation ?	111
3. Mandritsara : religion traditionnelle et tradi-praticiens.....	113
a) Monothéisme	113
b) Intrication de la religion et de la santé	114
B. ISOLE DANS LE « PAYS » ANDROY, LE DISTRICT DE BEKILY.....	115

1. Un environnement original.....	115
a) Des fleuves paresseux dans une brousse d'épineux	115
b) Le royaume des épines	117
c) Les tribulations d'un cactus et d'une cochenille, et conséquences	119
d) Le Sud de Madagascar victime de son climat	123
e) La sécheresse, facteur de pauvreté dans l'Androy ?	125
f) La migration comme seule solution ?	125
2. Les hommes, une population vulnérable : les dures contraintes du milieu.....	126
a) Une société patriarcale	126
b) Un élevage contemplatif	127
c) Déplacements de population	128
d) La pensée religieuse est centrée sur les thèmes de la vie et de la mort.....	129
e) Une pratique ancestrale	129
f) Une recrudescence récente.....	130
3. A Békily : médecine traditionnelle ou sorcellerie ?	131

Partie 2 : Les « besoins de santé » comme déterminant du système de soins. Des besoins et des lieux. 135

Introduction à la seconde partie	136
Chapitre 3 : Pas de dérive pour les besoins de santé à Madagascar. Etat des connaissances.....	137
A. LES BESOINS DE SANTE DES MENAGES MALGACHES.....	137
1. Incidence de la maladie dans la population.....	137
2. Types de maladies affectant la population	137
3. Taux de consultations médicales.....	139
B. A PROPOS DES MALADIES INFECTIEUSES	139
1. Milieu naturel, milieu humain et paludisme à Madagascar	141
a) Le milieu naturel tropical : un nid pour les parasites	141
b) Besoins de santé et milieux humains	143
c) Paludisme, un <i>serial killer</i>	147
2. Ce que dit l'Etat : le PDL MTN 2012-2016.....	148
a) La lèpre, une maladie invalidante et stigmatisante.....	151
b) Bilharziose, une affaire d'eau douce et de mollusque.....	153

c) Filariose lymphatique : la maladie qui fait gonfler	153
d) Cysticercose : le cerveau en point de mire.....	154
e) Qu'entend-on par géohelminthiases ?	154
f) La rage, un vaccin pour seul traitement	155
3. D'autres maladies infectieuses circulent à Madagascar	156
a) La tuberculose pulmonaire (« peste blanche »).....	156
b) La peste : ré-émergence	156
c) Les parasitoses cutanées	158
C. LES PROBLEMES NUTRITIONNELS A MADAGASCAR	159
1. Le bilan nutritionnel des enfants à Madagascar	159
2. A Békily, la situation sanitaire et alimentaire des ménages.....	163
a) Hygiène et assainissement, eau potable et ressources alimentaires	163
b) Situation nutritionnelle et sanitaire de la population.....	165
D. BESOINS DE SANTE LIES A L'EAU ET A UN DEFAUT D'ASSAINISSEMENT	170
1. Pratiques sociales liées à l'eau et conséquences	170
a) Activités directement liées à l'eau, avec un contact obligatoire	170
b) Activités directement liées à l'eau avec un contact facultatif.	171
c) Activités indirectement liées à l'eau, avec un contact non obligatoire	172
2. Eau, assainissement et hygiène. Généralités et définitions	172
a) Assainissement et hygiène.....	173
b) Assainissement et facteurs psycho-socio-culturels	174
3. Les maladies du péril fécal.....	175
4. Eau et assainissement dans le district de Mandritsara.....	178
a) Que sait-on de l'état sanitaire de la population rurale et de son accès à une méthode d'assainissement en 2006 ?.....	178
b) Contexte de l'étude	180
c) Conclusions de l'étude locale.....	181
d) Groupe urbain à thème dirigé.....	184
E. MORTALITE INFANTILE, MORTALITE MATERNELLE A MADAGASCAR ..	185
1. La mortalité des enfants à Madagascar	186
a) Le problème des données en démographie.....	186
b) Une évolution marquée par une dégradation des conditions de vie.....	186
c) Les différentiels démographiques	187

