



HAL
open science

Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques

Tantely Andrianantoandro, Dolores Pourette, Martine Audibert, Marilys Victoire Razakamanana, Feno Manitra Jacob Rakotoarimanana, Olivier Rakotomalala, Henintsoa Joyce Valentina Ramaroson

► **To cite this version:**

Tantely Andrianantoandro, Dolores Pourette, Martine Audibert, Marilys Victoire Razakamanana, Feno Manitra Jacob Rakotoarimanana, et al.. Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques. 2019. hal-04228174

HAL Id: hal-04228174

<https://hal.science/hal-04228174>

Submitted on 21 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques

VoahiranaTantely ANDRIANTOANDRO¹, Dolorès POURETTE², Martine AUDIBERT³, Marilys RAZAKAMANANA⁴, Feno Manitra RAKOTOARIMANANA⁵, Olivier RAKOTOMALALA⁶, Valentina RAMAROSON⁷

¹ Socio-économiste Économie, Unité Mixte internationale-résiliances (IRD, Université Catholique de Madagascar)

² Anthropologue, IRD, CEPED (IRD, Université Paris Descartes, INSERM)

³ Economiste de la santé, CNRS - CERDI - Université Clermont Auvergne

⁴ Economiste de la santé, Centre de recherche pour le développement (Université Catholique de Madagascar)

⁵ Médecin d'étude clinique, Unité d'Epidémiologie et de Recherche Clinique Institut Pasteur de Madagascar

⁶ Psychologue, Centre de recherche pour le développement (Université Catholique de Madagascar)

⁷ Sociologue, Centre de recherche pour le développement Université Catholique de Madagascar



Les Papiers de la Fondation n° 22

Avril 2019

ANDRIANANTOANDRO Voahirana Tantely, POURETTE Dolores, AUDIBERT Martine, RAZAKAMANANA Marilys, RAKOTOARIMANANA Feno Manitra, RAKOTOMALALA Olivier, RAMAROSON Valentina « Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques »

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses postdoctorales lancé par la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, le Fonds de dotation Claire et François.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

ANDRIANANTOANDRO Tantely, POURETTE Dolorès, AUDIBERT Martine, RAZAKAMANANA Marilys, RAKOTOARIMANANA Feno Manitra, RAKOTOMALALA Olivier, RAMAROSON Valentina « Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 22, Avril 2019, 30 p., ISSN 2649-2709.

Résumé

La mortalité maternelle et infantile demeure encore élevée à Madagascar. Dans la région Androy, une zone fortement soumise aux aléas climatiques située dans le sud de Madagascar, les interventions humanitaires sont importantes et récurrentes et certaines ciblent les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Une enquête-ménage a été menée dans cette zone pour étudier les déterminants du recours aux soins et pour déterminer les rôles des interventions humanitaires dans l'amélioration du recours aux soins. Les résultats montrent que les interventions contribuent à augmenter le recours à la consultation prénatale mais des actions supplémentaires sont nécessaires pour favoriser l'accouchement en milieu de santé. Les interventions en faveur des enfants de moins de cinq ans augmentent le suivi de la santé des nourrissons par le programme de nutrition, de pesage et de mesure de la taille. Par contre, pour les soins curatifs, la population semble encore attribuer des recours spécifiques selon ses problèmes de santé. Ainsi, des réflexions doivent être portées sur les différentes modalités de collaborations possibles entre les acteurs de santé pour améliorer l'accès aux soins.

Mots-clés : santé maternelle et infantile, impacts des interventions humanitaires, Androy Madagascar.

Summary

Maternal and child mortality remain high in Madagascar. In Androy, a region located in the south of the island and subjected to climate hazard, humanitarian interventions are recurrent and significant. Some intervention concerned especially maternal and child health. A survey was conducted in that region in 2017 to investigate on the one hand the determinants of the utilization of maternal and child services at health facilities and on the other hand to determine the roles of humanitarian interventions in improving healthcare. The result showed that interventions contribute to increase the antenatal care but additional actions are needed to promote delivery in health facilities. Interventions for children under five increase the control of children's health through the nutrition program, the weighing and child measurement services. However, the pattern of healthcare seeking depended on the consideration of the origin of the illness. Thus, reflections concern the different modalities of collaboration between health actors to improve access to healthcare.

Keywords: maternal and child healthcare seeking, impacts of humanitarian intervention, Androy Madagascar.

Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques

Introduction

À Madagascar, si le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a nettement diminué au cours des 10 dernières années, le taux de mortalité maternelle reste stationnaire et élevé. En 2015, le taux de mortalité maternelle s'élevait à 353 pour 100 000 naissances vivantes et en 2016, la mortalité infanto-juvénile était de 46,4 ‰ (WHO, 2018).

Le taux d'utilisation de services de santé maternelle et infantile reste faible. En 2016, chez les femmes enceintes, le taux de consultation prénatale¹ (CPN) et le taux d'accouchement dans les centres de santé de base (CSB) sont respectivement de 63,3% et de 31,1% (annuaires des statistiques de secteur de santé 2017, Ministère de la Santé). Selon l'UNICEF (2014), 86 % des décès maternels interviennent en dehors du système de santé. Cette mortalité élevée reste liée à une prise en charge insuffisante ou tardive des complications obstétricales (INSTAT, 2010 ; Pourette *et al*, 2018) et à l'absence de suivi postnatal (Delaunay et Waltisperger, 2010). Chez les enfants, le taux de consultation auprès des CSB évolue selon l'âge. Le taux est de 66% chez les 0 à 11 mois et de 37 % chez les 12 à 59 mois (annuaires des statistiques de secteur de santé 2012, Ministère de la santé). Selon l'UNICEF (2017 a), la mortalité infantile est notamment liée au retard au recours aux soins et à la malnutrition chronique. Chaque année, au niveau national, la malnutrition est à l'origine de 34% des décès chez les enfants de moins de 5 ans.

Les facteurs structurels tels que l'éloignement des centres de santé, l'insuffisance du nombre de professionnels de santé, l'insuffisance des infrastructures sanitaires et routières, l'insuffisance en médicaments et en matériels de santé de la reproduction expliquent en partie ces situations (UNICEF, 2014). Mais d'autres facteurs économiques comme la grande pauvreté et les crises successives, les facteurs culturels et sociétaux dont la tradition et les habitudes, les relations soignant-soignés et l'indifférence collective entrent également en jeu (Pourette *et al*, 2018). Par ailleurs, en parallèle à l'offre de soins biomédicaux, il existe une multitude de recours traditionnels, allant des soins domestiques au recours au tradipraticien (Rakotomalala, 2002 ; Pourette, 2014, Pierlovisi, 2014, Quashie *et al*, 2014), lesquels ne sont pas souvent exclusifs les uns des autres. Enfin le contexte sanitaire et environnemental, différent d'une région à une autre, pourrait aussi influencer les comportements de recours aux soins. Dans le district d'Ambovombe Androy², notre zone d'étude, la sécheresse crée

¹ Femmes enceintes ayant effectué au moins une CPN durant la grossesse.

² Situé dans l'extrême sud de l'île.

une situation d'insécurité alimentaire récurrente. Ainsi, le district bénéficie régulièrement de différentes interventions humanitaires dont des interventions en faveur de la santé maternelle et infantile.

Des études ont montré que les interventions en santé maternelle et infantile favorisent le recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans. L'exemption de frais de santé chez les populations pauvres, par exemple, augmente l'utilisation des services de santé maternelle (Haddad *et al*, 2011, Ameer *et al* 2012). De même, les interventions dans la nutrition et dans la prévention de la malnutrition permettent de réduire de manière significative la mortalité maternelle et infantile et les risques de morbidité. Les conseils en allaitement maternel, la distribution de compléments nutritionnels (vitamine A et Zinc), d'aliments thérapeutiques et les conseils en alimentation peuvent être efficaces dans la lutte contre la malnutrition (Bhutta *et al*, 2013, UNICEF 2017b).

Dans l'Androy, les interventions humanitaires en faveur de la santé maternelle et infantile concernent principalement la sensibilisation, la prévention et la prise en charge des enfants moins de 5 ans malnutris. Ces dernières années, pour encourager la pratique de la CPN et l'accouchement médicalisé³, les CSB distribuent aux femmes enceintes qui viennent consulter, des dons provenant des ONG ou des partenaires techniques et financiers (PTF). Ainsi, durant la CPN, les femmes bénéficient de distribution de moustiquaire, de carte d'eau⁴, de compléments nutritionnels, de vaccins contre le tétanos et de médicaments (vermifuge et traitement intermittent contre le paludisme). De même, un kit individuel⁵ d'accouchement et une carte d'eau sont offerts aux femmes qui viennent accoucher aux CSB. Depuis 2010, le taux de CPN dans cette zone a presque toujours été plus élevé que la moyenne nationale. En 2017, le taux de CPN à Androy était de 82,2 %, soit une différence de 18,9 points par rapport à la moyenne nationale (annuaires des statistiques de secteur de santé 2017, Ministère de la santé). Cependant, le taux d'accouchement dans les CSB demeure encore faible (28,5 % en 2017) et a toujours été en dessous de la moyenne nationale (31,1% en 2017) (*idem*). Chez les enfants, pour lutter contre la malnutrition, les agents communautaires de nutrition (ACN) effectuent au niveau des sites communautaires, des démonstrations culinaires ; des services de pesage et de mesure de la taille leur permettant de détecter les cas de malnutrition et de les prendre en charge ou de les référer aux CSB. En 2017, 37,4% des enfants moins de 5 ans ont été mesurés et pesés et parmi eux 5,4 % présentent une insuffisance pondérale et 6,6% souffrent d'une malnutrition aiguë sévère (*idem*). Enfin, les agents de santé communautaire⁶ (ASC) sensibilisent sur la santé

³ Accouchement assisté par un personnel médical qualifié.

⁴ Dans la région, seulement 49 % de la population ont accès à l'eau potable. Les PTF approvisionnent des citernes d'eau dans les CSB, des cartes d'eau sont distribuées aux femmes enceintes durant la CPN et l'accouchement leur permettant de s'approvisionner gratuitement en eau chaque semaine.

⁵ Ce kit comprend un sérum salé isotonique, un serum glucosé, un cathéter et un perfuseur, de l'ocytocine, une plaquette de metronidazole, de l'alcool, du coton, du sparadrap, un fil de suture et deux paires de gant. Certains kits, présentent en plus, un clamp de cordon ombilical.

