UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE DROIT, DE L'ECONOMIE, DE GESTION ET DE SOCIOLOGIE

Département de Sociologie

Mémoire de Maîtrise

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ.
CAS DE LA COMMUNE RURALE DE SAHAMBAVY, BETSILEO CENTRALE

Soutenu par :

Andrianarivo Mamitiana RAZAFIMANANTSOA

Membres de jury :

Président du jury : Monsieur Martial RAZAFINDRALAMBO
Juge : Monsieur Allain Bruno SOLOFOMIARANA RAPANOEL
Rapporteur : Monsieur Guillaume RANAIVOARISON

Date de soutenance : 29 Mai 2008

Anthropologie de la santé.
Cas de la commune rurale de Sahambavy, Betsileo centrale

REMERCIEMENTS

Le présent travail n'a pu aboutir sans la contribution de nombreuses personnalités et institutions à qui nous tenons à présenter notre gratitude. Nos sincères remerciements se destinent tout spécialement à :

- Monsieur Martial RAZAFINDRALAMBO qui a donné de son précieux temps pour présider cette soutenance ;
- Monsieur SOLOFOMIARANA RAPANOEL Allain Bruno qui a accepté d'apporter son appréciation sur le présent travail ;
- Monsieur Guillaume RANAIVOARISON, notre Rapporteur et Directeur de recherche qui a veillé soigneusement à l'orientation et à la réalisation de notre travail de recherche ;

- Tous les enseignants, l'ensemble du personnel administratif et technique du Département de Sociologie et de la Faculté DEGS;

- Toutes les entités et personnes enquêtées à Sahambavy qui ont bien voulu nous accorder leur attention.

Que tous ceux qui ont, de près ou de loin, contribué à l'accomplissement de ce mémoire trouvent ici notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE

PROBLEMATIQUES DE SANTE DANS LE MONDE

L'INDUSTRIE DE LA SANTE DANS LE NORD.

LES PRATIQUES SYNCHRONIQUE DANS LE SUD.

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE RURALE DANS LA COMMUNE DE SAHAMBAVY.

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DE LA COMMUNE.

L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

EFFET DES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE SUR LA SANTE DE LA POPULATION DE LA COMMUNE

PROSPECTIVES DE SANTE DE MASSE

EDUCATION A LA SANTE

Mutuelle à partage de risque : organisation de l'initiative locale au financement de la santé

CONCLUSION GENERALE

FICHE D'ENQUETE (QUESTIONNAIRE PAR MÉNAGE)

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

LISTE DIVERSES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

INTRODUCTION GENERALE

Généralité

Sous discipline récente de l'anthropologie, l'anthropologie de la santé émergea d'abord timidement sous la plume d'anthropologues tels que William Halse Rivers Rivers ou Evans-Pritchards qui traitaient de la relation entre la religion et la maladie dans les sociétés dites primitives. L'introduction du terme *santé* dans l'intitulé de la discipline fut le signe d'une évolution paradigmatique du champ de recherche. Désormais, l'anthropologie de la santé entre dans le cadre de la santé publique. La santé publique qui est aujourd'hui une des préoccupations primordiales des sociétés contemporaines. Les politiques et les résultats pratiques qu'elle produit ont un impact incontestable sur la vie, la santé et le bien-être, ainsi que sur la régulation et la prise en charge des problèmes de santé. L'anthropologie médicale ne consiste plus seulement à décrire les croyances et pratiques relatives à la maladie, mais à les analyser en vue d'améliorer l'efficacité des programmes médicaux. Elle porte alors une attention spécifique aux modalités de penser la maladie et de la soigner, c'est-à-dire aux conceptions populaires et professionnelles, aux causes des problèmes de santé, à la nature des traitements, aux thérapeutes qui appliquent ces traitements, aux processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et aux institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé.

Choix du thème

Sur cet objectif de l'anthropologie de santé et l'importance de la santé dans le processus de développement se repose le choix de notre thème qui est « *Anthropologie de la santé. Cas de la commune rurale de Sahambavy, Betsileo centre*. ». Dans le contexte de mondialisation/globalisation la santé devient une dimension plus fondamentale de l'homogénéisation dans la mesure où elle est partout objet de préoccupation des Etats et de souci public. Ceci se manifeste par l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé : le contexte sanitaire, épidémique et institutionnel observée dans un village ou un quartier résulte au moins en partie des relations économiques et politiques internationales. En plus la circulation mondiale des modèles sanitaires en termes de représentations et de pratiques tend à constituer, comme cela a été constaté dans d'autres secteurs, un référentiel global, qu'il s'agisse d'indicateurs comme la mortalité maternelle qui s'est internationalisée ou de notion comme celle de facteurs de risque servant à catégoriser les populations, et même d'action comme la planification familiale. Par rapport à cette modernisation on

observe encore une précarité de la santé dans différentes régions des pays en développement.

Choix du terrain

Selon Foster et Anderson, (1978) "*l'anthropologie de la santé est une discipline à la fois théorique et appliquée*"[1]. Il convient alors de réaliser une analyse au sein d'une société vivante déterminée. Pour cela nous choisissons la commune rurale de Sahambavy comme terrain d'enquête. Le choix du terrain repose sur le fait que Madagascar est un pays dont la majorité de la population se trouve dans le milieu rural. Ce qui fait que le développement et la lutte contre la pauvreté doivent commencer dans les campagnes, plus précisément par l'amélioration de l'état de santé des paysans. Zone éloignée de la ville, habitée par une population à majorité paysanne, cette commune représentera le monde rural malgache.

Objectifs

Cette étude a pour objectifs de :

–Chercher en profondeur la relation entre le mode de vie des paysans et leur état de santé.

–Déterminer les conceptions de la santé et les modes de prise en charge des problèmes de santé ainsi que leurs répercussions sur la vie des paysans.

–Identifier des prospectives adaptées aux réalités locales pour que l'amélioration de la santé et des conditions de vie de la population rurale soit réalisable.

–Situer la place des paysans dans le domaine de la santé publique.

Problématique

Ces objectifs se regroupent pour former notre problématique résumée par une question capitale: « L'intégration à la modernité est-elle une solution aux défaillances de la tradition ou bien la post-modernité est-elle légitime dans un contexte de mondialisation/globalisation grandissante ? »

De cette problématique découle une panoplie de questions :

[1] FOSTER G. M. ; ANDERSON B. G. , "*Medical Anthropology*", John Wiley and Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, ETATS-UNIS (1978)

- Premièrement, l'envergure prise par le secteur de santé dans la vie d'une communauté, d'un pays et dans le monde, nous incite à réfléchir sur ses forces et ses faiblesses dans le processus de développement.
- Puis, dans cette tendance vers une homogénéisation, comment se réalise la modernisation du secteur ?
- Enfin, par rapport à cela quelle réalité observe t-on dans le milieu rural malgache ?

Ainsi cette problématique peut se traduire comme telle : comment adapter la politique et le système de santé moderne aux contextes du monde paysan malgache dans le cadre de la lutte contre la pauvreté?

Hypothèses

D'après les informations acquises au cours de la phase de documentation et de pré-enquête, nous avons tiré les hypothèses suivantes :

- La mondialisation est un phénomène auquel ne peuvent pas s'échapper toutes sociétés humaines.
- La modernisation du secteur de la santé se présente par l'adoption des systèmes occidentaux tant sur le plan politique que technique.
- Cette modernisation assure l'amélioration des moyens, des techniques et des projets de santé, donc des conditions de vie de la population. Mais face à elle subsistent encore les pratiques et logiques traditionnelles que l'on ne peut pas exclure.
- L'adaptation et la prise en compte de la tradition dans le processus de modernisation ainsi que la considération des contextes et des demandes de la population face aux programmes de développement assureront leur réussite.

Méthodologie

La méthodologie de l'anthropologie de la santé s'appuie sur l'analyse qualitative des données de terrain. Issue de l'ethnologie, elle fonde son argumentation sur l'approche ethnographique qui consiste à recueillir les données dans un échantillon restreint de population, à l'échelle de la communauté, du village ou du groupe social… Elle travaille à partir de l'interprétation de ces données qu'elle relie à leur contexte économique, social, religieux, historique, politique, etc...Chacun de ces aspects se rapportent sans exclusive à

l'interprétation de la santé. La démarche de notre recherche comporte quatre phases : la documentation, la pré-enquête, l'enquête, l'analyse des données et la rédaction.

La phase de documentation initie la recherche et continue jusqu'à terme de la rédaction. Elle est nécessaire pour l'identification du thème; la planification de la recherche et la conception du questionnaire. Elle permet également, la détermination des principes et corps d'outillages conceptuels et les instruments d'analyses théoriques dont nous allons nous servir dans l'orientation, la direction et la réalisation des analyses, toujours dans le souci de l'objectivité.

Concepts et instruments d'analyse

Dans le cas de l'anthropologie, le caractère polysémique et instable de l'objet d'étude implique le recours aux principes d'interdisciplinarité, c'est à dire d'utilisation simultanée et articulée ou successive de toutes les méthodes et instrument d'analyses, entre autre la santé, la santé publique, l'ethnométhodologie, le fonctionnalisme, le structuralisme, le matérialisme historique, l'interactionnisme constructiviste et l'individualisme méthodologique.

–La ***santé*** : il n'est pas aisé de définir la santé. Les définitions diffèrent selon le regard que l'on adopte.

La santé est *« l'état de quelqu'un dont l'organisme fonctionne normalement »*[2] .

En 1946, pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en* une absence de maladie ou d'infirmité**»**[3]**.**

La santé est un concept neutre que chacun est appelé à définir et il n'est pas possible de définir la santé d'une seule manière, valable pour tous, en tout lieu et en tout temps. La définition proposée par l'OMS a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et d'avoir contribué à l'évolution du concept de santé vers une représentation positive de la santé.

L'OMS fait référence à la notion de bien-être pour définir la santé. Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. Ainsi, pour être en *« bonne santé »,* les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

L'être humain est un être biologique (biologique, physiologique, vivant, dynamique, unique); social (en interaction constante avec d'autres individus, situé dans le temps et dans

[2] Dictionnaire Larousse, 2002

[3] OMS, "Constitution de l'OMS", Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

l'espace, dépendant de son environnement et agissant sur l'environnement); d'émotions (émotions, sensations, intentions) et de connaissances (connaissance, rationalité, réflexions). La santé s'exprime et s'exerce donc dans chacune de ces dimensions, biologique, sociale et psychologique.

Mais la notion de santé varie également selon le moment, la façon dont l'individu se perçoit et s'analyse (la perspective). La notion de santé dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu. Par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés.

–La ***santé publique*** **:** **l**a santé publique prend en compte les dimensions l'organisation administrative, politique et économique. La santé publique aborde l'organisation de la santé pour une collectivité, une population à un niveau individuel et à un niveau collectif. Selon l'OMS la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à :assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle ; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; mettre en œuvre des mesures sociales propres à assure à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe de l'état sanitaire d'une collectivité, de la santé globale des populations sous tous ces aspects : curatif, préventif, éducatif et social. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique. Son champ d'action est vaste couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens.

– *L'**ethnométhodologie** de H. Garfinkel* : c'est une méthode d'approche de la société non pas dans sa globalité ou sa totalité mais d'un point de vue des microsociétés qui évoluent et interagissent pour donner la logique sociale globale. L'intérêt de cette méthode porte sur les interactions entre les individus sur la scène sociale. Cette approche tient copte de l'individu en situation, c'est-à-dire dans les circonstances pratiques successives, le groupe, l'espace et le temps au sein duquel il évolue. L'observation scientifique doit porter sur les faits anodins, c'est-à-dire les faits quotidiens très simples.

- *Le **fonctionnalisme** de R. Brown* : le concept de fonction se fonde sur une analogie entre la vie sociale et la vie organique. C'est-à-dire la complémentarité des fonctions de chaque élément. L'harmonie se produit lorsque chaque élément accomplit sa fonction suivant le rôle et le statu qui lui sont attribués. La vie organique est un ensemble ou une totalité fonctionnelle. Ainsi l'analyse fonctionnelle de la culture part du principe que : dans les types de civilisation, chaque coutume, chaque objet matériel, chaque idée et chaque croyance remplit une fonction vitale et représente une partie indispensable à l'ensemble.
- *Le **structuralisme** de C. Lévi-Strauss* : le structuralisme a pour champ d'application tout ce qui offre un caractère de système, c'est-à-dire tout ce dont aucun élément ne peut être modifié ou supprimé sans que cela entraîne une modification de l'ensemble. La démarche structuraliste consiste à expliquer un phénomène à partir de la place qu'il occupe au sein du système dans lequel il est inséré, suivant des lois d'association et de dissociation supposées immuables. Le structuralisme privilégie donc par principe l'approche « synchronique », qui est la coexistence des éléments au sein d'un même ensemble à un même moment du temps qui fournit l'intelligibilité, au détriment de l'approche « diachronique » ou la recherche de la genèse ou de l'histoire de chaque élément pris isolément.
- *Le **matérialisme historique** de K. Marx* : l'univers est un tout et tous les éléments sont interdépendants les uns des autres. Toute chose coexiste avec sont contraire et c'est cette contradiction ou cette lutte qui est la source du changement ou de l'évolution de la société humaine. Il en identifie une hiérarchie à deux niveaux à savoir : « l'infrastructure » qui forme la base et la « superstructure » qui est le sommet.
  - L'infrastructure est la base économique de la société constituée par la « force productive » (les moyens de travail) et le « mode de production » (organisation du travail).
  - La superstructure est la représentation idéologique de l'organisation économique. Elle englobe les institutions juridiques, politiques, les idéologies et fétiches idéologiques codifiant le rapport humain.
- *L'**actionnisme** d'A. Touraine* : les individus ne sont pas de simples agents passifs, mais au contraire, ils sont des « acteurs sociaux » qui constituent la pièce maîtresse ou le noyau de la société. Et d'après « l'actionnisme » d'A. Touraine, l'analyse d'une société repose sur les principes qui motivent l'action individuelle. Ces principes orientent, construisent et reconstruisent selon la logique de

condition psychosociale individuelle, la réalité sociale. Ce concept s'apparente à l'*individualisme méthodologique* de R.Boudon.

Technique d'enquête

Après avoir réservé un temps de préparation et de planification nous avons entamé la phase de l'enquête. Cette phase se réalise en deux étapes qui sont la pré-enquête et l'enquête proprement dite.

Nous tenons à souligner combien il est important de procéder à l'enquête préliminaire ou pré-enquête. Pour cela plusieurs visites ont été effectuées pendant lesquelles nous avons consacré la grande partie du temps à la pratique de l'entretien libre avec les responsables de quelques institutions comme le MSPFPS, le SSD, CSB et la Mairie mais aussi avec quelques habitants de la Commune rurale de Sahambavy notamment les personnes influents (président du fokotany…). Le recours à cette phase nous permet de mieux reconnaître notre terrain d'enquête, élaborer l'échantillonnage, essayer et réviser notre questionnaire, formuler les hypothèses annoncées précédemment et bien déterminer la méthode et les techniques appropriées.