d) L'évolution des différents indicateurs sanitaires.....	188
e) Un état nutritionnel préoccupant	188
2. Mortalité infantile, mortalité maternelle dans la capitale malgache	190
a) Mortalité infantile.....	190
b) Mortalité maternelle	192
Chapitre 4 : Une recherche dans les districts ruraux de Mandritsara et de Békily	193
A. DES BESOINS DE SANTE INATTENDUS DANS LA REGION SOFIA	193
1. Accidentologie ordinaire : faudra-t-il casser les routes ?	193
a) Des « Sprinter » fous.....	193
b) Vécu : un accident de la voie publique spectaculaire	194
c) Une façon différente de mourir sur la route : l'assassinat gratuit de chauffeurs routiers par des malfaiteurs	194
d) Un accident banal ?	194
e) Qui sont les responsables ?	195
2. Ambanja : contexte sinistre et horizon sombre	195
3. Mission Bealanana - Mangindrano : des besoins bien ordinaires	196
4. Des besoins de santé plus spécifiques	200
a) Au CHRR d'Antsohihy : d'un service à l'autre	200
b) Où l'on reparle de la poliomyélite	201
c) Entre tradition et modernité.....	202
B. LES BESOINS DE SANTE AU NIVEAU MICRO-LOCAL DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA.....	204
Introduction	204
1. Activité du CSB 2 de la commune urbaine de Mandritsara.....	206
2. Activité du CSB 2 de la commune rurale de Marotandrano	207
3. Activité du CSB 2 de la commune rurale d'Antsirabe Centre	209
C. LA BILHARZIOSE A BEKILY : ETUDE DE CAS	210
Introduction : éléments de méthodologie	210
1. « Bilharziose » et « Milieu » : une maladie à l'interface de l'homme et de l'environnement	212
a) Mécanisme d'infestation de l'homme : une logique implacable.....	213
b) Hôtes intermédiaires : des caractères bio-écologiques tranchés	214
c) Un cycle de développement du parasite en deux phases.....	215

d) L'infestation est un processus simple : synthèse explicative	215
e) Modes épidémiologiques : une maladie focale	216
f) Aperçu clinique succinct.....	217
2. Etude de cas à Békily	219
a) La bilharziose dans la ville de Békily : un mode de contamination très classique.	220
b) Les villages autour de Békily : des situations contrastées	223
c) Dans la commune rurale de Beraketa, on change de monde et on change de maladie	225
d) Au Nord Ouest de Békily, les formes urinaires sont la règle.....	230
e) Au Sud de Békily	235
Conclusion : des pistes pour un programme	240
Conclusion de la seconde partie.....	243

Partie 3 : L'offre de soins : le cœur du système de soins.245

Introduction à la troisième partie	246
Chapitre 5 : L'offre de soins à Madagascar, une histoire chaotique	247
A. NAISSANCE D'UN SYSTEME DE SOINS DANS LA GRANDE ÎLE	247
1. Des débuts encourageants	247
a) Première guerre mondiale : des années sombres pour le système de soins malgache.....	250
b) Période de l'entre-deux guerres : la capitale privilégiée	251
c) Organigramme de la santé publique en 1945 : une forme pyramidale.....	251
d) Des organismes scientifiques de renommée internationale	252
e) Equipements et ressources sanitaires	253
2. L'envers du décor : de tristes constats	254
a) Les relations entre l'administration de la santé et la population malade.....	255
b) Les relations entre l'administration de la santé et le personnel malgache	256
c) Les relations entre le médecin malgache et ses patients.	256
3. Les réactions de la population malgache face à l'arrivée de la médecine moderne	257
4. La lutte contre les épidémies : exercice du pouvoir et épreuve de l'autorité	259
B. UN SYSTEME DE SOINS VICTIME DE CRISES : SANTE DE L'ETAT ET ETAT DE LA SANTE A MADAGASCAR DEPUIS L'INDEPENDANCE	262

1. Indépendance et transition.....	262
2. Seize années difficiles, vers la faillite du pays (1975-1991).....	266
a) Le problème de la dépendance alimentaire	267
b) « <i>D'Alma Ata à Bamako, l'échec d'un système</i> » (BRAUMAN, 2009)	268
c) Mise en place d'un plan d'ajustement structurel draconien	269
d) La santé dans la capitale pendant la crise.....	273
3. La troisième République (1993-1997) : un certain libéralisme et des confusions	274
a) « <i>Une société moribonde sous dialyse de l'aide internationale</i> »	274
b) La santé publique malgache amorce un grand virage	275
4. Un nouvel échec en dépit de bonnes intentions (1997-2001)	278
5. Une nouvelle période de transition et d'instabilité (2002-2009).....	279
a) Elections de décembre 2001 : fraude massive.....	279
b) Un désastre pour le pays	280
6. La période récente : coup d'Etat, statut quo et nouveaux espoirs	281
C. LA SANTE SUR LE TERRITOIRE : REGLES ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS A MADAGASCAR	283
1. Législation de la santé publique à Madagascar	283
a) Les textes législatifs concernant la santé publique à Madagascar.....	283
b) Politique sanitaire et système de soins : satisfaction de normes internationales	284
2. Les caractéristiques marquantes du système de soins de Madagascar	284
a) Un système de soins dépendant du système de santé du pays.....	284
b) La nouvelle organisation du système de soins	290
c) Les personnels de santé	292
3. Quelle est l'offre publique de soins au niveau national en 2012 ?.....	293
a) Prestations de service	293
b) Le paquet minimum d'activité	293
c) Ressources humaines.....	294
d) Les objectifs et les priorités du système de soins.....	295
CONCLUSION : LES COMPLEXES RELATIONS ENTRE L'ETAT ET LA SANTE	296
Chapitre 6 : Le système de soins en milieu rural malgache. L'offre de soins en questions.....	298