⁶ Ce sont des personnes désignées par la population pour assurer un recours de proximité dans la prise en charge des cas simples de trois principales maladies de l'enfance. Leur rôle consiste à prendre en charge les cas simples, à référer les cas graves auprès du CSB le plus proche, à gérer un stock de médicaments pour le traitement des cas simples, à mener des séances de sensibilisation et

des enfants et prennent en charge les enfants de moins de 5 ans atteints de la diarrhée, du paludisme ou de la pneumonie.

L'objectif principal de cette recherche est d'étudier les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile dans le district d'Ambovombe-Androy, lequel bénéficie régulièrement de différentes interventions humanitaires. La présence importante et récurrente de l'humanitaire dans ce district améliore-t-elle le recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans ? Pour répondre à cette question, en termes de santé maternelle, nous identifierons les déterminants du recours à la CPN et de l'accouchement dans les centres de santé. En termes de santé infantile nous étudierons les déterminants du recours aux soins préventifs et curatifs et la nutrition de enfants. Nous émettons comme hypothèse principale que les actions humanitaires jouent un rôle dans l'amélioration de l'offre et l'utilisation des services de santé maternelle et infantile bien que le recours aux soins dépende de l'interaction de différentes variables socioéconomique, géographique, environnementale et culturelle.

Méthodologie

Cette étude a reçu l'autorisation du comité d'Éthique du Ministère de la Santé en août 2017 et comporte deux volets articulés l'un à l'autre : un volet quantitatif et un volet qualitatif. Une grande partie des questionnaires d'enquêtes et des grilles d'entretien est tirée du projet Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans à Madagascar (RESOFEN⁷).

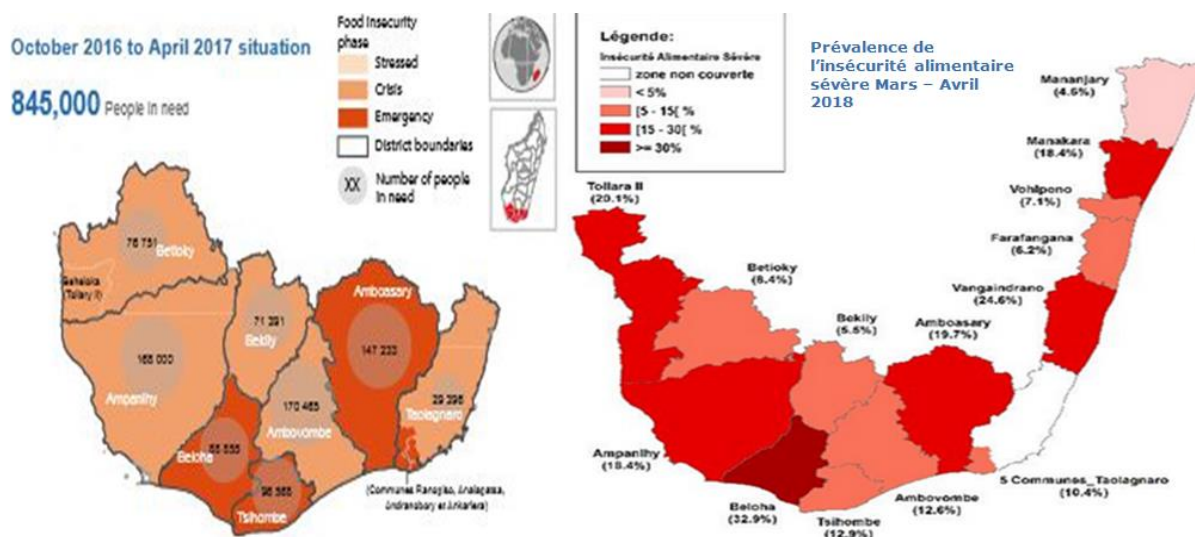
La zone d'étude

L'Androy présente un climat semi-aride avec une faible précipitation et dont l'intensité diminue significativement d'année en année. La mission d'évaluation de FAO/PAM (2016) fait état d'une baisse significative de 112 mm en 2016 par rapport à la moyenne. Les irrégularités pluviométriques dégradent le sol et entraînent une diminution de la capacité de production des principales cultures de 30 à 80% (BNGRC, 2016). L'Androy connaît donc des épisodes récurrents d'insécurité alimentaire (carte n°1).

de mobilisation communautaire en collaboration avec les responsables de CSB, à effectuer des visites à domicile, à faire le suivi des enfants malades et à assurer le rapportage de ces activités au CSB de rattachement (Ministère de la santé, 2012).

⁷ Ce projet est né de la collaboration de jeunes chercheurs en santé maternelle et infantile du Centre Population et Développement (UMR 196-IRD-Université Paris-Descartes), du Centre de Recherche pour le développement de l'Université Catholique de Madagascar et l'Institut Pasteur de Madagascar. Le projet est financé par l'IRD à travers le financement Jeunes équipes associées IRD (JEAI), couvrant la période 2015-2018 et l'UNICEF sur la période 2017. L'objectif du projet est d'étudier les facteurs socioéconomiques, psychosociaux et culturels influençant les recours aux soins préventifs et curatifs des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans.

Carte 1 : Prévalence de l'insécurité alimentaire dans le grand-sud de Madagascar



Source : PAM, 2017,2018

À Ambovombe-Androy, le taux d'insécurité alimentaire est passé de 27% à 41% de 2014 à 2015 et à 48,6% en 2016 (OCHA, UNICEF et BNGRC, 2015 ,2016, 2017b). La situation de survie entraîne souvent des privations sur les besoins fondamentaux des ménages, dont l'alimentation, l'éducation et la santé. En effet, sur la même période, le taux de malnutrition aiguë est passé de 6,7%, à 8,4% de 2014 à 2015 et à 14,1% en 2016 (ibidem). En 2016, 37% des ménages affectés par la malnutrition ont retiré leurs enfants de l'école primaire (ibidem) et chez les moins de 5 ans, le taux de mortalité rétrospective associé à la malnutrition est de 5,9 ‰ (ibidem). Chez les femmes enceintes, les privations peuvent se traduire par l'absence de CPN et par un accouchement non assisté par un personnel de santé qualifié. Chez les enfants, elles concernent l'absence de recours aux soins en cas de maladie et l'absence d'hygiène.

Les interventions humanitaires d'urgence portent généralement sur la prise en charge dans des centres spécialisés de la malnutrition sévère, la distribution de vivres et d'eau potable. Les programmes de prévention visent à atténuer la vulnérabilité des ménages par des transferts périodiques d'argent aux ménages ciblés vulnérables⁸, l'appui à l'utilisation des semences améliorées et adaptées au climat de la zone, l'appui à la cantine scolaire, des conseils en nutrition chez les femmes enceintes et allaitantes, l'implantation de sites communautaires à des fins de sensibilisation et de prise en charge de la malnutrition modérée des enfants, l'approvisionnement en eau potable etc.

Le peuple de l'Androy, dénommée *Antandroy* ou *Tandroy* a une structure sociale basée sur le respect des ancêtres et des notables, notamment ceux issus de la lignée du père. C'est une société polygame très codifiée, dont l'organisation socio-économique repose sur des règles ancestrales de clans et de lignages. La société est également rattachée à beaucoup de croyances, de tabous et de pouvoirs dont notamment le pouvoir des sorciers,

⁸ Entre autres, les ménages avec des enfants de moins de 5 ans.

des devins et des esprits. Les *Antandroy* sont des cultivateurs et des éleveurs, particulièrement de zébus. Cet animal est considéré sacré et possède une place importante dans la vie aussi bien quotidienne que spirituelle des familles. En effet, posséder de nombreuses têtes de zébu constitue un signe de richesse et confère à la famille un rang élevé dans la société. Lors des différentes cérémonies de décès ou de demande de bénédiction des ancêtres, l'honneur se mesure aux nombres de têtes sacrifiées. Ainsi, les activités économiques des ménages ont pour objectif final l'acquisition de zébus (Bidaud-Rakotonarivony, 2007).

Dans la vie quotidienne des familles *antandroy*, la forme patriarcale de la société implique des rôles distinctifs associés aux hommes et aux femmes. Ces rôles sont bien souvent en défaveur des femmes qui ont un statut inférieur vis-à-vis des hommes. De ce fait, les femmes sont souvent victimes de violences domestiques et selon l' INSTAT (2012) 78,2% d'entre elles acceptent cette situation (MICS4, INSTAT-UNICEF, 2012). La femme n'hérite également pas de terres et dans la polygamie, c'est l'homme qui attribue à chacune de ses femmes une parcelle de terre qu'elle doit cultiver. Il appartient cependant à l'homme de décider de la distribution de la récolte et à la femme d'assumer seule, selon la part qui lui a été accordée, la subsistance, la santé et l'éducation des enfants (Maharetse, 2015). Cette situation pourrait donc expliquer en partie les situations de santé précaire des femmes et la malnutrition des enfants.

Constitution des échantillons

Tous les districts de la région *Androy* bénéficient des mêmes interventions humanitaires dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Le district d'Ambovombe, chef-lieu de la région, a donc été choisi comme site d'étude puisqu'il permet, non seulement, d'avoir une représentativité en milieu urbain (Commune d'Ambovombe ville) et en milieu rural (les communes d'Ambohimalaza et d'Ambanisarika), mais également d'étudier deux régions rurales se trouvant à même distance du chef-lieu de district⁹. Cependant, les ménages vulnérables de la commune rurale d'Ambohimalaza bénéficient, en plus, d'un autre programme de transfert d'argent « *le fiavota* »¹⁰. Un fond est versé mensuellement aux ménages vulnérables comportant des enfants de moins de 5 ans. Le projet couvre la période 2016-2019 et le montant s'élève à 30 000 ¹¹Ariary (9,6 \$ US) par mois soit l'équivalent de 16,7 kg de riz¹².

⁹ Le chef-lieu de district dispose d'un centre hospitalier où sont prises en charge gratuitement les maladies liées à l'accouchement comme les fistules.

¹⁰ Un programme de protection sociale basé sur des axes complémentaires, dont la sécurité alimentaire et la nutrition. Le projet vise prioritairement les ménages les plus vulnérables avec des enfants de moins de 5 ans.