L'enquête proprement dite nécessite l'installation sur le site d'enquête durant une certaine période. Logiquement, nous devons prendre en compte le mode de penser, de sentir et d'agir de notre population d'enquête. Comme stratégie d'intégration, à chaque première visite de village dans notre site d'enquête, il nous paru primordial de nous présenter d'abord auprès des autorités locales pour leur informer de la tenue de notre recherche et pour leur demander l'autorisation. Puis s'effectue l'interview auprès des échantillons de ménages.

A propos des techniques mises en pratique, ont été adoptés : l'entretien libre, semi-libre et directif ; la technique de l'approche éthnométhodologique ; l'observation non participante et l'observation participante.

Pour les premiers, nous avons choisi le type d'entretien approprié et le type de question à poser selon les informations voulues. A titre d'exemple, en vue d'obtenir des renseignements idéologiques un peu plus généraux tels que la perception de la maladie et la mode de soin, nous avons appliqué la technique de l'entretien libre en posant des questions ouvertes. Par contre les informations précises comme l'utilisation de latrine exigent l'entretien directif et les questions fermées.

La raison de la pratique de la technique de l'approche ethnométhodologique est que la connaissance du récit de vie d'un enquêté nous aide à comprendre les corrélations entre la mode de vie du ménage et la santé de ses membre.

Le recours à l'observation participante et à l'observation non participante nous apporte un intérêt non négligeable. Pendant la période de la descente sur le site, elles constituent le moyen de saisir des informations réelles à retenir ou au contraire, des contrevérités.

Echantillonage

Pour avoir un résultat de recherches sans biais, nous devrons faire une enquête exhaustive dans tout le territoire de la Commune. C'est-à-dire que nous devrons enquêter tous les habitants. Mais vu l'étendu géographique de la zone, l'insuffisance des ressources budgétaires et temporelles, nous faisons appel à l'enquête par sondage probabiliste. Elle porte sur un effectif réduit ou fraction représentative d'une population étudiée dite population de référence ou population mère. Cette fraction constitue l'échantillon et le mode de sa constitution se fait par un tirage. Corollairement, le résultat escompté sera généralisable à tout l'ensemble de la population représentée. Comme notre recherche est relative au mode de vie du ménage, alors notre unité d'échantillonnage est donc le ménage. L'élaboration de notre échantillonnage consiste à tirer au hasard 4 ménages par fokotany, donc nous avons tiré 40 ménages parmi les 2362 recensés dans la commune de Sahambavy. Ainsi le taux de sondage, qui est le rapport de l'effectif de l'échantillon à celui de la population mère est de $40/2362=0,0169 \approx 0.02$. Les ménages sont représentés par au moins l'un de leurs chefs, c'est-à-dire par le père ou la mère.

Problèmes rencontrés et limites

La réalisation de l'enquête sur terrain s'est déroulée sans obstacle. Cependant nous ne pouvons pas négliger l'inexistence d'informations et de données à jour au sein des institutions concernées par notre étude, à l'exemple de l'effectif de la population totale qui manque encore dans la base de données de la mairie. Ceci peut biaiser ou limiter notre analyse.

Plan global du document

Après avoir dépouillé les données et informations collectées depuis la phase de documentation jusqu' à la fin de notre travail sur terrain, nous procédons à la rédaction du

présent mémoire compte tenu des cadres théoriques énoncés. Il se divise en trois grandes parties qui sont :

- Les problématiques de santé dans le monde qui présente les contrastes observés entre les pays développés du nord et les pays du sud.
- L'anthropologie de la santé rurale à Sahambavy décrivant la réalité vécu la population de cette commune en rapport aux questions de santé
- Prospectives de santé de masse qui propose des projets pouvant contribuer à l'amélioration de la santé de la population de Sahambavy.

PROBLEMATIQUES DE SANTE DANS LE MONDE

Les contrastes observés et vécus par les pays du nord d'un coté et ceux de l'hémisphère sud, d'un autre, se dressent comme la principale problématique de la santé de l'époque actuelle. Dans les pays développés le secteur suit une évolution pratiquement rapide, due aux progrès de la science et de la technologique, prenant forme d'une industrie. Ainsi des matériels et techniques très développés sont mises au point pour la prise en charge de la santé de la population, des nouveaux programmes sont établis pour améliorer la consommation de santé de cette dernière. Face à cela se présente, dans les pays en développement, le désarroi entre les pratiques de santé traditionnelle et les méthodes et moyens occidentales, plaçant le secteur dans une situation moins favorable pour la population.

L'INDUSTRIE DE LA SANTE DANS LE NORD.

Des grands changements affectent le domaine de la santé dans les pays développés. Parallèlement à sa représentation généralement définie dans le social, ce secteur a pris une ampleur économique et industrielle très importante. Il s'agit, en effet de l'établissement des systèmes de sécurité sociale, de l'évolution de la consommation médicale des ménages mais aussi de la globalisation des produits pharmaceutique dans le monde.

CHAPITRE I.SECURITE SOCIALE ET CONSOMMATION DE LA SANTE

I.1.1.La sécurité sociale

La sécurité sociale est définie comme l'ensemble des mesures législatives et administratives qui ont pour objet de garantir aux individus et aux familles un revenu de remplacement et de prestations en cas de certains risques, appelés risques sociaux. Ces derniers concernent la maladie, la maternité, l'invalidité, l'accident de travail et le décès. Elle vise, ainsi, à donner à toute la population la même possibilité d'accéder aux services de soins. Ces prestations sont une des formes de l' « Etat providence »[4] s'inspirant des principes de l'économiste britannique, William Henry BEVERIDGE (1940), et ayant probablement pour effet d'accroître le volume de la consommation globale de biens et de services entre autre les produits sanitaires.

Ce système est une sorte d'assurance, qui s'appuie sur la compensation des risques. Les assurés sont dédommagés grâce aux contributions versées par la collectivité de cotisants. En effet le financement de cette institution s'effectue dans sa très grande majorité, pas moins de 80p.100, par des contributions obligatoires ou cotisations sociales à la charge des cotisants eux même. Un pourcentage déterminé du revenu, dont une partie est à la charge des salariés et une autre des employeurs, est versé à la caisse de la sécurité sociale. Le financement complémentaire est constitué du total par des subventions de l'Etat, par des impôts et des taxes affectées, par des transferts et enfin par des ressources diverses.

Les prestations de sécurité sociale sont de deux sortes : les prestations en espèces, qui sont versées aux bénéficiaires dans le but, soit de compenser une perte de revenus professionnels, du fait de la maladie ou de la cessation définitive d'activité, soit de permettre aux familles d'assurer les frais supplémentaires liées à la venues d'un enfant. Les prestations en nature, elles, sont constituées par le financement, total ou partiel, des

[4] W.H. Beveridge, "*Rapport au Parlement sur la sécurité sociale et les prestations connexes",* 1942

dépenses individuelles de soins médicaux (pharmacie, honoraires médicaux, séjours hospitaliers…). Elles sont donc liées à l'acquisition de biens et de services médicaux.

L'exemple français illustrera amplement sur l'historique et les principes de ce système.

La sécurité sociale de la France est relativement récente. Avant la Libéralisation, le système de protection sociale comportait des dispositions disparates concernant les accidents du travail, les prestations familiales et les assurances sociales. Les principes des assurances sociales était de protéger le travailleur et sa famille, par système de prévoyance, contre un certain nombre de risques : la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse, le décès. La loi du 30 avril 1930 obligea les assurés à affecter une partie de leur salaire à la couverture de ces principaux risques sociaux. Cette obligation ne s'imposait toutefois qu'aux salariés de l'industrie et du commerce, dont le salaire était inférieur à un certain plafond. En outre, un certain nombre de catégories professionnelles disposaient de régimes spéciaux créés antérieurement : marins, cheminots, mineurs… Enfin les non-salariés n'avaient droit, en matière de protection sociale, qu'aux prestations familiales. La nécessité d'une protection généralisée contre les risques sociaux est apparue en France à la fin de la seconde guerre mondiale, favorisée par la conjonction de facteur d'ordre à la fois démographique, économique, sociologique ; la mise en place du système français de sécurité sociale s'inspira des principes du plan Beveridge. L'organisation de la sécurité sociale instituée par l'ordonnance du 4 octobre 1945 devait s'appliquer à tous les salariés. Les branches d'activité disposant préalablement d'un régime spécial y restèrent cependant provisoirement rattachées. Les salariés agricoles furent également soumis à leur régime antérieur. Deux grands principes de base devaient néanmoins à terme caractériser l'institution : la généralité de la protection et l'unité de régime. La loi du 22 mai 1946 posait le principe de l'assujettissement obligatoire à la sécurité sociale de tous les français sans exception, quels que soient la nature et le montant de leurs revenus. Mais dans les faits, si l'extension de la protection sociale à l'ensemble de la population s'est progressivement instaurée, cette généralisation ne s'est pas réalisée dans le cadre d'un système unifié, mais par la juxtaposition de régimes distincts. En effet, le souci de tel ou tel groupe professionnel de ne jamais perdre les avantages acquis explique pour partie le caractère complexe, hétérogène du système français de sécurité sociale. Dans le modèle français actuel il existe des régimes de base institués par décision législative et des régimes complémentaires créés par voie de convention dans le cadre de la généralisation de la sécurité sociale. Les régimes de base sont les suivants :

- Le régime général des travailleurs salariés (connu sous l'appellation de « Régime générale ») assure la protection des salariés de l'industrie et du commerce contre les

risques: maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et décès. Pour l'ensemble de ces risques le régime général couvre plus des trois quarts de la population. Et l'assurance maladie couvre pour les risques maladie, maternité, invalidité et accident de travail environ 45.5 millions de personnes.

- Les régimes spéciaux de salariés concernent des catégories professionnelles spécifiques et ont été créés, pour la plupart, antérieurement au régime général. Ces régimes offrent à leurs bénéficiaires des avantages au moins équivalents, sinon supérieurs, à ceux des personnes couvertes par le régime général.
- Le régime agricole ou mutualité sociale agricole couvre les salariés et les non-salariés des entreprises agricoles au plan des assurances sociales et de la famille. L'assurance maladie, maternité, invalidité des exploitants agricoles a été instituée par la loi du 25 janvier 1961 et l'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles par la loi du 22 décembre 1966.
- Les régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles (artisans, industriels, commerçants, professions libérales) comportent des régimes autonomes d'assurance vieillesse, mis en place par la loi du 17 janvier 1948 et des régimes autonomes d'assurance maladie, maternité institué par la loi du 12 juillet 1966.
- Toutefois, la réapparition des phénomènes de pauvreté et de marginalisation économique et sociale abouti à exclure de l'accès aux soins de près de 17p.100 de la population française. C'est pour remédier à cela qu'a été institué, au début de l'année 2000, la couverture maladie universelle (CMU). Destinée à permettre aux plus démunis d'avoir accès aux soins, cette couverture comprend deux volets. Le premier s'analyse comme une extension du régime général de soins en faveurs des personnes démunies de couverture sociale, car inactive ou en situation d'exclusion. Le second institue un régime complémentaire gratuit accordé sous condition de ressources bénéficiant à tout assujetti percevant un certain montant de salaire mensuel. Cette protection comporte la prise en charge du ticket modérateur (pourcentage du montant total des soins à la charge de l'assuré), ainsi que le coût des frais d'hospitalisation et est assortie du bénéfice de la dispense d'avance de frais. Après 5 ans de mise en œuvre de la CMU, 1,7 million de personnes sont affiliées à l'Assurance Maladie (soit près de 2,6% de la population française) et 4,7 millions de personnes sont couvertes par le régime complémentaire (soit 7,4% de la population française).

Le rôle de l'assurance maladie est de supprimer, en totalité ou en partie, les contraintes de revenu et de prix au libre accès aux soins médicaux ; il est, aussi, de verser à l'assuré malade une indemnité partiellement compensatrice du salaire, en cas d'incapacité physique de travail. Le financement des frais médicaux par la sécurité sociale (qualifié de prestations en nature, ou soins de santé) s'effectue selon deux modalités distinctes :

- Par des remboursements à l'assuré, qui fait l'avance de la dépense des biens et des services médicaux ; cette modalité s'applique d'une façon générale à l'ensemble de la consommation médicale de ville.
- Par tiers payant, lorsque la sécurité sociale paie directement a posteriori, ou a priori (dans le cadrer du budget global) le prix des soins aux prestataires, à concurrence du pourcentage de prise en charge. Le tiers payant est la règle dans le secteur de l'hospitalisation publique.

Par ailleurs ce système est à la source de problèmes économique touchant à la fois à l'équilibre budgétaire et la trésorerie. Sa part prépondérante des dépenses, son mode de financement presque exclusivement fondé sur les cotisations professionnelles, permettent de comprendre pourquoi celui-ci cause du déficit financière. En plus certains assurés dont les personnes couvertes par le CMU bénéficient des remboursements, donc elles sont aussi source de dépense, sans pour autant y participer. Alors les dépenses de remboursement des frais de prise en charge médicale sont très élevées et ne sont pas couvertes par les cotisants. Du point de vue de la trésorerie, le régime a régulièrement connu des difficultés à assurer la continuité des paiements et à faire face aux échéances. En 2006, le déficit du Régime Général du système de sécurité sociale française s'établit à 9,7 milliards d'euros contre ; 11,6 milliards d'euros en 2005 ; dans ce contexte, l'Assurance Maladie affiche quant à elle un déficit de 5,9 milliards d'euros (contre 8 milliards d'euros en 2005). Le rééquilibrage du budget de la sécurité sociale a nécessité le recouvrement de recettes supplémentaires. Le principe adopté a principalement consisté en une tentative répétée d'adaptation du montant des cotisations à celui des dépenses. Deux techniques ont été régulièrement utilisées, le relèvement des taux de cotisation et le déplafonnement (partiel ou total).

La croissance des prestations sociales, principalement des dépenses de santé sont liées au nombre des consommateurs, aux multiples comportements individuels de consommation médicale qui ne cesse pas d'évoluer, ainsi qu'à la diffusion des nouvelles techniques ou thérapeutiques.