INTRODUCTION : OFFRE PUBLIQUE DE SOINS ET OFFRE DE SOINS PRIVEE	298
1. Des ONG et des organisations internationales à la pelle... ..	299
2. ... et des carences à la pelle	304
A. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE MANDRITSARA	307
1. Données générales du district de Mandritsara : démographie et voies de communication	307
a) La population : éléments de démographie	308
b) Les voies de communication : un réseau modeste, faible, peu fiable et pas entretenu	310
2. L'offre de soins : d'une commune à l'autre	313
a) Les formations sanitaires dans les 27 communes rurales : une offre de soins instable, dans l'espace et dans le temps.....	314
b) L'équipement sanitaire de la commune urbaine	320
c) Une offre privée complémentaire, à l'échelle de tout le district	324
3. Typologie des communes : trois classifications principales	326
a) Typologie des communes selon leur équipement sanitaire	326
b) Typologie des communes selon l'éloignement d'une structure hospitalière : les distances euclidiennes	327
c) Typologie des communes par rapport au réseau routier.....	328
B. L'OFFRE DE SOINS DANS LE DISTRICT DE BEKILY	330
1. Données générales du district : démographie et voies de communication.....	330
a) Eléments de démographie	330
b) Eléments de tradition et de culture : la maison des vivants et la maison des morts	331
c) Eléments de toponymie	334
d) Des communes de tailles inégales, pour une population craintive.....	334
e) Eléments de topographie. Les voies de communication dans un « pays » de pistes : un réseau mince et fragile.....	337
2. L'offre de soins, d'une commune à l'autre	341
a) Les formations sanitaires publiques dans les 18 communes rurales	342
b) L'équipement sanitaire de la commune urbaine	344
c) Offre de soins complémentaire.....	349
3. Eléments de typologie des communes du district de Békily	352
a) Typologie des communes selon leur équipement sanitaire	352

b) Typologie des communes selon l'éloignement du centre hospitalier de Békily	353
c) Typologie des communes par rapport à leur accessibilité à la ville de Békily	354
Chapitre 7 : Analyse comparative du système de soins dans deux espaces ruraux malgaches	358
A. MADAGASCAR, AFRIQUE DE L'OUEST : LE DESTIN COMMUN DES SYSTEMES DE SOINS	358
1. La physionomie de l'économie : un point sombre	358
2. La démographie : grand défi pour le futur	359
3. Des politiques sociales non maîtrisées, et la santé en sursis	360
4. La médicalisation de la santé : quels recours pour les malades ?	360
5. Solidarité : le <i>famadihana</i> malgache fait de la résistance	361
6. Les comportements des ménages	361
B. AU REGARD DU SYSTEME DE SOINS, DES DISTRICTS PAS SI DIFFERENTS.....	361
1. Système de soins et voies de communication : un frein, des contraintes, des blocages.....	364
a) Un isolement national.....	364
b) Isolement loco-régional.....	367
2. Pauvreté rurale diffuse et consommation de soins : une spirale sans fin	373
a) Des causes différentes pour une seule conséquence. Eléments explicatifs	374
b) Une population rurale philosophe à Békily.....	376
c) La privation de capacités et autres concepts de la pauvreté	376
3. Les faiblesses du système de soins.....	379
a) Des professionnels de santé désorientés.....	379
b) Une population qui ne sait plus à quel « saint » se vouer	380
C. ...AVEC CEPENDANT DES NUANCES.....	381
1. A Mandritsara : une offre de soins privée confessionnelle, dans la durée, et une offre privée humanitaire en chantier	381
a) HVM : implantation réussie	381
b) Santé Sud à Mandritsara.....	382
2. A Békily, une offre de soins humanitaire non pérenne et une offre confessionnelle stable.....	384
a) MSF à Madagascar : dix-huit ans de présence ininterrompue	384
b) Un dispensaire confessionnel.....	385

3. Et à l'avenir : beaucoup d'espoir à Mandritsara	385
a) Une saine ambition ici et une dérive malsaine là	385
b) Un recrutement quasi-exclusif dans les campagnes.....	386
c) Désir de s'assumer dans sa communauté	387
d) Mode	387