¹¹ Le cours moyen d'1 \$ US en 2017 était de 3 116 Ar

¹² . D'après l'Observatoire du Riz de Madagascar, le prix moyen d'1kg de riz au premier trimestre 2018 est d'environ 1 800 Ariary. Le riz est l'aliment de base des Malgaches. Mais dans l'Androy, une des principales zones productrices de manioc, le maïs et le manioc sont les principaux aliments de substitution du riz.

La population d'étude est composée de deux groupes : les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de grossesse¹³ et les femmes ayant accouché moins d'un an lors de l'enquête. Une partie du questionnaire s'adresse également aux deux catégories de femmes qui ont des enfants de 12 à 59 mois.

Le volet quantitatif

L'estimation de la taille de l'échantillon a été effectuée sur Epitools (risque alpha=0,05, risque Beta =0,2) et sur la base des statistiques de santé du Ministère de la Santé en 2015. La taille de l'échantillon de femmes enceintes à constituer était donc de 246 soit 82 dans chaque commune de comparaison et de 288 pour les femmes ayant accouché et parents d'enfants de moins de 5 ans, soit 96 dans chaque commune. À l'issue des travaux de terrain, nous avons pu enquêter 255 femmes enceintes et 303 femmes ayant accouché.

Tableau 1 : Répartition de femmes enquêtées selon le milieu de résidence

	Femmes enceintes	Femmes ayant accouché et parents d'enfants de moins de 5 ans
Milieu urbain		
Ambovombe	87	105
Milieu rural		
Ambohimalaza	83	98
Ambanisarika	85	100
Total	255	303

Source : Enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

Le volet qualitatif

Nous avons effectué 44 entretiens semi-directifs. Du côté des ménages, nous nous sommes entretenus avec huit femmes enceintes, sept femmes ayant récemment accouché et parents d'enfants de moins de 5 ans et quatre grand-mères. Les entretiens auprès des ménages ont permis de connaître les trajectoires des recours aux soins et les événements ayant pu les influencer et les rôles que peuvent jouer les autres membres de la famille, notamment les grand-mères, sur la santé des femmes et des enfants. Du côté de l'offre, les entretiens ont été effectués avec quatre responsables de programmes d'ONG, quatre responsables de CSB et quatre ACS et ACN. L'objectif était de savoir si les organisations humanitaires travaillent en parallèle avec le système de santé ou si leurs interventions sont intégrées dans le système de santé. Chez les tradipraticiens, un devin-guérisseur et sept matrones ont été interrogés.

¹³ Cette tranche d'âge de grossesse a été retenue car certaines femmes enceintes hésitent à se rendre en CPN tant que la grossesse n'est pas visible.

Analyse des données

Les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle

Pour estimer la probabilité qu'une femme enceinte effectue au moins une CPN, nous avons utilisé un modèle logistique. La variable dépendante (Y) est une variable binaire avec une valeur de 1 en cas de pratique de la CPN, 0 sinon.

$$\text{logit}[P(Y = 1|X = x_1, \dots, x_n)] = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n$$

Les variables indépendantes (Xi) prises en compte sont les variables socio-économiques et géographiques et le nombre de grossesse antérieure et β_j indiquent le coefficient de régression ou l'effet net de chaque variable Xi sur la probabilité qu'une femme enceinte effectue au moins une CPN.

L'accouchement en milieu médical étant encore faible dans la région Androy (13,8 % en 2015, 20,8% en 2016, 28,5% en 2017), l'analyse de cette thématique s'est plus focalisée sur des statistiques descriptives et sur les informations issues des entretiens. Les statistiques ont été obtenues avec le logiciel Stata (version 13.0). Les tests de comparaison de proportion (t-test) et des tests de Student (ki-2) sont utilisés pour vérifier l'existence ou non d'une différence d'accès aux soins entre les trois communes. La p-valeur ≤ 0.05 est considérée comme statistiquement significative.

Les déterminants de l'utilisation des services de santé infantile.

Les soins préventifs aux enfants de moins de 12 mois comprennent la consultation post-natale, le pesage et la mesure de la taille, la prise de vitamine, la vaccination et la nutrition. Les recours aux soins curatifs concernent à la fois les enfants de 0 à 11 mois et les enfants de 12 à 59 mois. Nous utilisons la statistique descriptive et les analyses sont complétées par des analyses thématiques issues des entretiens et des notes d'observations. Nous avons également procédé aux tests de comparaison de proportion (t-test) et des tests de Student (ki-2) sont utilisés pour vérifier l'existence ou non d'une différence d'accès aux soins entre les trois communes.

L'analyse qualitative

L'analyse qualitative comporte deux étapes. La première vise à produire un arbre thématique réunissant l'ensemble des thèmes et sous-thèmes utilisés pour le traitement des informations. Les six thèmes suivants sont ressortis du canevas d'entretien : les soins liés à la grossesse, l'accouchement, les soins aux enfants et aux nouveau-nés, l'implication des soignants, l'implication des ACN et des ACS, les impacts des interventions des ONG et la collaboration entre les différents acteurs en santé maternelle et infantile. La deuxième étape consiste à réunir les passages d'entretiens par thème et sous-thème afin d'avoir une idée plus concise sur l'offre et la demande de soins et la place des organisations humanitaires dans l'offre de soins de santé maternelle et infantile.

Le recours aux services de santé maternelle

À l'échelle nationale, de larges campagnes de sensibilisation à destination des femmes enceintes sont développées pour les inciter à fréquenter les centres de santé. Ces campagnes expliquent les avantages d'un suivi médical de la grossesse et de l'accouchement. Des études montrent que ces messages sont bien perçus par les femmes, mais que différents facteurs les empêcheraient de recourir effectivement aux services médicaux. D'une part, il y a les barrières inhérentes à l'offre : l'éloignement géographique et l'état des routes qui mènent vers les centres de santé, les relations soignants-soignés à base de tracasserie et d'humiliation pour les patients, le marchandage des services, etc. (Pourette *et al*, 2015, 2018, Mestre 2014, 2018). D'autre part, les situations individuelles et des ménages constituent autant de barrières d'accès à la santé : les activités domestiques ou économiques assignées à la femme et auxquelles elle ne peut se soustraire, la situation économique du ménage qui ne permet pas souvent le paiement d'une prestation médicale. Ces facteurs contribueraient au recours aux pratiques traditionnelles autour de la grossesse et de l'accouchement dont le recours aux services d'une matrone ou *reninjaza*¹⁴ (Pourette *et al op cit*).

La pratique de la CPN à Androy

Presque toutes les femmes enceintes (97%) acceptent la nécessité de recourir à la CPN et 84 % l'ont effectivement pratiquées. Dans les CSB, la CPN est assurée par une sage-femme (cas d'Ambovombe et d'Ambohimalaza) ou un infirmier (cas d'Ambanisarika). Les femmes choisissent généralement de se rendre dans les CSB de leur village. Toutefois, pour optimiser leur temps, certaines femmes d'Ambanisarika vont dans le centre de santé d'Ambovombe lorsqu'elles se rendent en ville pour leur corvée d'eau.

¹⁴ Terme désignant des personnes désignées par la communauté pour prendre soin des femmes durant le processus de reproduction. Ces personnes deviennent des matrones, car elles sont issues de famille de matrone ou qu'elles ont reçu un don de Dieu. Les matrones interviennent, parfois dès la conception, pour favoriser la survenue d'une grossesse; durant la grossesse, pour veiller à son bon déroulement ; à l'accouchement et parfois, au-delà pour prodiguer des conseils sur la santé de la mère et du nouveau-né (Pourette, 2018).

Tableau 2 : Pratique de la consultation prénatale chez les femmes enceintes en 2017

	Total	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Nécessité de pratiquer la CPN				
Oui	248 (97,3%)	84 (98,8%)	81 (97,6 %)	83 (95,4 %)
Non	7 (2,7%)	1 (1,2 %)	2 (2,4%)	4 (4,6 %)
Pratique de la CPN (Femme enceinte ayant effectué au moins une CPN)				
Oui	213 (83,5%)	77 (90,6%)	69 (83,1%)	67 (77,0%)
Non	42 (16,5%)	8 (9,4%)	14 (16,9%)	20 (23,0%)
Total	255 (100%)	85 (100%)	83 (100%)	87 (100%)
Personne qui suit la grossesse				
Sage-femme	148 (69,5%)	17 (22,1%)	69 (100%)	62 (92,5%)
Infirmière	1 (0,5%)	60 (77,9%)	0 (0%)	1 (1,5%)
Matrone	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,5%)
Médecin	63 (29,6%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,5%)
Total	213 (100%)	77 (100%)	69 (100%)	67 (100%)

Source : Auteurs, Enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

D'après les entretiens, l'utilisation à la fois des services d'une matrone et ceux d'un personnel de santé est courante durant la grossesse. Les femmes enceintes qui recourent aux services des deux systèmes reconnaissent leurs vertus respectives et l'objectif est d'assurer un bon déroulement de la grossesse : un suivi médical à travers la CPN et une protection des influences néfastes du monde extérieur ou du monde des esprits à travers les services d'une matrone. D'après les femmes, la CPN permet de suivre l'état de santé de la mère et du fœtus, de recevoir des vaccins, de connaître la position du fœtus, de recevoir un traitement en cas de maladie et de déterminer le stade de la grossesse. La matrone, quant à elle, donne surtout des conseils pour la santé de la femme et du fœtus (la nutrition, les interdits, les rituels, etc.) et prépare des décoctions à base de plantes destinées à donner des forces à la mère. La matrone offre également des services qui ne sont pas dispensés dans les CSB comme les massages destinés à soulager les douleurs du dos ou du ventre, ou à repositionner le fœtus diagnostiqué en mauvais positionnement¹⁵.

Les déterminants de la pratique de la CPN

Nous allons d'abord voir les coûts liés à la pratique de la CPN, évoqués par certaines femmes comme un déterminant de recours aux soins. En effet, même si les prestations des CSB sont supposées être totalement gratuites (52,6 % des femmes n'ont rien déboursé), certains services impliqueraient des dépenses que la femme enceinte ne peut pas toujours supporter. Pour celles qui ont payé des frais médicaux (47,3%), le coût moyen de la consultation s'élève à 4 826 Ariary¹⁶ soit 1,5 \$ US environ ou l'équivalent de 2,7Kg de riz. Ces dépenses sont importantes, même si elles ne peuvent pas être considérées comme

¹⁵ Lorsque le fœtus ne se présente pas la tête en bas.

¹⁶ Unité monétaire malgache.

catastrophiques¹⁷ (OMS, 2003). En effet, ces dépenses se situent à moins de 13,5% de la capacité à payer (CAP) des ménages.