I.1.2.L'évolution de la consommation de la santé

La consommation de la santé ou consommation médicale correspond à l'acquisition de biens et de services médicaux des individus et des ménages. Elle présente la particularité de s'effectuer au moment même de la production des soins médicaux. Aussi production et consommation dans le domaine sanitaire sont-elles sensiblement identiques. Cette consommation est définie par la valeur des biens et des services médicaux qui sont acquis par les ménages en vue de la satisfaction directe des besoins individuels en matière de santé, dont sont généralement :

- Les biens et services médicaux, la consommation médicale totale comprend l'acquisition des services médicaux hospitaliers et assimilés : séjour hospitalier, centre de convalescence, séance de consultation (par des médecins, d'infirmières ou de kinésithérapeutes), les analyses, radio, examens effectués etc. ; des services médicaux ambulatoires et des biens médicaux, c'est-à-dire des médicaments, les produits et appareils pharmaceutiques loués ou achetés. Ce premier agrégat est appelé « consommation de soin et de biens médicaux ».
- La « consommation de services de médecine préventive » : médecin du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile, services sanitaires de prévention individualisée : maladie mentale, toxicomanie, alcoolisme…

La consommation médicale des ménages dans les pays développés a progressé très rapidement au cours des trente dernières années. Elle se répercute et s'observe réellement sur l'augmentation de la consommation totale des ménages mais aussi par l'évolution de la dépense nationale.

Les raisons de cette croissance de la consommation de soin sont nombreuses. Ce phénomène s'explique en mettant l'accent sur la demande de soins médicaux, d'une part, et sur l'offre, d'une autre part. Les approches soulignant l'importance de la demande sont la mise en place des systèmes de remboursement, le vieillissement de la population et l'augmentation du niveau de vie.

Il est rationnel d'évoquer le système de sécurité sociale pour expliquer ce phénomène d'accroissement de la consommation de la santé dans les pays économiquement développés. L'accession de nouvelles couches sociales au système de santé, favorisée notamment par l'extension de la sécurité sociale, serait un facteur prépondérant dans l'augmentation de la demande de soins médicaux. La généralisation de la Sécurité Sociale a eu un effet de croissance sur l'accès au soin et donc sur la consommation médicale surtout au début des années 80. Celle de l'assurance complémentaire a continué de l'influencer, de même que, probablement, le développement de la dispense d'avance de frais et, en 2000, de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

En plus la population est plus motivée de se faire soigner due à la prise en charge et au remboursement de la totalité ou une partie des dépenses par ces systèmes.

L'effet lié au vieillissement de la population est un effet mécanique lié à l'augmentation des effectifs des personnes âgées. Actuellement les générations nées pendants le baby-boom (1942-1973) sont en phase de vieillissement. En plus il y a aussi l'augmentation de la longévité, qui est, actuellement, en moyenne 72 ans en Europe. Ainsi en 2005, environ 17p.100 de la population européenne sont âgées de plus de 65 ans contre 55,6p.100 pour les États-Unis. Ce vieillissement de la pyramide des âges expliquerait largement l'augmentation du recours au système de santé. Les personnes âgées nécessitent plus d'interventions et de contrôles sanitaires.

L'augmentation du niveau de vie entraine la croissance de la demande en produits médicaux par la transformation des besoins des ménages, qui résulte d'un phénomène de saturation. Les choix, en matière de budgets familiaux, obéiraient aux lois selon lesquelles la satisfaction des besoins élémentaires (comme l'alimentation) ou de confort (comme l'habillement) permettrait aux ménages d'orienter leur consommation vers les services, la santé, la culture, les loisirs … Il existerait en somme une hiérarchie des besoins qui, par une saturation progressive de la base vers le sommet, expliquerait les modifications de la consommation des ménages et l'augmentation de la part de leur budget qu'ils consacrent à la consommation médicale.

Mais d'autres facteurs explicatifs peuvent être avancés comme l'augmentation de la morbidité (due aux changements de mode de vie, à l'urbanisation, à la pollution), une perception différente de la maladie ainsi qu'une meilleure information du patient.

Du côté de l'offre, l'importance de l'offre de soins médicaux qui est susceptible elle-même de développer la demande. La technicisation croissante des pratiques médicales, l'introduction de nouveaux appareillages, l'apparition de médicaments innovants dans des classes thérapeutiques où il n'y avait pas de médicaments efficaces, l'importance prise par le parc hospitalier, mais aussi la plus grande efficacité de la médecine, joueraient sur les rapports entre production et consommation en favorisant ou en créant la demande.

CHAPITRE II. LA GLOBALISATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DU MONDE

II.1.1. La domination occidentale dans la production et la commercialisation

Les produits pharmaceutiques jouent un rôle très important parce qu'ils forment la base de la production de soin au coté des actes médicaux. Leur production et leur

commercialisation, entre autre ceux des médicaments, est une problématique pour l'organisation de la santé dans le monde dans la mesure où elle est devenue un élément d'enjeux plutôt politique et économique que sanitaire.

La production des médicaments est dominée par les grandes firmes occidentales et contrôlée par leurs gouvernements. En effet, les États-Unis disposent de la première industrie pharmaceutique au monde. Le premier groupe mondial dans ce domaine est le groupe américain Pfizer, qui détient plus de 10 p. 100 du marché mondial des médicaments. Les autres grands laboratoires américains sont Johnson & Johnson, Merck, Abbott, Bristol-Myers-Squibb et Wyeth. Le second groupe mondial est le groupe britannique GlaxoSmithKline, et le troisième est le groupe français Sanofi-Aventis. Parmi les premiers laboratoires pharmaceutiques mondiaux, on trouve également le groupe allemand Bayer, les groupes suisses Novartis et Roche et le groupe anglo-suédois Astrazeneca. L'un des rares pays en développement opposant une concurrence aux producteurs des pays industrialisés est l'Inde représenté par la société Cipla Ltd.

La production de médicaments n'est pas considérée comme une industrie ordinaire, et le fait que les entreprises de ce secteur puissent réaliser des profits est parfois mal perçu.

Dans le domaine de la production médicale, les investissements en recherche sont lourds, et les sociétés peuvent être tentées d'augmenter leurs profits et leur rentabilité en concentrant leurs recherches sur des produits destinés aux populations des pays riches à l'exemple des médicaments contre l'obésité ou contre les troubles de l'érection, plutôt qu'aux populations des pays pauvres en produisant des médicaments contre le paludisme ou la maladie du sommeil pour des prix très bas. De ce fait ces industries essayent de mettre au point en priorité des « blockbusters », des médicaments qui sont autant générateurs de chiffre d'affaires, pas moins de 1 milliard de dollars par an, que de soin. Ainsi, le premier groupe mondial, Pfizer, a sorti un seul produit entre 1998 et 2003, le Viagra, un médicament destiné à lutter contre les troubles de l'érection.

La conception, la fabrication, le conditionnement et la commercialisation de spécialités pharmaceutiques, destinées à l'homme pour la prévention et le traitement des maladies, doivent nécessairement, avant leur distribution, avoir reçu une autorisation de mise sur le marché des autorités compétentes. La plupart des gouvernements occidentaux estiment aujourd'hui que, pour concevoir, fabriquer et distribuer des médicaments sûrs et efficaces, l'industrie pharmaceutique doit rester aux mains de sociétés privées. Toutefois, il est indispensable que les gouvernements exercent un contrôle en accordant ou en refusant à ces sociétés l'autorisation de commercialiser les produits, cela pour des raisons évidentes de sécurité et de qualité. Les organismes de contrôle ont la responsabilité de mettre un frein aux abus ou à l'imprudence des fabricants, en limitant les risques de la mise sur le marché

d'un médicament nocif ou inefficace, et de provoquer une catastrophe aussi grave que celle de la *thalidomide*. C'est un médicament sédatif mise sur le marché pharmaceutique en 1953, pour traiter l'insomnie. Cette substance agit sur le développement du fœtus: les bébés naissent sans membres, menus, avec des déformations faciales et des organes défectueux. Plus de 10 000 enfants sont nés sans membres avant que ce médicament ne soit retiré du marché. Alors au début des années 2000, on constate une diminution des autorisations de mise sur le marché, à la suite de plusieurs retraits de médicaments accusés d'avoir des effets secondaires dangereux. Pour les pays de l'Union Européenne cette Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est délivrée par les autorités compétentes européennes ou nationales que sont l'Agence Européenne pour l'Évaluation des Médicaments (EMEA) ou l'Agence française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Les laboratoires pharmaceutiques déposent auprès de ces autorités un dossier de demande d'AMM qui sera évalué selon des critères scientifiques de qualité, de sécurité et d'efficacité. Pour les États-Unis et le Japon il s'agit de Food and Drug Administration (FDA) aux États-Unis, Kosheisho pour le Japon.

II.1.2.Les médicaments génériques

De nouvelles techniques, la mise au point de molécules plus complexes et de nouveaux appareils toujours plus onéreux ont largement contribué à l'augmentation des coûts des médicaments. À cette augmentation des prix et au monopole des industries occidentaux s'opposent les pressions de la part des pouvoirs publics, des acteurs non étatiques antimondialistes, des ONG et des consommateurs, qui voient avec inquiétude la croissance de la part des dépenses de santé dans les budgets et surtout le non accessibilité des pays en développement et des pays pauvres à ces produits. Une manière d'y répondre consiste à favoriser le développement des médicaments génériques, obtenus à partir de molécules dont le brevet a expiré et qui sont tombés dans le domaine public.

Un brevet a pour principe de permettre à son détenteur de s'assurer de l'exclusivité de la commercialisation de son produit dans un temps donné (vingt ans au moins), afin d'en retirer des bénéfices pour compenser les dépenses engagées pour la recherche. C'est-à-dire après que le brevet d'une molécule est expiré d'autres industries peuvent la copier pour une production en grande quantité indépendamment du laboratoire d'origine. Ce processus est bénéfique pour les pays en développement mais aussi pour la population des pays développés qui profitent du prix beaucoup plus abordable.

Cette solution présente des revers politico-économique pour les pays riches comme les États-Unis et alimente le débat dans les relations internationales. En supprimant les

brevets, on obligerait les firmes à livrer leurs nouvelles molécules à leurs concurrents pour faire baisser les prix. Cette proposition, implique deux aspects importants du problème.

D'abord la propriété intellectuelle est fondamentale au même titre que la propriété privé d'une manière générale. Les partisans d'une telle mesure s'attaquent donc aux droits fondamentaux. Ils diffusent un savoir qui est une ressource pour la puissance des pays du Nord. Ce savoir qui permet à ces pays de façonner les structures de l'économie politique, le système interne comme l'environnement extérieur d'un autre pays. C'est-à-dire les normes de la propriété intellectuelles déterminent : qui sont les détenteurs du savoir et quel son les modes de diffusion ? Elles définissent aussi les règles de production et de commercialisation.

La mise en place des génériques risquerait également d'entraîner une concurrence déloyale, en particulier en Asie du Sud Est. Ces pays réputé pour la copie des produits occidentaux, et qui sont parfaitement capables de développer des usines de chimie pharmaceutique pourraient se servir quasi gratuitement des recherches développées par les grands groupes pharmaceutiques. Un cercle vicieux risquerait de s'installer : les grandes firmes touchées par la concurrence des petites firmes, qui utiliseraient leurs molécules, risqueraient progressivement de fermer leurs portes. A terme le marché du médicament finirait donc par s'écrouler.

D'autre part le brevet intellectuel est la principale source de revenus des firmes pharmaceutiques pour développer leurs recherches. Il faut, en générale, compter 10 ans pour mettre au point une nouvelle molécule et la mettre sur le marché. Et nous savons que sur cent molécules développées, seulement quelques unes aboutiront à une commercialisation. La suppression de la propriété intellectuelle assèchera le financement de la recherche et le développement des laboratoires. Cela conduira à la fin de l'innovation. Ces laboratoires n'auraient plus aucun intérêt à développer de nouveaux médicaments, qui leur coûterait cher et ce serait plutôt décourageant de passer de nombreuses années de recherche qui serviraient aux concurrents qui auraient attendu les bras croisés.

L'établissement de la sécurité sociale, la production de techniques et moyens technologiques constituent les progrès réalisés par les pays du nord dans le domaine de la santé. Cette amélioration de l'offre affecte la demande et la consommation de la santé. Les systèmes sanitaires des pays du nord fonctionnent donc comme des industries. Ainsi la majorité des populations des pays développés ont accès à des services de soins de haute qualité. Mais cette situation qui profite à la population pose des problèmes budgétaires aux gouvernements. En revanche ces gouvernements tiennent les contrôles sur la production et

la commercialisation des produits pharmaceutiques sur le plan international. Et pour faire face à cette domination économique des industries et gouvernements occidentaux, les pays pauvres soutenus par des organismes humanitaires se batte pour la production de médicaments génériques.

LES PRATIQUES SYNCHRONIQUE DANS LE SUD.

Face à la mondialisation/globalisation, entre autre dans le domaine de la santé publique, les pays de l'hémisphère sud se situent entre, d'une part, les produits et politiques modernes et, de l'autre, la persistance de la tradition. Les populations ne peuvent pas s'échapper de l'influence de la modernité et sont assujetties aux méthodes et techniques occidentales sans pour autant abandonner les pratiques et logiques traditionnelles en matière de soins. Ce chapitre définit pour le cas Afrique les aspects globaux de la coexistence des deux approches médicales. Le paradigme malgache sera, ensuite, passé en revue.

CHAPITRE III.LE CAS AFRICAIN

En Afrique une médecine traditionnelle ancienne qui a existé depuis longtemps continue encore d'exister sous différentes formes. Les Africains s'en sont servis pour combattre les maladies qui affectaient la santé de leurs familles. La rencontre avec l'Occident leur a permis de bénéficier des nouvelles connaissances scientifiques et technologiques dans des aspects de la gestion de la vie et en particulier dans celui de la santé. Depuis, ces deux pratiques coexistent avec, chacune, leurs succès et leurs échecs. Elles sont tantôt collaborantes, tantôt excluantes. Paradoxalement, la réalité montre encore des images de ce continent investi par de nombreuses épidémies.

Revisitons ensemble la médecine traditionnelle ancestrale, puis l'émergence de la médecine dite moderne, et pour terminer, une approche comparée de ces deux types de pratique médicale.

III.1.1.La médecine traditionnelle africaine

III.1.1.1.Les fondements

Les peuples africains survivent encore de nos jours, grâce à des rites et des pratiques médicales transmis par leurs ancêtres de génération en génération. D'ordinaire le savoir se transmet oralement, très rarement par écrit, du père qui est guérisseur traditionnel au fils. Ces pratiques sont accompagnées de logiques intégrant toutes les dimensions de l'univers. C'est-à-dire les dimensions physiques, morales, sociales et religieuses. Comment envisager de soigner l'homme sans l'intégrer dans son milieu originel ou naturel ? En effet, « l'acception africaine de la santé est le bien-être physique, moral, social, et culturel. Elle peut être décrite comme la force ou la résistance du corps, la paix et la joie de l'âme, la paix

et la joie entre les communautés, ainsi que la sécurité et l'harmonie entre les sociétés et la nature. Par opposition à cela la maladie est un mal-être perçu comme une douleur physique, un état de régression générale affectant le corps, l'âme, la société, et diverses formes de vie dans la nature »[5]. Ces concepts déterminent les causes de la maladie et de la mort. Car dans son milieu, l'Africain a la sensation et la conviction qu'il vit entouré par des forces naturelles et surnaturelles qui s'entremêlent. Le «malade africain » est, ainsi, un patient qui connaît un dysfonctionnement de l'être considéré comme un ensemble intégrant corps, âme et esprit, conditionné par des forces visibles et invisibles, intérieures et extérieures. Les maladies sont provoquées par divers agents: agents de type humain (ennemis, ancêtres, sorcières,), agents physiques (soleil, poussière, pluie, animaux et aliments), agents spirituels (dieux, esprits).