Partie 4 : Modalités de la consommation de soins dans la campagne malgache 389

Introduction à la quatrième partie	390

Chapitre 8 : L'accessibilité aux soins en milieu rural malgache	393

A. CADRE CONCEPTUEL	393

1. Un cadre conceptuel multiple.....	393
a) Accès ou accessibilité ?	393
b) Equité et ponctualité.....	394
2. Définition de l'accès aux soins selon les dimensions de Penchansky et Thomas.	395
a) Accessibilité	395
b) Commodité.....	397
c) Capacité financière du malade. Facteur limitant de l'accès aux soins ?	398

B. L'ACCES AUX SOINS DANS LES CAMPAGNES MALGACHES	399

1. L'accès aux soins dans le district de Mandritsara	400
a) Les communes favorisées.....	403
b) Les communes en situation intermédiaire	403
c) Les communes en situation difficile.....	406
d) Des communes en situation catastrophique	407
2. L'accès aux soins dans le district de Békily.....	410
a) Une commune pour un accès facilité	413
b) Des communes pour un accès médiocre	413
c) Les communes enclavées	417

Conclusion.....	418

C. LA BROUSSE OU LA JUNGLE : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES CROISES	419

Introduction	419

1. Le grand départ.....	419

2. Des retards qui s'accumulent. Situation normale ou manque de chance ?	422
3. « Adieu la brousse, bienvenue dans la jungle »	428
Chapitre 9 : Les pratiques de soins en milieu rural	435
A. LES PRATIQUES DE SOINS DES USAGERS	435
Introduction : « 3 patients sur 10 seulement consultent les médecins »	435
1. Eléments communs aux deux terrains	436
a) Pratiques et pauvreté	436
b) Les pratiques de l'eau : se laver avec de l'eau sale	439
c) Comportements et pratiques	441
2. Eléments particuliers	442
a) Pourquoi ne fréquente-t-on pas le système de soins ? Paroles d'usagers	442
b) Résultats de l'enquête domiciliaire	443
c) Pratiques de soins et niveau d'instruction (scolaire)	447
B. PRATIQUES DES PRATICIENS DU SYSTEME DE SOINS	448
1. Des théories conceptuelles aux pratiques de terrain	448
a) Le concept de disponibilité	448
b) Qualité des soins	449
c) Villes et campagnes : deux systèmes de soins en opposition	451
d) Equité et couverture sanitaire	452
2. Des pratiques et des lieux	453
a) Paroles de professionnels de santé actifs	453
b) Des pratiques peu conventionnelles	455
c) A Ambahita : c'est n'importe quoi !	456
3. Des pratiques en marge ou en parallèle	457
a) Humanitaire et malentendus	457
b) Confessionnel : un mélange de genres	458
c) Des missions ponctuelles	459
d) Des retraités marginaux ?	459
e) Que dire des « non- pharmacies » ?	459
4. Médecine traditionnelle : est-ce de la médecine ?	460
a) De l'usage de la médecine traditionnelle	461
b) Médecine traditionnelle : une pratique à la marge	461
c) Pratiques mystérieuses à Mandritsara	464

CONCLUSION : DE NOUVELLES PRATIQUES A INVENTER.....	464
Chapitre 10 : Les uns et les autres : les représentations dans le domaine de la santé.....	466
INTRODUCTION	466
A. L'AGRICULTEUR, LE DOCTEUR ET LE CHERCHEUR.....	469
1. Le malade et son imaginaire.....	470
a) Comment le malade voit la maladie (quelle en est sa perception alors qu'il n'a pas tous les éléments pour tout comprendre) ?.....	470
b) Comment le malade se représente-t-il le système de soins et les professionnels de santé ?	473
2. Le professionnel de santé, ses certitudes et ses doutes	479
a) La perception de la santé et du système de soins par des professionnels ruraux exclusifs.....	479
b) Les perceptions du système de soins par des professionnels hospitaliers donc urbains	482
3. Les représentations mentales du chercheur	484
B. CHRONIQUES RURALES. QUAND LA GEOGRAPHIE SE FROTTE A L'ETHNOLOGIE	485
1. Chronique familiale à Mandritsara.....	485
2. Chronique villageoise à Ampanamperandrotsy	491
 Conclusion générale.....	 501
 Bibliographie.....	 514
Entretiens.....	533
Lexique.....	536
Glossaire.....	538
Annexes.....	542
Table des cartes	560
Table des encadrés	561
Table des graphiques.....	562
Table des schémas.....	562
Table des tableaux.....	562
Table des photographies	563

Table des textes.....	566
Table des citations d’auteur	566
Table des matières	566