Certaines femmes (39%) avancent également qu'elles ont été accompagnées lors de leur CPN. La majorité de ces accompagnants (80%) ont arrêté leurs activités économiques et pour la moitié d'entre eux, cette situation a entraîné un coût économique. La perte de revenu s'élèverait en moyenne à 17 550 Ariary ou 5,6 \$ US, soit l'équivalent d'environ 10 kilos de riz.

Tableau 3 : Coûts liés à la CPN chez les femmes enceintes (en Ariary)

	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Coût moyen direct (frais médicaux)	6 188	2 000	6 954
Coût moyen indirect (frais de transport et/ou repas)	0	18 750	16 350
Coût total	6 188	20 750	23 304
Revenu mensuel	69 760	178355	180 600
Capacité à payer (CAP)	46 042	117 714	119 196
Coût direct/ CAP	13,4 %	1,7 %	5,8 %
Coût total/ CAP	13,4 %	17,6 %	19,6 %

Source : Auteurs, enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

D'après les entretiens, un autre facteur qui empêcherait les femmes enceintes de pratiquer la CPN ou de l'effectuer, mais de manière tardive, c'est-à-dire vers le 6^{ème} ou le 7^{ème} mois de grossesse, est la distance jusqu'au CSB, généralement parcourue en charrette ou à pied. Les femmes expliquent que le CSB est à plusieurs heures de marche et s'y rendre les épuiserait. De plus, elles ne peuvent pas abandonner leurs tâches ou leur travail au quotidien. La honte vis-à-vis de la grossesse ou des conditions de vie a été également soulignée.

Pour connaître les poids de ces différentes variables (distance et conditions de vie) dans la pratique de la CPN, nous avons recouru à une estimation, en y spécifiant les modalités associées à chaque variable et en ajoutant d'autres variables de contrôle comme l'âge, le niveau d'éducation, la situation matrimoniale, la religion, le milieu de résidence et le nombre de grossesse antérieure. Les résultats du modèle montrent que parmi les variables retenues, la religion, le milieu de résidence et la distance pour se rendre au CSB seulement sont significatifs .

¹⁷ Les dépenses de santé sont considérées ainsi, lorsqu'elles excèdent les 40% de la capacité à payer des ménages, c'est à dire le revenu moyen déduit des dépenses alimentaires. À Madagascar, la part de l'alimentation dans le revenu total d'un ménage est de 66% en moyenne (INSTAT, 2010).

Tableau 4 : Probabilité pour les femmes enceintes de pratiquer la consultation prénatale selon leurs caractéristiques

	OR ¹⁸	p-value	OR	p-value	OR	p-value
Age (référence : 18-25 ans)						
Moins de 18 ans	0,83	0,75	1,15	0,85	2,74	0,20
25-49 ans	1,12	0,79	0,97	0,94	0,63	0,44
Education (réf : analphabète et primaire)						
Collège	0,89	0,79	0,85	0,71	0,88	0,78
Lycée	1,43	0,54	1,06	0,92	1,18	0,79
Religion (réf : chrétienne)	0,22***	0,00	0,22***	0,00	0,21***	0,00
Situation matrimoniale (réf : accompagnée)						
Non accompagnée	1,41	0,40	1,64	0,27	1,36	0,53
CAP	1,09	0,49	1,16	0,31	1,16	0,33
Milieu de résidence (Réf : urbain)						
Rural	2,92***	0,01	2,71**	0,02	2,63**	0,04
Distance (réf : <3km)						
3 à 5 km	-	-	0,53	0,26	0,41	0,14
5 à 10km	-	-	0,30**	0,02	0,28**	0,02
Plus de 10 km	-	-	0,30	0,11	0,30	0,13
Grossesse (Réf : primipare)						
2<grossesse<4	-	-	-	-	3,30*	0,08
Plus de 4 grossesses	-	-	-	-	5,89*	0,07
Constante	2,31	0,62	1,72	0,76	0,68	0,84
Nombre d'observations	236		236		236	

Source : Auteurs, Enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

La probabilité d'effectuer une CPN est élevée quand la femme est chrétienne. D'après les ACS, les différentes religions chrétiennes présentes dans la zone véhiculent des messages pour la prise en charge de la santé (Morrison et al, 2014) et rendraient efficaces leur travail de sensibilisation. Certaines religions offrent même dans des centres médicaux des services de santé aux familles.

En milieu rural, contrairement à la perception générale, la pratique de la CPN est plus fréquente. Les femmes en milieu rural sont sensibilisées aux soins médicaux et recherchent des soins dans les CSB. Toutefois, ce recours est favorisé par l'accessibilité géographique des CSB (cas d'Ambanisarika), la gratuité des soins et/ou la distribution de dons. En effet, d'après nos entretiens, certaines femmes viennent réaliser la CPN dès le 2^{ème} mois de grossesse ou reviennent pour d'autres CPN pour recevoir des dons d'eau ou de moustiquaires utiles dans la vie quotidienne. La CPN augmente au niveau des CSB puisqu'elle répond à des besoins impératifs pour les femmes. L'assurance du bon déroulement de la grossesse grâce à consultation gratuite ou à faible coût, à la distribution

¹⁸ Odd ratio (OR) est le rapport des cotes des probabilités de recourir à la CPN. Si l'OR est supérieur à 1 et la p-value inférieure à 0,05, la probabilité de recourir à la CPN est élevée et significative.

de médicaments et de vaccin et aux examens médicaux de la mère et du fœtus perçus comme plus fiables et plus détaillés que chez la matrone (prise des variables avec des matériels médicaux et analyse). La pratique de la CPN, permet également aux femmes d’avoir un carnet de suivi de la grossesse. Plus tard, si l’accouchement devait avoir lieu hors du CSB pour différentes raisons, ce carnet garantit l’accueil auprès du CSB en cas de complication. Il permet également d’y obtenir des soins qui ne sont pas disponibles auprès de la communauté, notamment le vaccin pour le nouveau-né (Pourette et al, 2018). Cependant, ces interventions ne sont pas efficaces si les centres de santé sont éloignés du lieu de résidence de la femme. Les estimations du modèle montrent une diminution de la probabilité de pratiquer la CPN à partir d’une distance supérieure à 5 km.

L'accouchement

La majorité des femmes enceintes (93%) pensent que les matrones peuvent réaliser un accouchement et 62,7% pensent accoucher dans un centre de santé. D’après les entretiens, l’accouchement peut être réalisé par la matrone, d’autant plus qu’elle détient des connaissances nécessaires pour assurer son bon déroulement. Cette représentation sociale du rôle de la matrone conjuguée aux circonstances socio-économiques, géographiques et climatiques au moment de l’accouchement influe bien souvent sur le choix des femmes quant à l’utilisation des services de la matrone comme premier recours. Par ailleurs, l’assurance que la grossesse ne présentait pas de risques selon CPN effectuées tendrait, selon les circonstances, les femmes à choisir les services de la matrone. Ainsi, malgré l’offre de kit d’accouchement dans les CSB, 52% des femmes d’Ambanisarika et 65% des femmes d’Ambohimalaza ont accouché avec une matrone. En milieu urbain, par contre, l’accouchement dans les centres de santé est 51,4%. Le test de Pearson montre qu’il y a une différence significative de recours entre les trois communes ($\chi^2 = 61.2343$, Pr = 0.000). L’éloignement des centres de santé explique en grand partie cette situation.

Tableau 5 : Lieu d'accouchement des femmes

	Ensemble	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Domicile avec la matrone	154 (50,8%)	52 (52,0%)	64 (65,3%)	38 (36,2%)
Au Centre de santé de base	74 (24,4%)	38 (38,0%)	17 (17,4%)	19 (18,1%)
À la Maternité ou à l’hôpital	51 (16,8%)	4 (4,0%)	12 (12,2%)	35 (33,3%)
Domicile sans personnel de santé	9 (3,0%)	5 (5,0%)	2 (2,0%)	2 (1,9%)
Domicile avec personnel de santé	6 (2,0%)	0 (0%)	2 (2,0%)	4 (3,8%)
Clinique ou cabinet privé	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Autre	8 (2,6%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	6 (5,7%)
Total	303 (100%)	100 (100%)	98 (100%)	105 (100%)

Source : Auteurs, enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

Les femmes ayant une préférence pour le milieu médical expliquent qu'elles y vont pour un meilleur suivi. D'après les entretiens, le CSB est bien équipé et les femmes peuvent y obtenir des médicaments, notamment les injections en prévention du *sovoka*¹⁹, une maladie post-accouchement qui pourrait provoquer la mort. L'accouchement dans un centre de santé de base ou à l'hôpital s'avère également incontournable lorsque la femme présente des risques de complications. Ces risques sont décelés par la matrone qui se charge alors d'accompagner la femme enceinte au CSB.

Les principales raisons qui ont poussé les femmes à accoucher avec une matrone sont les craintes d'accoucher en route (21,5%) si elles devaient aller dans un centre de santé, les problèmes financiers (27,3%), la praticabilité (13%) et la croyance que l'accouchement n'est pas difficile (15%). La majorité des femmes interviewées ne connaissaient pas leur date probable d'accouchement (61%). Elles ne pouvaient donc, ni prévoir à quel moment elles devaient se rendre auprès des CSB pour accoucher (surtout si elles résident loin) ni se préparer financièrement pour l'accouchement (tenant compte de leur situation économique). Dans les trois communes, accoucher dans le CSB du village revient à 1,5 fois à 3 fois plus cher que d'accoucher chez une matrone et à 1,2 fois à 2,2 fois plus cher que d'accoucher à l'hôpital public d'Ambovombe. En effet, lorsque la femme choisit d'accoucher dans un centre de santé, en plus des frais médicaux, elle doit prévoir les repas, les frais de déplacement des personnes qui vont les accompagner et un don d'argent qui constitue une sorte de reconnaissance pour les services fournis durant l'hospitalisation (Mestre 2014, 2018 ; Bellas-Cabane²⁰, 2018).