La structure sociale ancestrale comporte alors différents acteurs qui jouent chacun un rôle, particulièrement dans ce domaine de la santé. On peut citer :

- les dieux : qui disposent de pouvoirs sur l'univers, donc sur la vie de l'homme. Ces divinités peuvent incarner outre les esprits de la nature, des objets, comme des masques…
- les morts pour leur part, veillent sur les vivants de jour comme de nuit ; car en Afrique plus qu'ailleurs, les morts ne sont pas morts.
- les chefs traditionnels : ce sont des acteurs qui jouissent d'un pouvoir séculaire et cristallisent l'identité de la communauté.
- les guérisseurs : considérés comme divins, eux aussi, ce sont les détenteurs d'un pouvoir occulte de guérison mais aussi d'éducation.
- Le groupe est à considérer comme un acteur à part entière dans la gestion de la vie. Le malade se présente non comme un individu mais comme le membre d'un groupe qui le porte et le supporte. En effet, la maladie peut constituer un moment de tension pour l'ensemble des membres du groupe dans la mesure où la responsabilité des uns et des autres peut toujours être évoquée comme une cause possible dans le déclenchement de l'histoire pathologique.

La médecine traditionnelle est une méthode de guérison fondée sur sa propre notion de santé et de maladie. Elle comporte grosso modo deux domaines, qui sont le domaine physique et le domaine métaphysique.

[5] Pr. Harris Memel-Fôté, Représentation de la santé et des maladies chez les ivoiriens (1988).

- Le domaine physique concerne le traitement empirique des lésions somatiques. C'est-à-dire des maux ou traumatismes affectant la totalité ou une partie du corps humain. Pour remédier à cela les guérisseurs utilisent des produits substances végétales, animales et minérales. Les substances végétales pourraient être des parties de plantes telles que racines, tige, feuilles, graines, fleurs écorces, fruits ou un mélange de n'importe lesquels de ces éléments. Parmi les animaux utilisés figurent escargots, caméléons, serpents, tortues, rats et lézards… Les substances minérales employées comprennent le soufre et la craie…
- Le domaine métaphysique ou spirituel s'occupe du monde invisible faisant intervenir des acteurs abstraits tels que les dieux, les âmes, les ancêtres déjà morts. Il concerne les rites de confession, de purification et de consécration aux dieux, aux esprits et aux ancêtres. On y adresse des prières, des invocations et des incantations à ces forces mystérieuses mais apparemment puissantes. Il se fonde donc sur des croyances et des dogmes. Cette dimension et sont intervention dans les procédures diagnostiques et thérapeutiques mais aussi dans les conceptions de la notion de santé et de maladie spécifie l'approche traditionnelle de la médecine en Afrique.

III.1.1.2.Les formes thérapeutiques

Dans le traitement des maladies on a recours à l'un des domaines seul, où bien on les associe l'un à l'autre. La pratique de la médecine traditionnelle englobe un grand nombre de formes de traitements dont les plus courantes sont : la médecine des herbes, le jeûne et le régime alimentaire thérapeutique, l'hydrothérapie, la chirurgie, le massage, l'occultisme thérapeutique et la médecine préventive.

- La médecine des herbes ou la phytothérapie : Les plantes médicinales qui peuvent être des feuilles, des tiges, des racines, des fleurs, des graines, des fruits ou tout mélange de ces éléments, sont transformées en décoctions, invariablement avec de l'eau bouillante. La décoction est ensuite absorbée par les patients par la voie orale, ou appliquée localement, ou utilisée comme infusion ou bain chaud. Quelquefois on ajoute de petits animaux entiers ou des parties d'animaux ou de minéraux pour faire diverses potions. Un autre procédé de préparation consiste à faire une infusion d'herbes dans de l'eau froide.
- Le jeûne et le régime alimentaire thérapeutiques : Dans un premier cas le jeûne correspond à des interdits alimentaires afin de se prévenir de certaines maladies ou de certaines malédictions. Dans ce cas il est dicté par l'occultisme thérapeutique ou

résulte d'une ancienne tragédie traduite en une règle sociale. Par exemple une tribut ou une communauté ne mange pas de la viande de porc car cela réduirait la force du divin protecteur du village. Dans un autre cas le jeûne ou le régime alimentaire est recommandé pendant le traitement de certaines maladies comme le rhume, la toux, la diarrhée, la constipation et l'infection gonorrhéique. Par exemple on recommande une nourriture légère liquide ou semi liquide, avec beaucoup de fruits et d'eau, dans le cas de la constipation. Avec le rhume et la toux, il faut boire peu d'eau ou s'en abstenir totalement et éviter les aliments et les boissons glacés.

- L'hydrothérapie : On utilise de l'eau froide, tiède ou chaude avec ou sans addition d'herbes pour servir de bain au patient. Les effets bénéfiques en sont, entre autres, la relaxation des muscles et un développement des activités cardiovasculaires qui se traduit par une amélioration dans le fonctionnement du cœur et dans la circulation sanguine. En même temps le corps se trouve aussi nettoyé.
- La chirurgie : On utilise des couteaux de fabrication spéciale, des cornes et des coupes d'extraction, pour la saignée telle que nous l'avons décrite ci-dessus. On utilise le même genre de couteau pour la circoncision et l'excision.
- Le massage : Le massage est une forme de manipulation, il s'applique aux muscles et quelques fois aux os. A l'aide de ses doigts et mains le guérisseur traditionnel manipule méthodiquement les muscles du corps du malade.
- L'occultisme thérapeutique ou l'ensemble des théories et des pratiques propres aux doctrines qui nient le rationalisme au profit de la magie ou de forces mystérieuses : Cette branche de la médecine traditionnelle a été souvent désignée sous le nom de « sorcellerie », et ceux qui la pratiquent sous le qualificatif péjoratif de « sorciers », et cela par des gens qui sont mal informés. L'occultisme est du domaine de la magie ou de forces mystérieuses où le guérisseur traditionnel a affaire avec des forces surnaturelles invisibles mais doté de puissances apparentes. L'occultisme comporte des prières, des incantations ou des invocations adressées à ces forces. Souvent le praticien est doué d'une perception extra sensorielle très développée. Par exemple, en sa qualité de voyant, il peut envoyer et recevoir des messages télépathiques. Il peut aussi effectuer en toute conscience des voyages astraux.
- La médecine préventive : Des anneaux, des amulettes, des « ceintures » et des colliers médicamentés se portent comme gris-gris ou « talismans » dans le but d'éloigner du porteur les infections et autres maladies. Le gris-gris ou charme doit être en contact avec la peau. Les ingrédients qui composent les préparations

médicales qui donnent un « charme » ou fétiche sont souvent dictés par l'occultisme thérapeutique.

Telles sont donc quelques unes des pratiques médicales qui existent depuis des temps immémoriaux. Ces méthodes sont utilisées isolément ou en combinaison. Il est très rare qu'un praticien s'adonne à tous les aspects de la médecine traditionnelle. Généralement il se distingue dans l'un ou plusieurs d'entre eux et les pratique à l'exclusion des autres.

III.1.1.3.Succès et échecs

Cette approche traditionnelle de la médecine trouve son avantage et son succès dans son faible coût et son accessibilité aisée. Contrairement à la médecine moderne elle ne nécessite pas de moyen technique et technologique ni des infrastructures complexes. Ainsi le coût de la consultation payé aux guérisseurs correspond souvent à leurs récompenses signifiant la satisfaction du malade. Les montants sont parfois estimés par rapport au temps consacré à la consultation mais aussi à la cueillette et aux recherches des médicaments. A cela s'ajoute l'appréciation des pouvoirs de ces guérisseurs. En outre elle est forte de sa proximité. En effet on peut trouver facilement des prestataires de soin traditionnel dans chaque village. Et la pharmacopée est faite d'extraits immédiats, sans manufacture compliquée, elle puise son origine dans les trois règnes : végétal, animal et minéral, bref dans toute la richesse de la nature africaine. Ces produits se trouvent rarement loin des habitations.

Outre le plan médical cette médecine participe aussi à la culture de l'identité de groupe. Dans certain cas le guérisseur, par une approche fonctionnaliste, trouve la source de la maladie dans la vie de la collectivité. Il l'explique par un dysfonctionnement de l'organisation sociale: un ou plusieurs membres de la collectivité n'a pas rempli sa fonction. Ainsi, pour rompre la malédiction, il demande la réalisation des rites qui y correspond. Ces derniers renforcent et entretiennent, à leur tour, la cohésion sociale et l'identification sociale c'est-à-dire les normes et les valeurs de la communauté. Bref il soigne le malade en soignant la société.

On comprend que le guérisseur, le tradi-praticien à la fois prestataire, herboriste, divin ou exorciste, puisse valablement aider le malade à retrouver son équilibre psychosomatique. Cependant, les notions de dosage, d'effets secondaires, d'hygiène, de suivi après administration entraînant éventuellement des risques infectieux semblent parfois être minorées par le tradi-praticien qui utilise et prescrit les substances thérapeutiques mais aussi par le malade lui-même. En plus, les problèmes de chirurgie connaissent

généralement un échec avec ce type de médecine. Faute de connaissance approfondie et par faible maîtrise de l'anatomie et de la physiologie humaine ajoutée au manque de moyen technique, ses compétences dans le domaine de la chirurgie telle que l'occlusion intestinale ou les cancers demeure très limité. Et même les opérations les plus fréquentes comme la circoncision se compliquent parfois à défaut d'hygiène.

Par ailleurs le guérisseur, thérapeute ou le divin a tendance à tomber dans la mise en scène et le psychodrame, assez souvent inutiles. Conduit par le fondement métaphysique de ses méthodes, il simule des rites superflus lors des diagnostiques et des traitements. Les pratiques rituelles font toujours partie des prestations même si la pathologie est purement somatique. Elles deviennent ainsi routinières. D'autre part, pour être un peu plus rémunéré, le prestataire procède à des faux-semblants de cérémonies de prière ou d'invocation, étant donné qu'il est déterminé être le seul à pouvoir comprendre leurs significations. Ces pratiques peuvent alors s'altérer de malversation dont les victimes sont les malades et la société en générale.

III.1.2.La médecine moderne en Afrique

III.1.2.1.Les principes de la médecine moderne

On parle de médecine moderne pour évoquer la médecine européenne. Elle est basée sur une vision matérialiste et objective de l'homme, des phénomènes naturels et de l'univers. En effet elle s'appuie principalement sur deux disciplines connexes qui sont l'anatomie et la physiologie humaine. La première traite de la forme, la disposition et de la structure du corps de l'homme et de ses organes : l'appareil digestif et excréteur, l'appareil circulatoire, le système musculo-squelettique, le système nerveux,…Tandis que la deuxième porte sur les processus physiques et chimiques qui ont lieu dans ces divers systèmes organiques, de leur fonctionnement et aussi de leurs dysfonctionnements ou leurs pathologies ; par exemple la reproduction, la croissance, le métabolisme ou la respiration qui se produisent au sein des cellules, des tissus, des organes.

Ses approches diagnostiques et thérapeutiques sont conformes au rationalisme cartésien. Par opposition à la logique traditionnaliste elle traite les maladies et explique leur origine en excluant les interprétations dogmatiques et imaginaires. Les phénomènes pathologiques observés par les médecins peuvent se justifier par des interactions des composants physiques de l'univers comme la dégradation de l'environnement, les changements climatiques, l'alimentation…

A tous les niveaux, la médecine moderne est une médecine évolutive ouverte à la connaissance et aux progrès par la recherche permanente. Parallèlement au

développement de la technologie et de la science, des découvertes sur la médecine se succèdent. Ces dernières sont en perpétuel approfondissement dans le but de développer des moyens pour préserver la santé de l'homme. Ainsi des centres de recherche se spécialisent sur la pharmacologie pour développer des nouvelles molécules, de nouveaux médicaments; certains étudient la génétique, d'autre la microbiologie…

III.1.2.2.La « médecine orthodoxe moderne » en Afrique

La médecine moderne est introduite en Afrique vers la fin du 19e siècle par les colons occidentaux. Son efficacité s'est particulièrement affirmée dans les traitements des grandes endémies comme la peste, la fièvre jaune, la maladie du sommeil, la poliomyélite et bien d'autres encore. Les politiques sanitaires africaines sont actuellement dominées par le renforcement de la médecine moderne dans presque tous les pays. Ce continent est devenu le théâtre de réalisation de différents programmes de santé. En effet des sites de soins, perfectionnés aux normes occidentales, publics mais aussi privés sont mis en place dans les grandes villes et des formations sanitaires modernes sont implantées dans toutes les parties de l'Afrique même dans les zones rurales les plus éloignés. On y rencontre aussi des intervenants, des associations, des organisations gouvernementales, des ONG nationales et internationales qui exécutent des programmes de prise en charge thérapeutique, des sensibilisations sur la planification familiale, la sécurité alimentaire et l'hygiène telle que le PAM (Programme Alimentaire Mondiale) et les organismes des Nations Unies (UNFPA, PNUD, FAO (Food and Agriculture Organization)…). Ainsi au coté de la médecine traditionnelle cette médecine moderne est devenue courante ou "orthodoxe" pour nombreuses de la population africaine.

III.1.2.3.Succès et échecs

Nous avons vu l'efficacité de la médecine dite moderne en évoquant les grands succès qu'elle a remportés dans l'éradication des grandes endémies.

Il faudrait ajouter à l'actif de cette efficacité, que cette médecine :

- s'appuie, comme il a été cité précédemment, sur une approche rationnelle et qu'elle s'exerce dans un cadre juridique et réglementaire précis[6]. Un autre exemple de charte régissant cette discipline est le serment d'Hippocrate décrivant l'ensemble des règles et devoirs imposés aux professionnels de la santé.

[6] Déclaration universelle des droits de l'homme, article 25, paragraphe 1

- s'accompagne aujourd'hui d'actions préventives, curatives et pédagogiques. Elle ne se limite pas à l'approche thérapeutique des phénomènes pathologiques présents mais prévient la venue d'autre maladie par des méthodes et des médicaments appropriés comme les différents vaccins, le préservatif…
- propose un traitement bien défini tout en s'appuyant sur une technologie sanitaire pour le diagnostic ou les actes thérapeutiques comme la radiothérapie (technique thérapeutique consistant à exposer une partie précise du corps à des rayonnements ionisants (voir rayonnement) provenant soit d'isotopes naturellement radioactifs, soit d'un appareil, généralement en vue de traiter un cancer), l'écographie (technique médicale consistant à visualiser certains organes à l'aide de sons à haute fréquence (ultrasons))…

On peut cependant regretter :

- Le coût élevé de cette médecine dite moderne : Les retombés financiers correspondants à la mise en place des formations sanitaires reviennent toujours aux consommateurs et au gouvernement. Ces coûts proviennent des budgets assignés aux recherches, à l'acquisition des infrastructures et matériels nécessaires et aux formations des personnels, dont les prix sont onéreux.
- La faible solidarité organique se servant d'approche diagnostique et thérapeutique individualiste, elle rejette l'implication des autres membres de la communauté ou les autres éléments de la structure sociale dans ses méthodes. Alors le malade sera diagnostiqué et traité isolément.
- L'absence d'un environnement familial apaisant auprès du malade : l'hôpital est d'ailleurs un cadre inhabituel pour bon nombre de patients notamment dans les bâtiments modernes à étages, l'hospitalisation suscite les problèmes des gardes malades et de visite limitée pour les proches…

Il faut pourtant que ces deux médecines cohabitent parce que leur dialogue semble aujourd'hui nécessaire, indispensable à l'amélioration du niveau de la toile des soins de santé en Afrique où la médecine traditionnelle continue de couvrir la demande de soins dans une proportion de 70% de la population en zone rurale et parfois urbaine.

III.1.3.Coopération entre médecine traditionnelle et médecine moderne

De par leurs fondements et leurs méthodes la médecine traditionnelle africaine et la médecine européenne sont généralement divergentes et contradictoires. L'exercice de la santé en Afrique doit être considéré comme une mise en pratique de ces deux médecines qui sont, pour la population, en complémentarité.

Au contact d'une vie nouvelle, les us et coutumes d'un peuple ont souvent du mal à se muer en folklore, et leur respect en nostalgie. Cette médecine traditionnelle suscita même par la suite un intérêt plus accru dans la grande mouvance de la « Négritude » et des slogans plus de militantisme que scientifiques, tels le retour aux sources et autres authenticités ou identités culturelles africaines, au nom de la sauvegarde des valeurs de civilisation.

Aujourd'hui on constate une volonté de coopération et d'intégration des deux médecines. D'un côté la médecine moderne par le biais de l'OMS commencent à reconnaître les vertus de la médecine traditionnelle et la définie comme « un ensemble de connaissances et de pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostique, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales, et qui peuvent se fonder exclusivement sur des expériences et/ou des observations passées, transmises de génération en génération, oralement ou par écrit ». Nombreux médecins combinent leurs méthodes avec des pratiques endogènes, en particulier la phytothérapie ou la médecine des herbes et le *Codex* (recueil officiel des médicaments autorisés) s'enrichi des produits pharmaceutiques dérivés de la pharmacopée traditionnelle. D'autre part la médecine traditionnelle se voue à l'évolution. En effet des projets, des ateliers et des colloques se réalisent pour la régulariser dans un cadre juridique et pour améliorer son organisation à l'exemple des symposiums internationaux organisés par l'O.U.A. (Organisation de l'Unité Africaine) le premier à Dakar en 1968 et le second au Caire en 1975. Ces réunions traitaient d'un aspect particulier du sujet, notamment les plantes médicinales. A l'issue de chaque symposium, on a adopté un certain nombre de résolutions et on a recommandé aux participants de développer et de renforcer les intérêts dans l'étude et l'exploitation rationnelle de la pharmacopée traditionnelle.

CHAPITRE IV. LA PROBLEMATIQUE MALGACHE

L'existence de deux approches médicales se présente aussi à Madagascar comme pour l'ensemble du continent africain. Les malgaches associent, en effet, la médecine moderne avec les pratique et logiques de santé ancestrales.

IV.1.1.La pratique médicale traditionnelle malgache

IV.1.1.1.Les fondements conceptuels

Malgré la diversité culturelle au niveau des ethnies, les us médicaux des Malgaches reposent sur une base commune, dont les concepts de santé et de maladies, correspondant à ceux de plusieurs pays de l'hémisphère Sud. Selon l'acception malgache, la santé est un état de bien-être physique, psychologique, relationnel et spirituel et aussi comme l'absence de symptômes évidents qui compromettent le fonctionnement normal de l'individu au quotidien. Tandis que la maladie est la souffrance physique, les problèmes relationnels, le démonisme, les conflits ave les esprits et la séparation de l'âme du corps.

La maladie provient des objets ou actions physiques externes comme les poussières, les morsures d'animaux et les chocs. Elle peut être aussi due à un ensorcellement ; c'est-à-dire de jet de sorts maléfiques ou empoisonnement par les ennemies. Enfin elle peut être d'origines surnaturelles que seuls les devins ou les oracles peuvent définir. Pour cette dernière affirmation, la maladie peut être considérée comme une sanction due à la transgression du *fady* (interdit, tabou), à des disputes familiales ou au non respect du sacré.

La médecine autochtone est aussi fondée sur des croyances. Car dans leur structure sociale les Malgaches sont persuadés de l'existence d'élément qui intervient à la gestion de leur vie, entre autre Dieu, les ancêtres et le *fady*.

- Ils croient en un Dieu tout puissant, qu'ils appellent *Andriamanitra* ou *Zanahary,* quelque fois assimilée à celui du christianisme. De là-haut, Dieu regarde vers la terre, non seulement comme celui qui sait tout sur l'agir des hommes, mais comme celui qui dispose de pouvoir de bénédiction ou de punition. D'après cette croyance « la santé est un don de Dieu ».
- Ils croient également à l'immortalité de l'âme. C'est de là que vient le culte des ancêtres ou les *razana*, ceux-ci servant d'intermédiaire entre *Andriamanitra* et les hommes. Mais ils veillent aussi sur ces derniers de jour comme de nuit. Le culte des ancêtres se manifeste à travers plusieurs cérémonies et rites, comme les offrandes aux morts, le respect des lieux sacrés des ancêtres, le retournement (exhumation) des morts. Ainsi on entend toujours parler de « *fitahian'ny razana* » (bénédiction des ancêtres).
- Le *fady* relève de la croyance, et de la tradition orale transmise par les ancêtres. Il peut concerner tous les domaines, que ce soit de la hiérarchie, de la politesse, de l'alimentation ou d'autre chose. Selon DUBOIS (1938 : 633), « d'une manière générale, un objet, une personne, un acte, un rituel matériel deviennent tabous soit

par l'action d'un esprit qui se le réserve ou y réside, soit par l'effet d'une vertu qui s'y trouve ou naturellement ou par infusion. Dans le premier cas, la violation provoque la vengeance de l'esprit ; dans le deuxième cas, le tabou agit par contact en produisant chez le violateur une souillure qui devient principe de maux ».

IV.1.1.2.Les différentes formes de la médecine traditionnelle malgache

L'occultisme médical

C'est une méthode courante dans les zones rurales pour traiter, prévenir et surtout diagnostiquer les maladies. Il est principalement basé sur la croyance et présente un caractère mystérieux. Pour cette méthode il existe plusieurs techniques, dont les plus utilisées sont le *fanandroana* et le *sikidy*.

- Le ***fanandroana*** : (« faire du jour ») est un art divinatoire hérité des Arabes, par l'intermédiaire des *Antemoro*. Il consiste à déterminer les « jours fastes » et les « jours néfastes », ou encore les « destinées » ou *vintana* à partir de technique astrologique, c'est-à-dire par l'observation des astres et l'interprétation de leurs effets sur la vie de l'homme.

« Le *mpanandro* indique les jours favorables d'après, l'âge de la lune. D'après le destin qui a présidé au jour de la naissance, il distingue ce qui est favorable de ce qui est défavorable. Il reconnait aussi les *mpamosavy* (ensorceleur).

Son rôle est donc le suivant : il affranchit des effets d'un destin néfaste. Il favorise l'accomplissement d'un destin favorable. Il corrige aussi les effets d'un destin puissant et lui retire sa force. »[7]

Ainsi il est très consulté pour ses pouvoirs de prédiction dans la vie des malgaches, qui est conditionnée par le caractère faste ou néfaste du moment où l'on entreprend une action telle que la construction d'une maison, le mariage…

- Le ***sikidy*** : tout comme le *fanandroana*, cette géomancie est importée à Madagascar par les Arabes. Elle consiste à observer et interpréter des figures formées par des graines de *Fano* (Piptadenia chrysostachys) jetées au hasard sur une surface plane.

« Le *mpisikidy,* dans ses pratiques, s'intéresse aux personnes dont il doit fixer le jour de sortie (la naissance) […] aux malades, aux médicaments à préparer, aux aliments à absorber, aux sacrifices ou aux exorcisation à faire, aux causes de la maladie. Il indique les choses à faire, en bien ou en mal peu importe … Tel est le rôle du *mpisikidy*. »[8]

[7] Lars VIG, « C*royances et mœurs des malgaches. »,* traduit du norvégien par E. FAGERANG, Otto Chr. Dahl, fascicule II, p. 54

Par rapport à l'astrologie ou *fanandroana* dont la spécialité est de contrer le mauvais destin, le *sikidy* ou géomancie se spécialise contre le mal sacral. Mais les ministres de ces cultes, ou devins, cumulent en réalité deux fonctions : celle de prédire l'avenir ou de connaitre ce qui est caché, mais aussi celle de guérir ou de résoudre des problèmes. Ainsi se confondent souvent leurs dénominations. Le *mpanandro* et le *mpisikidy* sont aussi appelés *ombiasy* ou *mpitaiza* qui signifie guérisseurs.

De ces procédés ressortent les objets prophylaxiques ou protecteurs, d'une part, curatifs, de l'autre. Ces objets peuvent être des charmes, des amulettes ou des médications, généralement désignés par les termes *ody*, *aody* ou *fanafody* selon les ethnies. Ils peuvent être d'origine animale comme le *menak'osy* (l'huile de chèvre), le *ranomena* (« eau rouge » : essence obtenu à partir des ossements calcinés) ; minérale comme le kaolin ; mais surtout végétale. Les produits phytothérapeutiques s'avèrent alors les plus utilisés.

La phytothérapie ou *raokandro* ou *tapa-kazo*

La phytothérapie occupe une place importante dans la médecine traditionnelle malgache. Depuis longtemps la population malgache utilise les plantes pour se soigner. Selon un proverbe ancestral « *Sery vitan'anamalaho, tsy hamonoina vatotr'akoho » (*rien ne sert de tuer un poulet pour un rhume qui se soigne par du *brède mafana* ou spilanthe*).* Actuellement plus de 12 000 plantes à vertus thérapeutiques, dont 80p100 endémiques, font l'objet d'utilisations médicales à Madagascar[9]. Les plantes ont souvent plusieurs noms vernaculaires, selon les ethnies ou les endroits où elles poussent. Cette diversité des noms vernaculaires reflète également une diversité de culture. « Chaque nom vernaculaire possède une signification précise »[10]. A l'exemple du *Kely oman-drà* ou la petite qui se nourrit de sang, qui est une plante rampante hémostatique, c'est-à-dire qui peut arrêter l'hémorragie.

Le traitement par du *tapa-kazo* est courant dans les centres urbains comme dans les milieux ruraux. Dans les campagnes ce sont les guérisseurs traiteurs eux-mêmes qui se chargent de la cueillette des plantes ou des produits à utiliser. Tandis que dans les villes, ils prescrivent des médicaments que les malades se chargent d'acheter aux petits revendeurs se trouvant sur presque toutes les places de marché. Pour les maladies classiques, comme

[8] Lars VIG, « C*royances et mœurs des malgaches. »,* traduit du norvégien par E. FAGERANG, Otto Chr. Dahl, fascicule II, p. 55

[9] *Midi Madagascar* , 29 septembre 2007

[10] P. BOITEAU (1999) *Dictionnaire des noms malgaches des végétaux*, Editions Alzieu, Grenoble.

la diarrhée, maux de tête, maux de ventre, toux, les habitués se rendent directement au près des revendeurs, qui connaissent les plantes et leurs vertus thérapeutiques par expérience.

Le *mpitaiza* ou *ombiasy,* est le tradithérapeute ayant comme principale méthode la médecine des herbes. Son savoir peut être acquis par apprentissage au près d'un maître guérisseur, par expérience ou transmis par tradition orale par les parents, c'est le cas pour la majorité. Toutefois il pourrait aussi posséder un certain pouvoir hérité des ancêtres. Ainsi les *aody* peuvent être aussi prescrit par le *sikidy* et le *fanandroana* ou par d'autres techniques occultes, comme pour le cas du *moara,* association de bout de bois, dont la combinaison varie selon la prédiction, il est utilisé pour attirer le bonheur et les bonnes choses,

Parallèlement à cet aspect traditionnel, la phytothérapie malgache se dirige, au cours de cette dernière décennie, vers une modernisation. Elle fait l'objet de nombreuses recherches et se pratique avec des moyens et techniques modernes dans des institutions comme l'IMRA (Institut Malagasy des Recherches Appliquées), le RIRA (Raokandro Imahagaga Ravelo Augustin) et les cabinets Homéopharma. Ces institutions sont réputées par leur méthode combinant les approches diagnostiques du modèle européenne et la médecine des plantes pour les procédés curatives et préventives. En effet le diagnostic des maladies sont effectuées par des médecins et avec des moyens technologiques comme les analyses en laboratoire, la radiographie…En plus les plantes ne sont pas utilisées à l'état brut mais manufacturées, c'est-à-dire transformées en poudre, en solution liquide, en huile, en essence ou pommade avec des dosage bien déterminés. Ces médications sont relativement associées à des séances de massage.

Le massage

Cette méthode est aussi utilisée depuis longtemps. Elle se pratique pour soigner les pathologies musculaires et osseuses, telles que les problèmes d'articulation, la déchirure musculaire, la luxation, les fractures…Le praticien masseur utilise de l'huile de coco et quelque fois leur salive pour réduire les frottements entre les peaux et pour réchauffer la partie à masser. Aujourd'hui on constate la prolifération des salles de massage surtout dans les grandes villes. Cela résulte de l'échange culturel avec les migrants venus de l'orient. En effet le massage exotique et relaxant qui est une spécialité des pays orientaux comme l'Inde et la Chine est devenu des produits de commerce dans les centres urbains.

Ce sont donc les formes les plus courantes de la médecine traditionnelle malgache. Qui est actuellement dans une phase d'établissement d'un cadre juridique et institutionnel. C'est-à-dire que les tradipraticiens et l'Etat cherchent à établir une structure d'organisation et

d'encadrement officielle des pratiques sanitaires ancestrales dans le but d'améliorer la qualité des services de ces prestataires ainsi que les conditions de santé de la population. Car ces prestataires veulent que la médecine traditionnelle soit reconnue par l'Etat et qu'elle soit intégrer dans le système de santé national. D'autre part, le ministère est convaincu de l'efficacité de certaines méthodes thérapeutiques locales et s'applique à les associer à la médecine moderne, dans les différents programmes et projets nationaux et locaux tels que la lutte contre la tuberculose et le SIDA, et même dans les programmes d'études et de recherches universitaires.