Tableau 6 : Coût moyen de l'accouchement selon le lieu d'accouchement (en Ariary)

Prestataires	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Matrone	60 106	40 477	63 202
CSB	181 842	142 353	103 974
Hôpital public	156 500	64 250	68 243
Cabinet privé	-	-	60 000
Au domicile assisté par un agent de santé	-	20 000	63 000
Au domicile sans assistance	13 360	5 000	15 000
Capacité mensuelle à payer (CAP)	46 042	117 714	119 196
Coût moyen des services d'une matrone/ CAP	131 %	34 %	53 %
Coût moyen des services d'un CSB/ CAP	395 %	121 %	87 %
Coût moyen des services d'un hôpital/ CAP	340 %	55 %	57 %
Perte de revenu de l'accompagnant	10 800	9 000	23 171
Coût moyen/revenu	15,5	5	12,8

Source : Enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

¹⁹ Le *sovoka* est associé à un ballonnement postnatal lorsque la femme ayant accouché attrape froid, mais dans la médecine moderne, cette maladie provient d'une infection puerpérale.

²⁰ Prologue du livre, « femme, enfants et santé à Madagascar », Dir Pourette D, Mattern C, Bellas Cabane, Ravalolomanga, 2018.

Le coût d'un accouchement dans un CSB, surtout en milieu rural se situe largement au-dessus de la CAP d'un ménage. Il s'élève respectivement à 181 142 Ar (58,4 \$ US soit l'équivalent de deux sacs de 50kg de riz) à Ambanisarika et à 142 353 Ariary (45,7 \$ US soit l'équivalent de 79,1 kg de riz) à Ambohimalaza. Les dépenses liées à l'accouchement peuvent donc être considérées comme une dépense catastrophique. Dans la grande majorité des cas, la situation de pauvreté des ménages d'un côté mais également l'objectif de cumuler des bœufs de l'autre côté, ne permettent pas aux femmes de perspectives d'épargne pour la santé. Ainsi, le moment de l'accouchement venu, soit la femme vend un petit animal ou emprunte pour pouvoir payer des prestations médicales, soit elle a recours au service d'une matrone.

La femme qui accouche avec une matrone doit apporter de l'alcool, du fil et une lame pour couper le cordon ombilical. Le coût de ces consommables étant bien moindre (3000 à 5 000 Ariary, soit 0,9 à 1,6 \$ US) par rapport aux dépenses à supporter pour un accouchement dans un centre de santé, l'offre de Kit d'accouchement n'est pas incitative pour les femmes. Cependant, les tarifs appliqués par les matrones ne sont pas pour autant bien moindre par rapport aux tarifs des centres de santé. Pour Ambanisarika et Ambovombe, les coûts se situent, même au-dessus de la CAP des ménages mais le paiement a l'avantage de pouvoir être différé, échelonné ou donné en nature (riz, poulet, cabri, etc.).

La consultation postnatale

Moins d'un tiers (30,4 %) des femmes ayant accouché ont effectué un suivi de leur santé après l'accouchement. La plupart des femmes évoquent le fait qu'elles se sentent en bonne santé pour expliquer l'absence de consultation ; pour certaines, l'éloignement, le problème de temps, et le moyen financier les empêcheraient de se rendre dans les CSB. D'après les entretiens, après l'accouchement, la femme doit observer une période de confinement qui peut durer de quelques semaines à 6 mois. Durant cette période, la femme doit rester au chaud et l'allaitement du nourrisson est une priorité. Afin d'assurer le bon rétablissement de la femme et favoriser la montée du lait, la famille essaye d'apporter des compléments de nourritures comme le riz et la viande que la femme a difficilement accès au quotidien. En raison de sa fragilité, la femme a pour seule obligation de faire attention sous peine d'attraper des maladies, notamment le *sovoka*. Ainsi, il appartient à la famille d'apporter à la femme les soins nécessaires au maintien de l'hygiène et d'assumer ses tâches quotidiennes. Il n'y a pas de contact externe durant cette période et le recours aux services d'une sage-femme n'est nécessaire qu'en cas de maladie. Dans ce cas, les premiers vaccins du nourrisson sont retardés ou c'est la grand-mère qui l'emmène au CSB le jour de la vaccination. Ainsi, les femmes ne reçoivent pas toujours, les messages adressés à leur endroit par le personnel de santé, notamment sur l'allaitement exclusif (Rakotomanana *et al*, 2018).

L'utilisation des services de santé infantile

En dehors des consultations néonatales, les mères sont sensibilisées à des comportements de prévention à l'égard de leurs nouveau-nés. En théorie, la prévention commence dès la naissance par l'allaitement, puis par la vaccination et la prise de vitamine A. La vaccination et la prise de vitamine peuvent avoir lieu dans les CSB selon les calendriers établis ou durant la célébration de la semaine de la santé de la mère et de l'enfant ou SSME²¹. En matière de nutrition et d'hygiène, les mères sont incitées à fréquenter les sites communautaires pour avoir des conseils, pour le pesage et pour la mesure de la taille. En cas de maladie d'enfant, les messages véhiculés portent sur la nécessité d'une consultation immédiate auprès d'un ACS ou auprès d'un centre de santé, la proscription du non-recours ou de l'auto-recours (automédication). En effet, dans le quotidien des malgaches, la consultation médicale, les pratiques traditionnelles (Blanchy, 2007 ; Lefèvre, 2013) et l'automédication via le secteur formel ou non formel (Mattern, 2017, 2018) constituent autant les uns que les autres un recours aux soins en cas de maladies. Le choix du recours dépend cependant des variables structurelles (éloignement des centres de santé, état des routes), de la situation financière du ménage, de la représentation de la maladie et du membre de la famille concerné.

La prévention

Dans les trois communes, plus de 70% des nouveau-nés ont été emmenés dans un centre de santé pour une consultation néonatale. En milieu rural, le bon état de santé de l'enfant constitue le premier motif d'absence de visite. En milieu urbain, les messages sur la nécessité des consultations néonatales semblent bien passer auprès de la population puisque l'absence est plus liée à des motifs financiers ou que les visites ont été effectuées auprès des ACS. L'utilisation des autres services de prévention apparaît relativement élevée : plus de 80% des nouveau-nés ont été emmenés pour le pesage et la vaccination et 57,8% d'entre eux ont reçu la vitamine A. Les périodes spécifiques de distribution de vitamine A (SSME) expliqueraient que la moitié seulement des nouveau-nés en ont bénéficié. Enfin, le taux d'enfants non vaccinés s'élevant à 13,2 % semble élevé. Pour un tiers des cas, les raisons évoquées sont l'éloignement et la non-accessibilité des centres de santé ; pour le reste, les parents pensent que leurs nourrissons sont encore trop petits pour être vaccinés ou que les vaccins rendent les enfants malades. Des efforts de sensibilisation doivent donc être fournis pour éclairer davantage les parents sur les objectifs de la vaccination, d'autant plus que la proportion d'enfants non vaccinés la plus élevée se trouve dans la commune urbaine d'Ambovombe où les centres de santé sont supposés être plus accessibles (il y a une différence significative dans la vaccination, plus élevée à Ambanisarika qu'à Ambovombe, $p=0.04$) et que bien souvent les campagnes de « vaccination de rattrapage » durant la SSME ne sont pas acceptées par les mères qui ne

²¹ La SSME est organisée deux fois par an dans tout le pays. Durant cette semaine, les CSB distribuent gratuitement aux enfants de moins de 5ans de la Vitamine A, des vermifuges pour les enfants de moins de 5ans et pour les femmes enceintes de moins de 4 mois. Des séances de rattrapage de vaccins de routine ont également lieu dans les CSB ou de maison en maison par des agents de santé pour les zones enclavées.

comprennent pas la pertinence de ces vaccins et/ou ont peur des effets secondaires que pourraient apporter des injections récurrentes (Ramaroson et Pourette, 2018).

Tableau 7 : Utilisation des services de prévention chez les moins de 5 ans

	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Consultations néonatales			
Oui	70 (71,4%)	70 (73,7%)	82 (74,5%)
Non	28 (28,6%)	25 (26,3%)	28 (25,5%)
Total	98 (100%)	95 (100%)	110 (100%)
Raisons de l'absence de la consultation néonatale			
L'enfant se porte bien	15 (53,6%)	14 (50,0%)	2 (7,1%)
Problèmes financiers	6 (21,4%)	0 (0%)	5 (17,9%)
Problèmes d'accessibilité	2 (7,1%)	4 (16,0%)	3 (10,7%)
Méconnaissance des offres de soins	-	2 (8,0%)	5 (17,9%)
Visite auprès de l'ACS	2 (7,1%)	0 (0%)	6 (21,4%)
Visite auprès de la matrone	2 (7,1%)	1 (4,0%)	0 (0%)
Autres	1 (3,6%)	4 (16,0%)	7 (25,0%)
Total	28 (100%)	25 (100%)	28 (100%)
Service de Pesage pour les 0-11 mois			
Oui	79 (80,6%)	80 (84,2%)	93 (84,5%)
Non	19 (19,4%)	15 (15,8%)	17 (15,5%)
Prise de vitamine pour les 0-11 mois			
Oui	49 (50,0%)	65 (68,4%)	61 (55,5%)
Non	49 (50,0%)	30 (31,6%)	49 (44,5%)
Vaccination chez les 0-11 mois			
Oui	89 (90,8%)	81 (85,3%)	93 (84,5%)
Non	9 (9,2%)	14 (14,7%)	17 (15,5%)
Total	98 (100%)	95 (100%)	110 (100%)

Source : Auteurs, enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

Par ailleurs, les femmes mentionnent aussi le maintien de l'hygiène comme comportement de prévention. Cependant, les recommandations restent peu appliquées en raison de la difficulté d'accès ou de la pénurie d'eau.

La nutrition

Les recommandations en termes de nutrition chez les nourrissons portent sur l'allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois. La majorité des femmes ayant accouché (97,5%) allaite leurs nourrissons, mais un peu plus de la moitié (56%) seulement pratique la recommandation. Dans les trois communes, ce sont les mères de la commune rurale d'Ambanisarika qui pratiquent le plus l'allaitement exclusif. La différence est significative entre commune urbaine et commune rurale. La proportion est plus élevée à Ambohimalaza qu'à Ambovombe ; $p=0.00$ et à Ambanisarika qu'à Ambovombe, ($p=0.00$).

Les mères d’Ambohimalaza estiment que l’insuffisance du lait maternel ne leur permet pas de nourrir convenablement leurs nourrissons et les mères d’Ambovombe introduisent d’autres aliments simplement par habitude. L’habitude s’acquiert dans la communauté, sous les conseils des femmes plus âgées (mères, grand-mères, matrones). Ainsi, des séances de sensibilisations dès la période de grossesse devraient éclairer les avantages d’un allaitement maternel exclusif en comparaison d’un allaitement maternel non exclusif. En effet, si les avantages de l’allaitement maternel sont connus, les croyances sur les apports d’autres aliments dans le développement du nourrisson sont aussi répandues (Rakotomanana *et al* (2018).