IV.1.2.La médecine moderne

La médecine moderne est venue à Madagascar avec l'influence culturelle des Européens vers la fin de l'époque royale. Elle s'est développée suivant les progrès scientifiques dans les pays développés. Elle fait l'objet d'un encadrement législatif et d'une organisation bien définie. Et les grandes lignes des programmes de développement du domaine de la santé sont fixées dans la Politique Nationale de Santé (PNS).

IV.1.2.1.Le cadre législatif

Outre les normes internationales de cette médecine, la législation sanitaire de Madagascar comprend un nombre varié de textes législatifs et réglementaires dont certains sont obsolètes mais restent en vigueur. L'élément essentiel de cette législation est l'ordonnance n°62-072 du 29 septembre 1962 portant codification des textes législatifs concernant la santé publique. Ce « Code de la Santé Publique », comprenant 8 livres demeure à ce jour la référence réglementaire principale dans le domaine de la santé à Madagascar. Par ailleurs, divers textes ont été élaborés par la suite sur la base de réalités nouvelles comme la loi n°2004-029 du 09 septembre 2004 autorisant la ratification de la Convention cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte antitabac.

IV.1.2.2.Organisation et fonctionnement du système de santé

Le système de santé fonctionne selon une structure comprenant des institutions et des établissements de différents niveaux.

Les institutions comprennent quatre niveaux :

- le niveau central en charge de la coordination générale du secteur santé au sommet duquel se trouve le Ministère de la Santé, de la Planification Familiale et de la Protection Sociale (MSPFPS).
- le niveau intermédiaire ou régional avec comme attribution l'apport d'appui technique aux districts sanitaires.
- le niveau périphérique ou district, comportant l'équipe de management de district (EMAD) est la pièce maîtresse de la politique de décentralisation.
- le niveau communautaire participant dans la promotion de la santé et dans le fonctionnement et la gestion des structures sanitaires de base.

Les Etablissements de soins peuvent être répartis en quatre catégories essentielles :

Les centres hospitaliers de Madagascar

Province	CHRP	CHU	CHD 1			CHD 2			Total CHD
			Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	
Antananarivo		5	14	7	21	5	8	13	34
Antsiranana	1		5	3	8	4	4	8	16
Fianarantsoa	1		14		14	9	3	12	26
Mahajanga		1	14	2	16	5	4	9	25
Toamasina	1		10		10	6		6	16
Toliara	1		16		16	4	3	7	23
TOTAL	**4**	**6**	**73**	**12**	**85**	**33**	**22**	**55**	**140**

Source: MSPFP 2004

Les Centres de Santé de Base de Madagascar

Province	CSB 1			CSB 2			Total CSB
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total	
Antananarivo	131	18	149	306	230	536	685
Antsiranana	81	9	90	123	29	152	242
Fianarantsoa	184	36	220	341	63	404	624
Mahajanga	200	8	208	178	44	222	430
Toamasina	220	17	237	218	41	259	496
Toliara	173	29	202	228	41	269	471

TOTAL	**989**	**117**	**1106**	**1394**	**448**	**1842**	**2948**

Source: MSPFP 2004

- Les formations sanitaires de base constituées par les Centres de Santé de Base. Ces centres sont les plus proches de la population, notamment en milieu rural. Presque chaque Division Communale possède un CSB de niveau 1 ou de niveau 2. Au total il existe 2948 CSB à Madagascar. Ces centres concernent les premiers contacts ou les soins primaires.
- Les Centres de Référence de premiers recours : Il s'agit des 33 Centres Hospitaliers de Districts Niveau II (CHD 2), des 73 Centres Hospitaliers de Districts Niveau I (CHD1) implantés dans les Chefs lieux de Districts auxquelles il faut ajouter 34 hôpitaux et cliniques du secteur privé. Ces Centre de Référence assurent, selon le plateau technique dont ils disposent, la prise en charge des cas médicaux référés et des interventions chirurgicales courantes. Les hôpitaux de 1er recours reçoivent les malades venant des CSB.
- Les Centres de Référence de deuxième recours : Ils sont représentés par les Centres Hospitaliers de Référence Provinciale situés dans les chefs lieu de province, actuellement Centres Hospitaliers de Référence Régionale. Ces Centres sont caractérisés par une différence de capacité d'accueil, de plateau technique, d'infrastructures entre eux.
- Les Centres de Référence Nationale : Il s'agit des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Etablissements Spécialisés sont composés du groupe CHU d'Antananarivo et de Mahajanga. Ce sont des Hôpitaux de Référence Nationaux et lieux de formation universitaire initiale et post universitaire. Ils assurent l'encadrement des hôpitaux de premier et deuxième recours.

Mais les principales observations que l'on peut faire de l'ensemble du réseau hospitalier national sont leur faible utilisation : 39 p100 en 2004[11], la mauvaise qualité des soins, la défaillance de l'hygiène hospitalière, la mauvaise gestion, l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel, la vétusté des infrastructures et des équipements, la faible disponibilité en médicaments essentiels et l'insuffisance du budget de fonctionnement alloué par l'Etat.

[11] INSTAT, EPM 2004

IV.1.2.3.Les médicaments et consommables médicaux

Les médicaments sont généralement payants dans les systèmes de santé, sauf pour les produits contraceptifs qui sont gratuits, c'est-à-dire prise en charge par l'Etat, dans les centres de soins publics. En effet, les patients payent une part du prix des médicaments par un système appelé recouvrement de coût. En plus la gestion des médicaments demeure insatisfaisante surtout en ce qui concerne l'estimation des besoins et la prescription rationnelle. Les grands centres hospitaliers connaissent souvent des problèmes de disponibilité de médicaments en partie dus à la gamme restreinte offerte par la Centrale d'Achats.

Dans le secteur privé, les prix des spécialités pharmaceutiques sont toujours en hausse et sont inaccessibles à la grande majorité de la population. En compensation, de plus de génériques sont apparus sur le marché pharmaceutique malgache comme dans la plupart des pays du Sud. Leurs prix sont en générale relativement abordables. Mais face à cette multiplication des médicaments génériques sur le marché national, le Gouvernement a créé l'Agence du Médicament de Madagascar (AMM) à laquelle il a confié la mission d'assurer la qualité des médicaments fournis à la population.

En outre, de par la richesse de notre flore et l'habitude ancestrale d'utiliser les plantes pour prévenir ou guérir des maladies, on dispose d'une vaste réserve de pharmacopée traditionnelle.

Bref, le système de santé Malgache comme dans la majorité des pays du Sud est caractérisé par l'existence de deux approches médicales exogène et endogène. Face au développement de la médecine moderne, les pratiques et logiques ancestrales persistent encore. Mais chacune de ces méthodes a ses succès et ses échecs. Ainsi, la confrontation des deux médecines dans le cadre du contexte culturel local est une opportunité qui permettra probablement d'améliorer progressivement les soins de santé dans les populations où la tradition demeure enracinée dans la vie quotidienne.

CONCLUSION PARTIELLE

En somme la santé des populations du Sud se trouve toujours dans une situation de précarité. Ceci malgré l'existence de deux systèmes médicaux. La médecine traditionnelle coexiste avec une médecine importée des civilisations nordistes. Ces pratiques ont chacun leurs logiques, leurs conceptions et leurs modes de traitement des maladies. Les médecines autochtones se fondent surtout sur des approches culturelles et basent leurs thérapies sur l'utilisation des produits locaux. Tandis que la médecine moderne possède une

interprétation plus rationnelle des pathologies et les traite par des médicaments manufacturés par les pays développés. La tendance actuelle de la globalisation est le mélange des deux formes médicales pour qu'elles bénéficient aux populations consommateurs de produits de santé.

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE RURALE DANS LA COMMUNE DE SAHAMBAVY.

Selon la définition précédente l'anthropologie de la santé ou l'anthropologie médicale porte une attention spécifique aux conceptions populaires et professionnelles, aux causes des problèmes de santé, à la nature des traitements, aux thérapeutes qui appliquent ces traitements, aux processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et aux institutions qui régissent l'espace socio-culturel de la santé. Cette partie présente la mise en pratique de cette anthropologie de la santé dans le monde rurale malgache à travers les réalités observées dans la circonscription communale de Sahambavy

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DE LA COMMUNE.

L'environnement et le mode d'adaptation de la population au milieu sont des déterminants de son état de santé. Pour mieux appréhender cette approche anthropologique de la santé dans la Commune rurale de Sahambavy, il nous est indispensable de décrire son espace physique, démographique, culturel et économique.

CHAPITRE V.LES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES

V.1.1.Localisation

La commune rurale de Sahambavy se situe dans la région de Haute Matsiatra. Elle est l'une des communes du district de Lalangina, dans la partie Est de la région. Par rapport à la ville de Fianarantsoa, chef lieu de la région, elle se trouve à une vingtaine de kilomètres, et à une douzaine de la Route Nationale numéro 7 (RN 7) partant de la Commune rurale d'Ambalakely. Elle est encadrée :

- à l'Est par la Commune d'Alatsinainy Ialamarina
- à l'Ouest par la Commune de Mahatsinjony
- au Nord par la Commune d'Androy
- au Sud par la Commune de Fandrandava.

S'étendant sur une superficie de 92,38 km², elle se subdivise en 10 fokotany, à savoir : Antamiana, son chef lieu, Amindratombo, Ankazondrano, Ampasina, Antanifotsy, Imorona, Bedia, Antotohazo, Ambalavao-Ivondrona et Ambohimandroso. Dans ces fokotany se répartissent à leurs tours 70 hameaux. Ces derniers se concentrent plutôt dans la partie Ouest de la Commune. Cette configuration est illustrée dans la carte ci-dessous.

LES FOKOTANY DANS LA COMMUNE RURALE DE SAHAMBAVY

Source: FTM BD500/Auteur Decembre2007

V.1.2.Relief, pédologie et végétation

Sur le plan écologique elle présente un profile qui se rattache à l'ensemble des Hautes terres. En effet son relief est constitué par une vaste plaine avec quelques basses collines et de montagnes couvertes de forêt dans la partie Est et Nord-est. Cette structure représente des bassins versants.

A l'Est le sol est noirâtre et brunâtre de type podzolique ou sablo argileux très pauvre et difficile à restaurer. C'est-à-dire des sous forêts et savanes boisée à caractère acide, cendreux et délavé mais humide. Ceux du centre et du Nord sont de type limono argileux de couleur rougeâtre ou jaunâtre. Ce sont donc des terres argileuses très fertiles déposées par les rivières sur leurs rives. Ce qui justifie l'existence de quelques vestiges de forêts naturelles, de rizières et de plantations. Dans ces trois zones les rizières sont profondes avec des débits végétaux non décomposés.

Dans la partie Sud et Sud-ouest se rencontrent des sols de type limono argilo sableux de couleur noirâtre. Mais dans les bas fonds ce même type est encore présent mais avec d'épaisse couche d'humus dans les vallées profondes pour donner naissance à des sols non décomposés pour devenir des marais non favorables à la rizicultures.

En rapport avec ces caractéristiques pédologiques et au relief, la végétation de la commune est encore riche en couverture forestière : la forêt naturelle et la forêt de reboisement occupent plus de 3445 hectares, c'est-à-dire 37,3p100 de l'ensemble de la surface. Elles se rencontrent dans la partie Est et Nord-est de la commune. La savane boisée et herbeuse occupent 2364 hectares (25, 6p100). La première s'observe à l'Est tandis que l'autre se situe dans les zones centrales et occidentales, dans lesquelles se trouvent aussi les espaces de culture sur *tanety* occupant 1674 hectares (18,1p100) et particulièrement la culture industrielle de thé qui s'étale sur 385 hectares (4,1p100). Et enfin les rizières se trouvent sur les rivages des artères hydrographiques avec une superficie de 1180 hectares (12,7p100).

Ces végétations sont utilisées pour des bois d'œuvre, bois de construction, bois de chauffe et médicinal, culture et lieu de pâturage.

V.1.3.Hydrographie

L'hydrographie de la Commune rurale de Sahambavy se distingue par la basse température de l'eau et l'existence de quelques lacs, dont :

- Le grand lac Sahambavy divisé en deux partie : la partie de Lac Hôtel et celle qui sert de réservoir pour l'industrie SIDEXAM.

- Les petits lacs : lac Andohasahabe (Ambohibe), lac Bleu (Analalava), lac Miaradia (Andranomena).

La principale rivière dénommé Sahabavy prend sa source dans le grand lac et se déverse dans la Matsiatra. Et dans les zones forestières de l'Est prennent source des petits ruisseaux se déversant à Ampitambe pour descendre à Namorona ou pour se verser aussi dans la Matsiatra.

V.1.4.Le climat

Se situant sur le Corridor Ranomafana-Andringitra, séparant la côte Est des Hautes Terres, elle a un climat d'altitude de type tropical humide. C'est-à-dire qu'elle reçoit beaucoup de pluie pendant l'été avec une pluviométrie annuelle pouvant atteindre les 1000 à 1500 mm/an. Au cours de cette saison comprise entre le mois de Novembre et le mois d'Avril, la température varie de 18°C à 28°C. Par contre en hiver elle varie de 6°C à 10°C. Cette période de fraicheur et de crachin se situe entre le mois de Mai au mois d'Octobre.

Mais les conditions diffèrent à l'Est et au Nord-est, plus élevé et avec une végétation plus dense, donc plus fraîche et humide.

CHAPITRE VI.LES INFRASTRUCTURES

Le paysage de la commune rurale de Sahambavy est constitué par différentes infrastructures relatives à la dynamique sociale, économique et culturelle de ses habitants. Elles comprennent les infrastructures de base telles que les établissements scolaires, le centre de santé publique et les voies de transports terrestres mais aussi les centres industriels, touristiques et commerciaux ainsi que les institutions religieuses.

VI.1.1.Les infrastructures culturelles

VI.1.1.1.Les établissements scolaires

Sur le plan éducatif, presque tous les *fokotany* constituant la commune possède une école primaire. En effet, sur les 10 *fokotany*, seuls ceux d'Ankazondrano et d'Ambohimandroso n'ont pas encore d'école primaire publique (EPP). Les enfants de ces zones sont obligés d'aller à Antamiana ou d'étudier dans les écoles privées payantes. Ces dernières qui sont également présentes dans chaque *fokotany*. Celles-ci sont rattachées à des organisations chrétiennes : 2 au *Fiangonan'i Jesosy Kristy eto Madagasikara* (FJKM) ou Église de Jésus Christ à Madagascar, 2 au *Fiangonana Loteriana Malagasy* (FLM) ou Église

Luthérienne Malgache et 7 à l'Église catholique. Pour le niveau secondaire, la commune ne dispose que des établissements du premier cycle. Le premier est le Collège d'Enseignement Générale (CEG) Sahambavy, se situant dans la partie centrale. Le second est le collège EPIS ou Enseignants pour la Promotion Intellectuelle de Sahambavy est une institution privée créée en 2004 par une association d'enseignants soutenue par des organismes et associations locales et étrangères. Au total la commune possède 22 établissements scolaires dont 1 pour le préscolaire, 19 pour le primaire et 2 pour le niveau secondaire du premier cycle.

Les établissements scolaires

	Préscolaires		Primaires		Secondaires 1er cycle	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Nombre de batîments	0	1	7	12	1	1
Effectifs des élèves		40	1868	1918	230	120
Nombre d'enseignants		2	25	40	14	7
Nombre d'enseignants sous la charge du FRAM		2	15	40	7	7
Nombre de salles utilisées		2	28	20	6	3
Taux de réussite en CEPE et BEPC			72%		40%	

Source : PCD de la Commune Rurale de Sahambavy

VI.1.1.2.Les institutions religieuses

Les institutions religieuses

Types de religion	Nombre	Nombre de pratiquants
Catholique	6	2185
FJKM	5	1535
FLM	4	1228
Advantiste	1	78
Jesosy Mamonjy	3	307
TOTAL	**19**	**5333**

Source : PCD de la Commune Rurale de Sahambavy

Concernant la religion, le christianisme domine dans cette zone. Ainsi les édifices cultuels catholiques et protestants ont une présence remarquable. 19 églises sont réparties dans les 10 *fokotany* pour accueillir les 5333 pratiquants. Les cinq principales orientations religieuses les plus apparentes sont : l'Église catholique, le FJKM, le FLM, l'Église adventiste et le *Jesosy Mamonjy*. Toutefois des mouvements sectaires tels que *l'Assemblée de Dieu*, *Pantekotista mitambatra* et l'Église *Rhéma* commencent aussi à gagner du terrain.

VI.1.1.3.Les institutions sanitaires

Le Centre de santé de base niveau 2 (CSB 2)

Ce centre a existé depuis 1997, à ce temps c'était encore un CSB1, il a été géré par une Comité de Gestion (COGES). Il employait 4 personnes dont une infirmière et trois aides membres du COGES. C'est en 2000 qu'il est devenu un centre de santé de base de niveau 2, avec un local moderne construit par le Fond d'Intervention pour le Développement (FID).

Le local du centre se divise en 5 salles:

- Une salle de consultation du médecin chef,
- Une pharmacie ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle pour les accouchées.
- Une cuisine et une toilette à l'extérieur

L'électricité est déjà disponible dans le centre. Par contre il ne dispose pas d'alimentation en eau potable. Il est soumis au même sort que les autres ménages en utilisant de l'eau provenant du puits.

Outre ces salles, le centre dispose de 7 lits avec 7 matelas, dont 2 sont hors d'usage, 1 réfrigérateur, 3 armoires murales, 4 tables, 1 table d'examen, 1 balance pèse bébé, 1 balance pèse personne, 1 boite d'accouchement, 1 boite de pansement, 1 stérilisateur à feu, 1 fut en plastique, 2 bidon à robinet, 4 bacs à ordure, 1 kit de dépistage du VIH ainsi que les médicaments nécessaires aux soins primaires.

Actuellement, le personnel qui fait fonctionné le centre est composés de 6 individus, dont : un médecin chef, une sage-femme, une aide-soignante, une servante, une dispensatrice et un gardien. Ils ont pour rôle d'entretenir l'équilibre sanitaire de la population en offrant différents actes et services consistant : les consultations externes et le soin des maladies endémiques, la consultation prénatale, les accouchements, la planification familiale, les

différents vaccins pour les femmes enceintes, les mères et les enfants, et enfin le soin nutritionnel de l'enfant.

Les tableaux ci-dessous nous présentent les attributions auxquelles se rattachent chaque poste (tableau 10) ainsi que les différents actes de soin et services disponibles dans le CSB2 (tableau 11). Mais nous pouvons en même temps observer la fréquence et les motifs d'utilisation du centre par la population de la commune.

Attributions et taches des personnels du CSB2

QUALIFICATION	ATTRIBUTION TACHES
Médecin Chef CSB (Diplômé d'État)	- Consultations Externes -Administration -Gestion -Coordination -Supervision
Sage femme (Diplômé d'État)	-Consultation Prénatale (CPN) -Accouchement -Planification Familiale
Aide Sanitaire	- Vaccination - Soins -Soin Nutritionnel de l'Enfant (SNE)
Servante	- Ménage - Nettoyage - Stérilisation - Prévention des infections
Gardien	- Gardien
Dispensatrice	- Dispensation - Remplissage pièces justificatives - Commande Médicament

Source : Enquête personnelle, 2007

Tableau de bord des activités du CSB2

ACTIVITEES	JAN	FEV	MAR	AVRI	MAI	JUIN	JUIL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
CONSULTATIONS EXTERNES	192	380	432	237	209	213	206	243	487	557	479	584
IRA	57	33	143	94	78	81	68	18	31	122	154	58
PALU	17	28	27	19	12	15		21	30	47	19	22
DIARRHEE	29	28	27	13	6	8	17	16	21	48	62	93
IST	1	10	12	5	6	6	6	2	3	4	4	3
CPN	135	84	86	134	65	70	77	77	129	143	17	25
ACCOUCHEMENT	18	22	25	25	22	33	19	17	18	30	11	15
UR PF	671	688	690	696	726	752	782	772	812	990	1027	1059
BCG	53	54	53	97	92	53	80	111	113	99	24	
ATR	40	68	51	51	39	42	41	72	67	202	50	42
HEP B1 (DTC)	50	80	78	91	33	73	40	48	50	40	39	39
HEP B2 (DTC)	30	49	74	99	59	59	50	48	54	30	32	35
HEP B3 (DTC)	18	20	59	95	63	57	39	63	83	55	40	28
VA T1	14	23	7	10	7	7	4	7	25	26	2	6
VA T2	2	21	21	80	20	18	23	20	31	64	23	69
VA T3	17	0	0	28	6	9				30		
SNE	194	191	172	213	331	303	282	311	252	248	226	223

Source : CSB2, 2007

Les activités du CSB2 portent essentiellement sur les domaines suivants :

- La prise en charge des malades selon le cas :

– assurer le diagnostic, le traitement et le suivi,

– assurer les soins de premiers recours et référer au besoin, les soins des maladies endémiques et épidémiques couramment rencontrées dans la commune et le traitement des traumatismes courants,

– prendre en charge des maladies de l'enfant, la surveillance et la référence des cas graves de malnutrition

– Assurer les accouchements normaux et prendre en charge ou référer les cas de complication selon la compétence. Pour l'année 2007, 255 accouchements a eu lieu au CSB2 de Sahambavy.

- Les soins préventifs :

– vaccination par stratégie fixe, mobile : c'est-à-dire qui s'effectue dans le local du centre ou dans les villages lors des périodes de campagne de vaccination. Elle concerne la vaccination des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer ainsi que des nouveaux nés (BCG, DTC, HEP B, VPO, VAR, VAT).

– consultation prénatale des femmes enceintes : surveillance de la croissance par utilisation du carnet de santé, chimioprophylaxie du paludisme c'est-à-dire le traitement préventif qui a pour but d'empêcher le développement de la maladie en cas d'infection mais il n'empêche en aucun cas l'infection en cas de piqûre par un moustique porteur.

– Allaitement maternelle exclusive (AME) : promotion de l'alimentation des nouveaux nés uniquement par l'allaitement maternelle,

– consultation postnatale, soins infantiles et néonataux: surveillance de la croissance par l'utilisation systématique des fiches de croissance à trois couleurs, prendre en charge les cas graves de malnutrition. Au total 2946 cas de soin nutritionnel de l'enfant ont été procurés par ce CSB.

– promotion de la santé bucco-dentaire : communication des comportements favorable à la santé des dents.

– prévention des IST/SIDA : sensibilisation, teste de dépistage volontaire, prévention de la transmission mère et enfant (PTME). D'après le rapport d'activité 129 individus ont été dépistés dont aucun n'a été déclaré positif au VIH.

- promotion des planifications familiales (PF): inciter la population à l'utilisation des méthodes de contraception, assurer les techniques chirurgicales de PF telles que : implants, stérilet et les autres contraceptions chirurgicales volontaires. Le nombre d'utilisateur régulier des méthodes de planification familiale augmente régulièrement. Ainsi les 671 utilisateurs en janvier 2007 ont augmentés jusqu'à 1059 au mois de décembre. Pour cette activité le CSB est en partenariat avec des agents communautaires, qui ne sont autre que les matrones. Elles sont 56, à travailler en bénévolat pour le centre.

- Les activités de gestion consistent à assurer :

- La collecte d'informations par un système unique intégrant toutes les activités et les programmes par élaboration du tableau de bord des activités du centre, la gestion du personnel (infirmiers, sages-femmes, administratifs, servants…), la planification et la coordination des activités du CSB avec la communauté, le suivi local des activités par le Comité et le personnel, la gestion et la maintenance des matériels,
- approvisionnement en médicaments : c'est à dire assurer la disponibilité des médicaments essentiels.
- le suivi et le monitorage des activités du secteur mis en œuvre par des organismes étatiques, les Organisations Non Gouvernementaux et des agents communautaires œuvrant dans le domaine de la santé : l'analyse de l'évolution des indicateurs de résultats par rapport aux objectifs fixés par le centre et par ces organismes.
- Surveillance épidémiologique : c'est à dire la détection des épidémies, la surveillance des changements dans les pratiques de la santé. Le centre, par le biais de son personnel, doit assurer un traitement de toutes les informations pour prévenir et prendre en charge en temps réel les maladies.
- La mobilisation communautaire intégrée qui consiste à assurer la sensibilisation sur les activités préventives et promotionnelles, comme la lutte contre les IST et le VIH/SIDA, la santé bucco-dentaire, l'utilisation des latrines, la planification familiale et le paludisme.

Comme toutes les formations sanitaires publiques, le CSB 2 de Sahambavy est financé par l'Etat par le biais du budget du ministère de la santé et par des financements des différents bailleurs de fonds internationaux. Toutefois les bénéficiaires participent aussi aux dépenses du centre par le recouvrement des coûts. En effet, ils payent les médicaments que le médecin ou le personnel du centre leur prescrit.

Cependant les manques de moyen demeurent toujours un handicap pour le centre. Outre l'indisponibilité d'un système d'adduction ni de filtration d'eau, l'insuffisance de salles et de matelas est aussi un grand problème pour ce centre de santé et particulièrement l'absence de logement pour le médecin. En effet faute de lotissement ou de salle pour son logement le médecin chef du centre est contraint d'habiter à Fianarantsoa. Il commence donc ses activités au plutôt à partir de 8 heure du matin pour le terminer avant 15 heure d'après-midi, départ de la dernière ligne de taxi-brousse pour la ville. Ce contrainte à pour conséquence l'absence fréquent du premier responsable de cette institution. Ainsi que les dépenses financières engendrées par les déplacements concourant à sa démotivation. Egalement, suite à ce manque de salle, les malades et les accouchées se mélangent dans la même pièce augmentant ainsi les risques de contamination des maladies infectieuses chez les nouveaux nés. En plus deux des sept matelas sont hors d'usage.

Les dépôts de médicament

Il existe 2 dépôts de médicament dans la commune. Ils sont situés sur la place du marché dans le *fokotany* d'Antamiana. Le dépôt « Tsarafara » est ouvert depuis 2005 tandis que l'autre qui s'appel « Sambatra », en 2006. Les services qu'ils fournissent ainsi que leur fonctionnement sont presque identiques. En effet, ces commerçants commercialisent des médicaments, majoritairement des génériques, sans exiger d'ordonnance prescrite par un médecin à l'exception des injections. Ils prescrivent et conseillent eux aussi des remèdes aux malades qui viennent directement les consulter. La majorité des demandes concerne des soins primaires et des maladies banales comme le rhume, la fièvre les douleurs intestinales, les maux de dent… Ces consultations sont gratuites et se fondent généralement sur les expériences des personnels de ces dépositaires. Car ils n'ont pas suivi des études approfondies médecines ni en pharmacologie. Toutefois ils suivent des formations continues en gestion de pharmacie communautaire, en notion de soin primaire. Ces formations sont procurées tout les trois mois par la Coopération Pharmaceutique de Madagascar (COPHARMA), la société qui approvisionne les dépositaires de médicament.

D'après les registres de vente, les médicaments les plus achetés sont : les anti-inflammatoires comme le paracétamol et l'ibuprofène utiliser pour les maux de tête, les maux de dent et pour soulager la hausse de température liée aux fièvres ; les antibiotiques telles que la tétracycline pour traiter les différentes infections ; les médicaments contre le palu ou les antipaludéens : chloroquine, le paludar, et enfin les injections prescrites par le médecin du CSB manquant dans sa pharmacie. Le ravitaillement par la COPHARMA s'effectue tout les 6 mois.

Les principaux concurrents de ces dépôts de médicament sont les marchands ambulants. Ces colporteurs proviennent de Fianarantsoa pour revendre des produits pharmaceutiques dans les marchés des communes rurales de la région Haute Matsiatra. La disponibilité de ces médicaments vendus dans les villages est assez bonne, et problématique car elle échappe à tout contrôle médical. Les cachets peuvent s'acheter à l'unité. Donc ne nécessite pas le décaissement de grande somme. Cependant la qualité de ces médicaments est sujette à caution car ils sont achetés à bas prix, auprès de revendeurs de rue à Fianarantsoa. Les doutes concernent surtout leurs dates limites d'utilisation ou de consommation. Tout comme les dépôts de médicament, pour promouvoir leurs marchandises ces revendeurs recommandent des traitements aux malades. Là aussi leurs diagnostiques émanent de leurs habitudes et de leurs expériences. Inquiète de la qualité de ces ventes, l'administration communale interdit ce type de commerce. Mais cela ne peut pas empêcher les ventes en cachette. Ainsi un réseau de cinq individus opère dans ce système pendant les marchés du mercredi et du dimanche.

Les tradithérapeutes

La médecine traditionnelle se rencontre aussi à Sahambavy. Il existe deux types de tradithérapeutes dans la commune de sahambavy comme dans nombreuses communes rurales. Ainsi il y a les *reninjaza* et les *ombiasy*. La majorité des tradithérapeutes rencontrés à Sahambavy sont des matrones; en effet sur les 60 guérisseurs traditionnels recensés, lors de notre enquête il y a 56 *reninjaza* et 4 *ombiasy*. Il en existe en moyenne 5 par *fokotany*.