En termes d’alimentation, en général, les femmes sont encouragées par les ACN à varier les plats. Dans cette perspective, les sensibilisations et les démonstrations culinaires des ACN proposent souvent des plats multicolores et variés. Cependant, ces incitations apparaissent difficiles à appliquer en raison des dépenses que cela pourrait inclure, du fait que les aliments disponibles se limitent souvent au manioc et au maïs et que dans une société patriarcale, les besoins des femmes sont souvent relégués au second rang.

Tableau 8 : Allaitement des nouveau-nés et inscription des enfants de moins de 5ans à un programme de nutrition

	Ensemble	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Allaitement exclusif chez les nouveau-nés				
Oui	170 (56,1%)	76 (77,5%)	36 (37,9%)	58 (52,7%)
Non	133 (43,9%)	22 (22,5%)	59 (62,1%)	52 (47,3%)
Total	303 (100%)	98 (100%)	95 (100%)	110 (100%)
Raisons de la non-exclusivité				
Insuffisance de lait maternel	63 (47,4%)	7 (31,8%)	37 (62,7%)	19 (36,5%)
Habitude(s)	53 (39,8%)	13 (59,1%)	15 (25,4%)	25 (48,1%)
Pour la santé du bébé	13 (9,8%)	1 (4,6%)	6 (10,2%)	6 (11,5%)
Autre(s)	4 (3,0%)	1 (4,6%)	1 (1,7%)	2 (3,8%)
Total	133 (100%)	22 (100%)	59 (100%)	52 (100%)
Inscription à un programme de nutrition chez les 12-59 mois				
Oui	177 (68,6%)	61 (79,2%)	50 (64,9%)	66 (63,4%)
Non	81 (31,4%)	16 (20,8%)	27 (35,1%)	38 (36,5%)
Total	258 (100%)	77 (100%)	77 (100%)	104 (100%)

Source : Enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

Les nourrissons qui sont emmenés dans les sites communautaires pour le pesage sont inscrits sur la liste des enfants bénéficiaires de dons de plumpy-nuts pour la lutte contre la malnutrition. Chez les 12-59 mois, il y a une nette augmentation du nombre d’enfants inscrits dans un programme de nutrition infantile. En 2017, sur l’ensemble, le taux est de 68,6 % s’il était de 34,5% en 2015 (annuaires des statistiques de secteur de santé 2015, 2017, *op.cit.*). Cependant, la différence est significative entre les communes, le taux est

moins élevé dans la commune rurale d'Ambanisarika que dans la commune rurale d'Ambohimalaza ($p=0,01$) et plus élevé que dans la commune urbaine d'Ambovombe ($p=0,00$).

Les soins curatifs chez les nouveau-nés et enfants de moins de 5 ans

Au cours des 12 derniers mois, 80,1 % des nourrissons et 87% des enfants entre 12 et 59 mois ont été déclarés malades. Cependant, environ 61% des enfants de moins d'un an et 58,7 % des enfants de 12-59 mois malades n'ont pas été emmenés en consultation auprès d'un agent de santé. Ainsi, la population semble attribuer des recours spécifiques en fonction de ses problèmes de santé. En effet, les ACS offrent des services de santé de proximité et à faible coût mais le recours à leur service demeure faible (33%) surtout dans la commune rurale d'Ambohimalaza (20,6%). Dans la commune urbaine d'Ambovombe et la commune rurale d'Ambohimalaza, la proportion d'enfants malades emmenés chez les tradipraticiens est assez élevée (22,3% et 30,9%). Par contre, dans la commune rurale d'Ambanisarika, où l'on retrouve le taux le plus élevé d'utilisation des services de maternité, le taux de recours en milieu médical en cas de maladie de l'enfant est également le plus élevé.

Tableau 9 : Recours aux soins chez les enfants de moins de 5 ans

	Ensemble	Ambanisarika	Ambohimalaza	Ambovombe
Enfants de 0-12 mois malades au cours des 12 mois				
Oui	243 (80,2%)	80 (81,6%)	74 (77,9%)	89 (80,9%)
Non	60 (19,8%)	18 (18,4%)	21 (22,1%)	21 (19,1%)
Total	303 (100%)	98 (100%)	95 (100%)	110 (100%)
Consultations auprès d'un centre de santé chez les 0-12 mois				
Oui	95 (39,1%)	42 (52,5%)	24 (32,4%)	29 (32,6%)
Non	148 (60,9%)	38 (47,5%)	50 (67,6%)	60 (67,4%)
Total	243 (80,2%)	80 (81,6%)	74 (77,9%)	89 (80,9%)
Enfants de 12-59 mois malades au cours des 12 mois				
Oui	225 (87,2%)	63 (81,8%)	69 (88,3%)	94 (90,4%)
Non	33 (12,8%)	14 (18,2%)	9 (11,7%)	10 (9,6%)
Total	258 (100%)	77 (100%)	77 (100%)	104 (100%)
Consultations auprès d'un centre de santé chez les 12-59 mois				
Jamais	132 (58,7%)	30 (47,6%)	47 (69,1%)	55 (58,5%)
Au moins une fois	93 (41,3%)	33 (52,4%)	21 (30,7%)	39 (41,5%)
Total	225 (100%)	63 (100%)	68 (100%)	94 (100%)
Recours auprès des agents communautaires de santé chez les 12-59 mois				
Jamais	151 (67,1%)	34 (54,0%)	54 (79,4%)	63 (67,0%)
Au moins une fois	74 (32,9%)	29 (46,0%)	14 (20,6%)	31 (33,0%)
Total	225 (100)	63 (100%)	68 (100%)	94 (100%)
Nombre de recours au tradipraticien chez les 12-59 mois				
Jamais	174 (77,3%)	54 (85,7%)	47 (69,1%)	73 (77,7%)
Au moins une fois	51 (22,7%)	9 (14,3%)	21 (30,9%)	21 (22,3%)
Total	225 (100%)	63 (100%)	68 (100%)	94 (100%)
Mode de recours si recours au tradipraticien				
Recours simultané avec système moderne	28 (54,9%)	6 (66,7%)	10 (47,6%)	12 (57,1%)
Recours alterné avec le système moderne	18 (35,3%)	3 (33,3%)	8 (38,1%)	7 (33,3%)
Recours exclusif au système traditionnel	5 (9,8%)	0 (0%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)
Total	51 (100%)	9 (100%)	21 (100%)	21 (100%)

Source : Auteurs, enquêtes-santé maternelle et infantile, Androy, 2017

L'identification de la maladie ou de certains symptômes influence grandement la décision thérapeutique des parents. Les maladies sont d'abord gérées de façon domestique et les recours sont multiples et de différents niveaux : l'automédication à travers l'usage de la

pharmacopée traditionnelle ou de la médecine moderne²², la consultation d'un devin guérisseur pour les maladies d'origine « céleste » et la consultation médicale, si les symptômes persistent ou ne figurent pas dans les savoirs locaux. Les maladies sont généralement classées en trois catégories : les maladies simples ou normales, les maladies graves et les maladies locales ou traditionnelles. Les maladies simples ou normales concernent les maladies courantes²³ et récurrentes chez les enfants. Ces maladies sont considérées comme faciles à prendre en charge et leur traitement relève de l'auto recours. L'autoconsommation de médicaments pharmaceutiques sur des maladies courantes est devenue une habitude chez les Malgaches (Mattern, 2018). L'efficacité connue de ces médicaments sur des symptômes lors d'épisodes de maladies précédents conduisent souvent les parents à les utiliser. Toutefois, au même titre que les produits pharmaceutiques, les mères peuvent également préparer des décoctions suivant les conseils du voisinage ou des *ndadybe* (les grand-mères). Les remèdes à base de plantes sont des traitements efficaces contre la toux, la diarrhée et la fièvre . L'usage de décoctions est régulier, même en l'absence de maladie pour maintenir l'enfant en bonne santé. D'après les mères, un enfant est reconnu malade lorsqu'il adopte un comportement oisif, a un air morose ou fatigué. La fièvre, la toux ou la diarrhée peut survenir par la suite, mais ces symptômes ne permettent pas encore d'identifier directement la maladie. Il s'agit plutôt de maladies courantes, mais dont les symptômes peuvent donner lieu à différentes interprétations. Ainsi une forte fièvre peut être considérée comme un début de paludisme ou un signe de *tambiho* (une convulsion), une maladie associée au traditionnel. Les parents considèrent que la maladie est grave si l'enfant refuse de boire de l'eau, quand il a des nausées ou qu'il ne sort pas jouer. À ce stade, les parents cherchent à recourir à des soins plus spécialisés auprès des tradipraticiens ou de personnel de santé. En raison de l'éloignement ou de l'accessibilité des centres de santé et des dépenses afférant à un tel recours, les parents ne s'y rendent que lorsque la maladie semble grave ou que les traitements utilisés auparavant n'ont permis aucune amélioration au bout de quelques jours (au moins trois jours). La mère prend cette décision avec son mari, après concertation sur ce qu'il faut faire pour guérir l'enfant. Les enquêtées expliquent, d'ailleurs, que les piqûres et les médicaments du CSB assurent obligatoirement la guérison de l'enfant. De plus, elles affirment que les malades y sont bien accueillis et l'enfant sera ausculté. Dans certains cas, l'utilisation des services de soins modernes s'accompagne également d'un recours auprès d'un tradipraticien. Les recours simultanés signifient que les mères sont ouvertes et réceptives au système de santé moderne, mais elles ne renoncent pas au système traditionnel. Pour ces femmes, les deux systèmes sont complémentaires. Les femmes qui utilisent les services d'un tradipraticien en alternance avec les services du personnel médical sont bien éclairées sur leurs décisions. Les femmes reconnaissent la vertu de chaque système et choisissent de recourir et de garder les meilleures pratiques. Le recours à des tradipraticiens peut avoir lieu à différents stades de la maladie et pour divers motifs. Dès l'apparition de la maladie, par crainte d'entorse ou de *hevo* (le mal des fontanelles), l'enfant est généralement conduit auprès d'une matrone. Elle est reconnue dans tout le village pour l'efficacité de ses soins dans ce domaine. La matrone effectue généralement des massages pour soulager les entorses et les douleurs. En cas de *hevo*, elle pourrait

²² La vente informelle de médicaments dans des épiceries de villages est très répandue.

²³ Comme la grippe, les rhumes ou le paludisme.

déterminer et confirmer la maladie puis préparer des infusions pour le traitement. Dans le cas de maladie d'origine céleste comme le *tambiho*, l'enfant est emmené chez les devins-guérisseurs. Un esprit ou un sortilège est suspecté d'être à l'origine de la maladie et l'administration de piqûres ou de produits pharmaceutiques est considérée comme nuisible, voire mortelle pour l'enfant. Le recours à un guérisseur assure la guérison de l'enfant et l'efficacité constitue une preuve sur l'origine de la maladie. Les enquêtées affirment que les médecins connaissent ces cas. Ainsi, les tradipraticiens, tout comme le personnel de santé sont sollicités en cas d'échec des traitements de l'un ou de l'autre.

Perception des différents intervenants de la santé, de leurs rôles et des impacts de leurs activités

De manière générale, les différents acteurs intervenant dans la santé maternelle et infantile ont déjà des rôles bien déterminés. Ainsi du point de vue de la population, les centres de santé ont pour rôle principal de prodiguer les soins préventifs notamment la vaccination, la CPN et le dépistage de maladie. Selon la représentation de la maladie, le personnel de santé peut également guérir. Les ACS et les ACN, outre leurs rôles respectifs de prise en charge des maladies de l'enfance et de surveillance nutritionnelle des enfants, sont surtout perçus comme des intermédiaires entre la population et les différents services d'aide à la population. Ils ont pour principal rôle la sensibilisation et l'information. Enfin, les tradipraticiens, plus particulièrement les matrones, sont responsables des accouchements, de certains soins à prodiguer aux nouveau-nés comme le massage et de soins curatifs de certaines maladies. Les devins-guérisseurs s'occupent des maladies d'origine céleste.

Du côté des acteurs, les rôles sont également distingués. Les organismes d'aide sont chargés (ONG et PTF) de mettre en œuvre les programmes d'appui à la population et d'acheminer les dons. Ces organismes travaillent avec les CSB et les ACN. Les ONG donnent les dons de médicaments, de moustiquaires et de plumpy-nuts aux CSB. En termes d'intervention en santé maternelle, les CSB distribuent les dons et donnent des séances d'information aux femmes enceintes durant les jours de CPN. En ce qui concerne la santé infantile, les CSB prennent en charge les enfants atteints de malnutrition sévère. Les ACN, qui sont payés par les projets, sont en charge de la sensibilisation. Le pesage et la prise de mesure de taille leur permettent d'établir la liste des enfants malnutris. Les ACS, quant à eux, effectue des sensibilisations sur la CPN, le vaccin, le planning familial, le dépistage, l'hygiène et à la prise en charge intégrée des enfants malades de la diarrhée, du paludisme et des infections respiratoires aiguës. Chez les tradipraticiens, d'après les matrones, leur intervention dans la santé maternelle consiste à envoyer auprès des CSB les cas compliqués ou les cas qu'elles ne peuvent pas prendre en charge. Les devins-guérisseurs ne s'occupent pas de la santé maternelle et infantile. Ils prennent en charge des maladies bien précises comme les fractures et celles d'origine céleste dont la prise en charge nécessite des rites pour que le traitement soit efficace.

D'après les responsables des CSB, les différentes interventions en faveur de la santé maternelle et infantile contribuent à la hausse du taux de fréquentation des CSB par les

femmes enceintes, notamment pour les CPN et par les mères pour la vaccination et la prise en charge des enfants malnutris. D'après les médecins, ces interventions contribuent également à la baisse de la mortalité infantile dans la région et à l'amélioration en général de l'état de santé des enfants. Cependant, malgré les différentes collaborations qui existent déjà, des difficultés persistent pour rendre plus efficaces les interventions.

Collaborations et difficultés ressenties par les différents intervenants

Une réflexion doit être portée sur les finalités recherchées par les différents acteurs dans les collaborations et sur les différentes modalités de collaboration à mettre en œuvre (Pourette 2018, Olivier de Sardan 2018). Quelles seraient les formes de collaboration qui permettrait une reconnaissance de chaque acteur ? Comment faire en sorte que la distinction des rôles soit « exploitée » à des fins d'amélioration de l'accès aux soins ? En effet, la naissance médicalisée et le recours aux soins médicaux en cas de maladie des enfants restent encore faibles. En termes de santé maternelle, il est toléré que des matrones pratiquent des accouchements lorsque la formation sanitaire se trouve à plus de 5 km (Quashie *et al*, 2014). Dans le district d'Ambovombe-Androy, des matrones ont été formées par les responsables de CSB sur les accouchements dans l'éventualité où la femme préférerait accoucher en dehors du milieu médical. Les matrones étaient ensuite invitées à envoyer toutes leurs patientes au CSB pour les CPN et les accouchements. Si les matrones considèrent cette formation comme une forme de collaboration avec les médecins, ces derniers estiment qu'il n'existe aucune coopération avec les matrones en raison de leur absence de qualification et des cas qu'elles réfèrent aux CSB qui sont tous des cas compliqués. En termes de santé infantile, le programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIMEC) est mis en œuvre, mais le taux de recours aux services des AC demeure encore faible notamment en raison de la gestion familiale de la prise en charge de la maladie.

Afin d'augmenter le taux de fréquentation des CSB, particulièrement, pour l'accouchement et les consultations en cas de maladies, des actions d'information et de sensibilisation sur les avantages des soins modernes doivent continuer et des actions de sensibilisation sur le niveau de sévérité des signes des maladies doivent être menées. Il y a, cependant, une nécessité de coopération réelle entre les ONG, les CSB, les ACS et les tradipraticiens pour véhiculer le même message auprès de la population. Durant la sensibilisation ou durant les visites sur le terrain des ONG, les matrones peuvent être mobilisés ensemble pour faire prendre conscience à ces derniers des rôles qu'ils ont dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et de l'importance de référer les femmes vers les CSB. Les ACS interviennent déjà pour mieux faire connaître les services disponibles auprès des CSB et les matrones pourraient sensibiliser sur le fait que les CSB disposent de matériels et de médicaments efficaces pour prévenir les maladies. De même, une sensibilisation axée sur le fait que le kit d'accouchement présente un médicament contre *le sovoka* pourrait être plus incitative pour l'accouchement dans les centres de santé, dans la mesure où cette maladie est reconnue comme dangereuse et mortelle par la population et que son traitement n'est pas connu par la communauté. Par ailleurs, du côté des CSB, différentes formes de valorisation par les responsables de centres de santé peuvent constituer des motivations pour les matrones à l'accompagnement des femmes aux CSB

durant l'accouchement. La sage-femme, par exemple, peut confier à la matrone des tâches qui relèvent de leurs compétences, comme le soutien à la parturiente ou le lavage de matériels (Pourette, 2018). En santé maternelle et infantile, les interventions des tradipraticiens, qui sont déjà reconnus pour leur rôle de guérisseur auprès de la population, agiraient plus sur la sensibilisation.

En matière d'aide, des difficultés émergent également dans la collaboration entre les ONG, les CSB et les ACN. D'une part, nous retrouvons les ONG, dont les pratiques doivent répondre aux contraintes financières des bailleurs (Olivier de Sardan, 2017, 2018) et à leur priorité (Lavigne Delville, 2013) et d'autre part, il y a des acteurs locaux dont les comportements sont dictés par des objectifs divers : obtention de l'aide, de gain (Olivier de Sardan, 2007, Ridde, 2010) ou réel désir d'améliorer la situation (Olivier de Sardan, 2018). À Ambovombe-Androy, les aides sont d'abord acheminées vers les ONG, puis distribuées aux CSB ou dans les villages durant les campagnes. Les CSB établissent la liste de femmes enceintes bénéficiaires de dons (toutes les femmes qui fréquentent le CSB y figurent) et les ACN, celle des enfants malnutris. Les différends apparaissent souvent au moment de la validation de la liste des ACN et de la distribution de dons. En effet, les ACN, pour encourager la fréquentation des sites communautaires et des CSB, incluent dans la liste tous les enfants, malnutris ou non. Une réduction de cette liste par les responsables des CSB est ainsi vue comme une preuve de mauvaise foi. À un autre niveau, les listes sont aussi refusées par certains chefs de *fokontany*²⁴, qui doivent y apposer leur visa, puisqu'ils réclament une part du don. Enfin, les actions des ONG dépendent des fonds octroyés. Les réponses aux appels aux dons sont souvent en dessous des besoins et les interventions ne ciblent pas toutes les personnes concernées. Devant de telles situations, les femmes enceintes, suivant les recommandations des ACN, se rendent dans les CSB pour être inscrites dans la liste et espèrent bénéficier des dons à la prochaine distribution. Quelles formes de collaboration à instaurer alors pour permettre une bonne identification des cibles sans diminuer la fréquentation des sites et des CSB ?

Conclusion

Dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques, les enjeux autour de la santé humanitaire sont complexes puisqu'ils se situent au-delà d'une aide sanitaire ponctuelle suite à la survenance d'un aléa. Cette recherche a pour objectif principal de connaître les conséquences des interventions humanitaires à destination des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans sur l'utilisation des services de santé maternelle en identifiant les déterminants des différents recours aux soins et les raisons qui les soutiennent. Ainsi, les analyses portaient à fois sur la situation de l'offre et de la demande de soins tout en se questionnant du rôle des interventions humanitaires dans l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

Généralement, les sensibilisations contribuent à l'augmentation des fréquentations des centres de santé, car elles informent la population de la distribution de dons pour ceux qu'y rendent. Elles améliorent également la connaissance de la population sur les soins

²⁴ Le premier responsable administratif du village

biomédicaux et sur la santé en général (l'hygiène, la nutrition, et la vaccination). Par ailleurs, les interventions directes sur la santé peuvent présenter de meilleurs résultats en milieu rural (cas d'Ambanisarika) qu'en milieu urbain (cas d'Ambovombe) et dans une commune qui ne reçoit pas d'aide financière (cas d'Ambanisarika) par rapport à une commune dont les ménages en bénéficient (cas d'Ambohimalaza).

La distribution de dons en tant que facteur d'incitation à l'utilisation des services de santé peut fonctionner ou non, selon les besoins de la population concernée. Ainsi, le taux de CPN augmente depuis quelques années puisque le don d'eau est vital dans cette zone sujette à de longues périodes de sécheresse et que la CPN permet aux femmes enceintes de s'assurer du bon déroulement de la grossesse. Les résultats renforcent également les constats des récentes études (Andrianantoandro *et al* 2018, Pourette *et al* 2018) sur la santé maternelle et infantile. Les barrières à l'accès aux soins demeurent l'éloignement des centres de santé et les différents coûts qu'impliquerait le recours aux soins modernes (frais de déplacement, frais de médicaments et éventuellement frais des actes médicaux). La variable culturelle peut renforcer ces deux facteurs si dans la connaissance commune, des recours traditionnels efficaces existent et/ou qu'il est fait une distinction des rôles de chaque acteur de santé. Dans ce cas, les dons ne sont pas incitatifs (cas de l'accouchement) et l'amélioration de l'accès aux soins de la population passe nécessairement par l'amélioration de l'offre et la collaboration de tous les acteurs (tradipraticiens et personnel de la santé).

En 2017, le Ministère de la santé a lancé dans deux zones pilotes la prise en charge des dépenses de santé par la mise en place de la couverture de santé universelle (CSU). La CSU inclue la prise en charge de la consultation, les médicaments, les interventions chirurgicales, la chambre d'hôpital et le transport du CSB vers le CHR. L'adhésion à la CSU se fait au niveau des *fokontany* et avec une cotisation annuelle de 9000 Ariary (soit 2,9 \$ US) par personne, chaque individu peut bénéficier des soins auprès des CSB et des Centres hospitaliers régionaux. La CSU résout les problèmes de coût mais le principal défi du Ministère de la santé reste la mise à l'échelle de ce programme. Par contre, le problème de l'accessibilité géographique des CSB demeure encore une barrière importante au recours aux soins. En termes de santé maternelle, doter les CSB d'appareils et de matériels pour mieux préciser les dates probables d'accouchement, permettrait aux femmes et à leur famille de décider à quel moment elles doivent quitter leurs domiciles pour accoucher. Enfin, les sensibilisations auprès de la population doivent continuer pour améliorer le recours aux soins curatifs, surtout chez les enfants. Cependant une réelle collaboration entre les tradipraticiens et le personnel de santé s'impose pour changer les comportements : effectuer ensemble les sensibilisations afin que le même message soit véhiculé et renforcer ce message en accompagnant les femmes aux centres de santé. Cette entraide, par contre, doit être valorisante pour chaque concerné.

Bibliographie

ANDRIANANTOANDRO, Tantely, RAKOTOARIMANANA ,Fenomanitra, POURETTE, Dolorès, RAKOTOMALALA Olivier, RAMIARAMANANA, Jeannot, ANDRIAMARO, Frédérique. Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de 5ans à Madagascar. Rapport final. Institut de Recherche pour le Développement, UNICEF, Université Catholique de Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar, 2018, 48p.

AMEUR, Amal Ben, RIDDE, Valery, *BADO Aristide, INGABIRE, Marie-Gloriose, Queille Ludovic. User fee exemptions and excessive household spending for normal delivery in Burkina Faso: the need for careful implementation. BMC Health Services Research*, vol. 12, n° 1, 2012. p. 412-422.

BIDAUD-RAKOTOARIVONY, Cécile. *Synthèse préliminaire de l'étude sur les économies familiales en Androy, Madagascar. Étude anthropologique*. Paris: Gret, 2007. 56 p

BHUTTA, Zulfiqar, DA, Jai, RIZVI, Arjumand, GAFFEY, Michelle, WALKER, Neff, HORTON, Susan, WEBB, Patrick, LARTEY, Anna, BLACK Robert. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group, Volume 382, Issue 9890*, 2013, p. 452-477

BLANCHY, Sophie. *Le tambavy des bébés à Madagascar: du soin au rituel d'ancestralité*. In Bonnet Doris, POURCHEZ, Laurence ,Dir. *Du soin au rite dans l'enfance*. Paris : Eres, 2007, p.147-166.

BUREAU NATIONAL DE LA GESTION DES RISQUES ET DES CATASTROPHES/ COMMISSION URGENCE GRAND SUD DE MADAGASCAR. Plan de réponse stratégique à la sécheresse prolongée (2016, 2017).Primature, Ministère de l'Intérieur et de la décentralisation, Madagascar, 2016, 19p

FOOD AGRICULTURE ORGANISATION (FAO), PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIALE (PAM). Mission d'évaluation des récoltes et de la sécurité alimentaire à Madagascar. Rome, 2016, 91p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) & ICF MACRO. *Enquête Démographique et de Santé-Madagascar, 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar, 2010, 444p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT) & UNICEF . *Madagascar SUD, enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) 2012*, rapport final. Antananarivo, Madagascar, 2013,304p.

LAVIGNE DELVILLE, Philippe. "Déclaration de Paris" et dépendance à l'aide : éclairages nigériens. *Politique africaine*, n° 129, 2013, p. 135-155.

LEFEVRE, Gabriel. *Médecine traditionnelle à Madagascar. Les mots-plantes*. Paris : L'Harmattan, 297p.

MAHARETSE, Jérémie. Une réputation difficile à surmonter. GRET, 2015, 11p.

MATTERN, Chiarella. Une pathologie courante qui échappe à l'automédication : les soins domestiques des parasitoses intestinales et infantiles à Antananarivo, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p. 139-150

ANDRIANANTOANDRO Voahirana Tantely, POURETTE Dolores, AUDIBERT Martine, RAZAKAMANANA Marilys, RAKOTOARIMANANA Feno Manitra, RAKOTOMALALA Olivier, RAMAROSON Valentina « Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques »

_ . *Le marché informel du médicament à Madagascar : une revanche populaire*. Thèse : Sciences politiques et sociales : Louvain-la-Neuve : Université Catholique de Louvain : 2018, 367p.

MESTRE, Claire. *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*. Paris: L'Harmattan. 2014, 162p

MESTRE, Claire. Misère des relations soignants-soignés dans un hôpital malgache, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p. 57-69

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE / SECRETARIAT GENERAL / DIRECTION DU SYSTEME D'INFORMATION / DIRECTION DES STATISTIQUES SANITAIRES. *Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar*. Madagascar, 2017, 110p.

_ *Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar*. Madagascar, 2015, 115p.

_ . *Annuaire des statistiques du secteur santé de Madagascar*. Madagascar, 2012, 325p.

MORRIS, Jessica L, SHORT Samm, ROBSON Laura, ANDRIATSIHOSENA Mamy Soafaly. *Maternal Health Practices, Beliefs and Traditions in Southeast Madagascar*. *African Journal of Reproductive Health*, 2014, vol 18, n°3, p101-117.

OCHA . *Bulletin humanitaire Madagascar*, 2015 , n°4, mai à septembre 2015, 6p.

OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre. Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques: le cas de la santé maternelle, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris: L'Harmattan, 2018, p. 83-100

OLIVIER DE SARDAN, Jean Pierre, DIARRA, A, MOHA M. Travelling models and the challenge of pragmatic contexts and practical norms: the case of maternal health. *Health Research Policy and systems*. 2017, vol15, suppl. 1, n°60, p71-87

PIERLOVISI, Carole. La médecine traditionnelle malgache : situation actuelle et politique de valorisation, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p. 103-114

_ . *Traditional Medecine in Madagascar- Current Situation and the Institutional Context of Promotion*. *Health, Culture and Society*, vol 7, n°1, 2014, p 16-27,

POURETTE, Dolorès, PIERLOVISI, C, RANDRIANTSARA, R. *Etude anthropologique : santé reproductive, itinéraire thérapeutique et recours aux soins dans la région de Morondava-Menabe*. Rapport final, Antananarivo, Institut de Recherche pour le Développement, Louvain Développement Coopération, Institut Pasteur de Madagascar, Université Catholique de Madagascar, 2014, 39p.

_ . Les « matrones » à Madagascar. Reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p. 115-126

QUASHIE, Hélène, POURETTE, Dolorès, RAKOTOMALALA, Olivier, ANDRIAMARO, Frédérique. Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar: paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des reninjaza, In *Health, Culture and Society*,

ANDRIANANTOANDRO Voahirana Tantely, POURETTE Dolores, AUDIBERT Martine, RAZAKAMANANA Marilys, RAKOTOARIMANANA Feno Manitra, RAKOTOMALALA Olivier, RAMAROSON Valentina « Recours aux soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans les zones fortement soumises aux aléas climatiques »

Special issue: Madagascar: Past, Present and Future. Cohabitation between traditional and modern medicine, 2014, vol 7, n°1, p. 1-15.

RAKOTOMALALA, Malanjaona. Transformations du politique et pluralité thérapeutique, *Journal des anthropologues*, 88-89, 2002, p. 41-52.

RAKOTOMANANA, Elliot, MATTERN, Chiarella, POURETTE, Dolorès, le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme et enceinte et de l'enfant, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p. 161-169.

RAMAROSON, Henintsoa Joyce Valentina, POURETTE, Dolorès, Perception des vaccinations et de masse par les mères : cas du *fokontany* Namahora , région Menabe, In POURETTE, Dolorès dir., MATTERN, Chiarella dir., BELLAS CABANE, Christine dir., RAVOLOLOMANGA, Bodo dir., *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, 2018, p.173-184

RIDDE, Valéry. Per Diems Undermine Health Interventions, Systems and Research in Africa: Burying our Heads in the Sand .Tropical Medicine and International Health, 2010, vol. 15, n° 7, p. 1-4.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Madagascar nutrition investment case. 2017a, 51p

_Résumé des résultats des huit enquêtes nutritionnelles SMART réalisées dans huit districts du grand sud de Madagascar. Bulletin SMART, 2017b , 17p.

_. *L'enfance à Madagascar : une promesse d'avenir. Analyse de la situation de la mère et de l'enfant*, 2014, 140 p.

WALTISPERGER, Dominique., DELAUNAY Valérie. Évolution de la mortalité des enfants et des mères à Madagascar : l'échéance 2015. In GASTINEAU Bénédicte (ed.), GUBERT Flore (ed.), ROBILLIARD Anne-Sophie (ed.), ROUBAUD François (ed.). *Madagascar face au défi des objectifs du millénaire pour le développement*. Marseille : IRD, 2010, p 219-239.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics : Monitoring health for the SDGs sustainable development goals. Geneva : 2018 , 86p.