Les *reninjaza* ou matrones sont des spécialistes des soins accordés aux femmes, pour ce qui concerne leur vie féconde, la consultation prénatale, jusqu'aux soins de la mère et de l'enfant après l'accouchement. Elles s'occupent plutôt des cas d'accouchement par voie normale. Le suivi des femmes enceintes s'effectue suivant le calendrier lunaire. Car selon la logique de ces praticiens les accouchements tiennent lieu lorsque la lune est en position croissante ou décroissante. Comme ces praticiennes sont les acteurs de santé de proximité de référence, les malades les consultent en premier lieu. Conséquemment certaines d'entre-elles se permettent de soigner un certain ordre de maladies, autres que les soins de la mère et de l'enfant. Il y a celles qui font des massages pour les douleurs musculaires, les maux de dent et même pour les désarticulations et foulures osseuses, il y a aussi celles qui soignent la fièvre par la phytothérapie.

D'après leurs déclarations leurs savoirs relèvent d'un héritage maternel. Certaines affirment que c'est un don transmis par leurs mères, d'autres ont appris en regardant faire leurs mères. Mais leurs savoirs se combinent avec ceux octroyés par le CSB au cours des

formations. Car, afin de réduire le taux de mortalité infantile qui est de 4,44% pour l'année 2004, et pour améliorer la qualité de service des matrones, elles sont formées par les responsables du CSB en matière de prise en charge des accouchements.

Ces *reninjaza* travaillent donc en étroite collaboration avec le CSB. Des échanges de savoir se réalisent entre ces deux ensembles d'acteurs de soins. Ainsi les *reninjaza* réfèrent les patientes vers le CSB en cas de complication de l'accouchement ou des maladies. En revanche le centre leur accorde des formations pour devenir des agents de santé communautaire. Ainsi elles assureront la mobilisation communautaire en termes de santé. Par conséquent leurs activités ne restent plus sur la santé maternelle et infantile mais concerne aussi la santé en générale. C'est-à-dire qu'elles promeuvent l'utilisation des méthodes de planifications familiale et des moustiquaires imprégnées, sensibilisent sur les normes d'hygiène, incitent la population à s'intégrer à la « mutuelle de santé », animent des campagnes de vaccination et de lutte contre les IST, VIH et SIDA… la plupart d'entre elle sont alors des agents de santé à base communautaire ou ASBC.

Les *ombiasy* sont le second type de tradipraticien rencontré dans cette commune. Mais par rapport au *reninjaza* ils sont très rares. Nous n'avons recensé que 4 *ombiasy* dans cette circonscription. Ces prestataires habitent les hameaux de Bedia ouest dans le fokotany de Bedia, Andoharano dans le fokotany d'Ambohimandroso, Antsahabelona à Antanifotsy et à Antanjona dans le fokotany d'Antamiana.

La phytothérapie est le fondement de la méthode de soin de ces prestataires. Cette technique est utilisée pour soigner la fièvre. Selon l'avis des clients de ces tradithérapeutes, la médecine moderne est moins efficace que les *ravinkazo* (feuille) pour soigner le palu. Les remèdes utilisés sont identiques pour ces acteurs de santé. Par exemple la potion est à base de *kininim-potsy*, de *romba* et de *ravintsara* en infusion, pour soigner la fièvre et la grippe ; de l'*afiafy*, *fanazava, arombana, talapetraka* pour traiter en même temps les maux d'estomac et la diarrhée.

Cependant les habitants de cette partie est de la région betsileo côtoient leurs voisins *tanala* (habitant des forêts) de la zone forestière du corridor, réputés par leur connaissance des méthodes de soin traditionnelle. Ces guérisseurs *tanala* se trouvent le plus près à une demi-journée du f*okotany* d'Imorona, l'extrémité est de la commune.

VI.1.1.4.Les routes et la ligne ferroviaire

Comme la commune se trouve dans les Hautes Terres, il n'y existe que deux types de voies de Circulation, qui sont le système routier et la voie ferrée. Le premier est formé à son tour par trois catégories de route circulant sur la superficie de la commune. D'abord, la

route d'intérêt provincial, partant de la commune rurale d'Ambalakely. Elle relie la RN7 avec Sahambavy, jusqu'à Antamiana, en passant à travers la commune de Mahatsinjony. Elle est la seule à être bitumée du système et reste praticable toute l'année. Cependant, elle se trouve actuellement dans un état déplorable. Puis il y a les routes inter-communales. Celles-ci sont en terre et trouvent leur point de départ dans le chef lieu la commune, pour la relier avec les communes environnantes en passant par quelques fokotany. De ces routes inter-communales se ramifient des pistes difficilement praticables reliant des fokotany et des hameaux entre eux.

Les infrastructures routières et ferroviaire

Typologie	Longueur (km)	Kilométrages praticables	
		Toute l'année	Saisonnièrement
Route d'Intérêt Provincial (RIP)	10	4	0
Route inter-communale	20	15	5
Piste rurale inter-fokotany	68	58	10
Ligne ferroviaire (Fianarantsoa-Sahambavy)	22	22	0

Source : PCD de la Commune Rurale de Sahambavy

En outre le passage de la ligne ferroviaire, reliant la ville de Fianarantsoa à la Côte Est (FCE), à travers elle est un des points caractéristiques du paysage de la commune rurale de Sahambavy. Ce chemin de fer entre par Ambalalameva, dans le moyenne-ouest et passe par la Gare qui se situe à proximité du grand lac avant de sortir par le *fokotany* d'Imorona, dans la partie Sud-est.

CHAPITRE VII.LA POPULATION

VII.1.1.Evolution de la population

Le plan de développement de la région Haute Matsiatra estime aujourd'hui le nombre d'habitants dans la commune rurale de Sahambavy à 17142 habitants. Mais les chiffres officiels résultant du recensement qui date de l'année 2004, et sur lequel nous avons basé notre recherche, montre que la population totale de la commune compte 15354 habitants. Elle est majoritairement constituée par des *Betsileo.* Le nombre de ces habitants évolue avec une augmentation exponentielle dont le taux moyen annuel est de 7,82p100. Ainsi de l'année 2000 jusqu'en 2004 il évolue de 11359 à 15354 (voir tableau).

Evolution de la population

Année	2000	2001	2002	2003	2004
Nombre de population	11359	12120	13123	14137	15354
Naissance	269	525	450	150	538
Décès	96	79	48	38	113
Taux de natalité (%)	2,3682	4,332	3,4291	1,061	3,504
Taux de mortalité (%)	0,8451	0,652	0,3658	0,269	0,736

Source : PCD de la Commune Rurale de Sahambavy

VII.1.2.Répartition de la population

Selon le tableau de répartition de la population ci-dessous:

- En rapport avec l'emplacement des hameaux qui se rassemblent plutôt dans la partie Ouest, il nous vient de constater que le *fokotany* d'Antamiana a la densité la plus élevée en population. Cela est du au fait qu'il soit le chef lieu de la Commune : là où il y a plus de dynamique, où sont implanté les centres d'activités industriels, touristiques et commerciales et surtout le stationnement des taxis-brousse. Par contre le *fokotany* d'Imorona s'avère le moins peuplé car il est plus éloigné par rapport au premier, donc moins dynamique, mais aussi parce qu'il se trouve dans une zone forestière. Pour les autres, la densité est moyennement semblable.
- Les habitants se répartissent dans les 70 hameaux des 10 *fokotany* avec une densité moyenne de 166 habitants/km².
- Le nombre de femmes est faiblement supérieur à celui des hommes. En effet, elles représentent 51,35p100 de l'ensemble de la population, contre 48,65p100 pour les genres masculins. Le rapport de masculinité est donc de 94,7 hommes pour 100 femmes.
- Les 8724 individus représentant 57,46p100 des habitants sont âgés de moins de 18 ans. Cette commune a donc une population jeune.

Répartition de la population par fokotany, sexe et classe d'âge.

Fokotany	0-5 ans		6-10 ans		11-17 ans		18-60 ans		+60 ans		H	F	TOTAL
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F			
Ambalavao Ivondrona	206	206	168	169	110	111	352	352	27	27	863	865	**1728**
Ambohimandroso	233	237	204	207	138	140	343	347	23	24	941	955	**1896**
Ampasina	122	136	90	100	60	67	282	315	12	14	566	632	**1198**
Amindratombo	161	147	115	105	90	82	296	270	35	32	697	636	**1333**
Ankazondrano	143	174	93	113	99	120	328	398	27	33	690	838	**1528**
Antamiana	409	496	256	310	187	228	415	505	51	62	1318	1601	**2919**
Antanifotsy	93	93	108	109	104	104	205	207	22	22	532	535	**1067**
Antotohazo	231	239	93	96	78	80	251	261	14	15	667	691	**1358**
Bedia	138	126	155	141	98	89	309	283	41	38	741	677	**1418**
Imorona	110	111	85	86	62	63	190	190	6	6	453	456	**909**
TOTAL	**1846**	**1965**	**1367**	**1436**	**1026**	**1084**	**2971**	**3128**	**258**	**273**	**7468**	**7886**	**15354**

Source : PCD de la Commune Rurale de Sahambavy

VII.1.3.L'Habitat

L'architecture des résidences se caractérise par des maisons de taille moyenne, environs 4,5m x 5,5m, avec un étage, divisé en deux à quatre chambres. Vu le nombre d'individu occupant un foyer, qui est en moyenne composé de 7 individus, une chambre peut faire office à la fois de cuisine, de chambre à coucher, de silo et de stockage des matériels agricoles et même de basse-cour.

La structure architecturale des résidences reflète aussi l'image du niveau de vie des ménages. En effet les ménages les plus aisés habitent dans des constructions en brique d'argile cuite avec des toitures en tôle et le parquet est soit en bois ciré, soit en dallage cimenté. Tandis que les huttes des moins aisés sont fabriquées en terre battue mélangée avec de l'excrément bovin, quelque fois ajouté de ciment, avec des toits en chaume et dont le parquet est principalement recouvert par des nattes.

CHAPITRE VIII.LES CARACTÉRISTIQUES ÉCONOMIQUES

VIII.1.1.Les infrastructures économiques

Les principales infrastructures économiques de la commune comprennent l'usine SIDEXAM, le groupe hôtelier du Lac Hôtel et le marché de Sahambavy. Ces institutions se trouvent dans le chef lieu de la Commune.

- L'industrie théicole SIDEXAM: Il est créé en 1969 par l'Institut Français de Café et Cacao. Elle est constituée par un site industriel et un site de plantation. Ce dernier s'étale sur une surface de 385 hectares et se divise en deux parties : celle du SIDEXAM et celle appartenant à des particuliers, qui occupe 95 hectares. 130 employés permanents y travaillent, renforcés par environ 500 employés saisonniers (à partir de fin novembre jusqu'à fin avril). La production totale annuelle est entre 400 et 500 tonnes dont 80% est exporté vers le marché international de thé à Mombasa-Kenya, et les 20% restants sont conditionnés et vendus sur marché local par la société TAF.

- Le Lac hôtel: C'est une des grandes institutions hôtelières de la région. Il s'implante en face de la gare, sur toute la partie Nord du grand lac de Sahambavy. C'est un des potentiels touristiques de la commune. Il attire beaucoup de visiteurs, notamment les touristes étrangers. En effet il affiche en moyenne 1800 visites par an dont 62p100 sont des étrangers. C'est un site de repos pour ces touristes qui ont choisi le circuit

sud. Mais c'est aussi un centre de loisir et de détente pour les habitants de la ville de Fianarantsoa. Le personnel de l'hôtel est composé d'une vingtaine d'ouvrier moyennement qualifiés, et dont la majorité provient de Fianarantsoa. Entant qu'infrastructure hôtelière de norme internationale, le Lac Hôtel dispose d'un système de filtration d'eau et aussi de l'électricité.

- Le marché : C'est l'endroit où s'effectuent toutes transactions commerciales. Celui de Sahambavy tient lieu tous les mercredis et dimanches. Pendant ces jours les paysans y viennent pour vendre leurs produits agricoles et artisanaux : du riz, du manioc, des légumes, des poteries, des nattes, des volailles…d'un autre côté des marchands ambulants venant de Fianarantsoa s'y déplacent pour vendre des produits manufacturés tels que vêtements confectionnés, des friperies, des ustensiles de ménage et même des médicaments. Ces marchand ambulant sont à la fois des collecteurs : ils collectent les produits des ruraux à bas prix : du riz, du charbon, des oranges, les volailles, pour leur propre consommation ou bien pour les revendre un peu plus chère en ville. Pendant *l'asotry* ou les moissons le marché est très animé. C'est un endroit de rencontre. Les ruraux y viennent pour se rencontrer, pour se parler, relativement en consommant du rhum ou du vin ; d'autres sont à la recherche de femme. C'est ce qu'ils appellent « *manao tsena* » (faire le marché).

- L'institution financière : Une seule institution de micro-finance est installée dans la commune. Le TIAVO ou Tahiry Ifamonjena Amin'ny Vola s'y est instauré depuis 2001. Elle fonctionne comme la plupart des systèmes de micro-finance existant dans le milieu rural malgache. C'est donc une agence d'épargne et de crédit pour financer les projets agricoles et des dépenses ménagères.

VIII.1.2.Les activités économiques

La population active compte 8203 individus, soit 53,58p100. Comme dans toutes les communes rurales de l'île, les habitants de Sahambavy sont majoritairement agriculteurs et éleveurs. Pour cette activité, la culture rizicole se met au premier rang. C'est parce que le riz est l'aliment de base par excellence. Mais avec un rendement de 1,95 tonne par hectare, la quantité produite n'est pas proportionnelle à la consommation des ménages. De ce fait, ces agriculteurs cultivent aussi divers produits vivrière et des produits de rentes comme l'haricot, le manioc, la patate douce, les divers fruits et légumes …

A cette insuffisance de la production s'ajoute la domination paternelle dans la gestion foncière. Par conséquent nombreux sont ceux qui se livrent à d'autres activité génératrice de revenu à savoir le *saraka an-tsaha* qui consiste à louer des services pour des travaux de champ au près des autres propriétaires foncier. Cela convient à travailler pendant une demi-journée pour un salaire de 2000Ar. D'autres font la cueillette de thé, rémunéré de 50 Ar à 100 Ar le kilo selon la qualité. Certains se livrent au travail artisanal comme la vannerie, la fabrication de rhum ou de charbon. Ce cas se présente surtout pour les jeunes générations.

Ainsi, suivant l'ordre d'importance, les principales activités économiques de la population de la commune rurale de Sahambavy sont :

- L'agriculture et l'élevage,
- Le *saraka an-tsaha*
- Le commerce,
- L'exploitation de bois
- L'artisanat,
- La cueillette de thé

Si en moyenne dans un foyer il y a quatre personnes qui travail, selon notre enquête, alors ces activités génèrent un revenu moyen de 64 000 Ar par ménage et par mois.

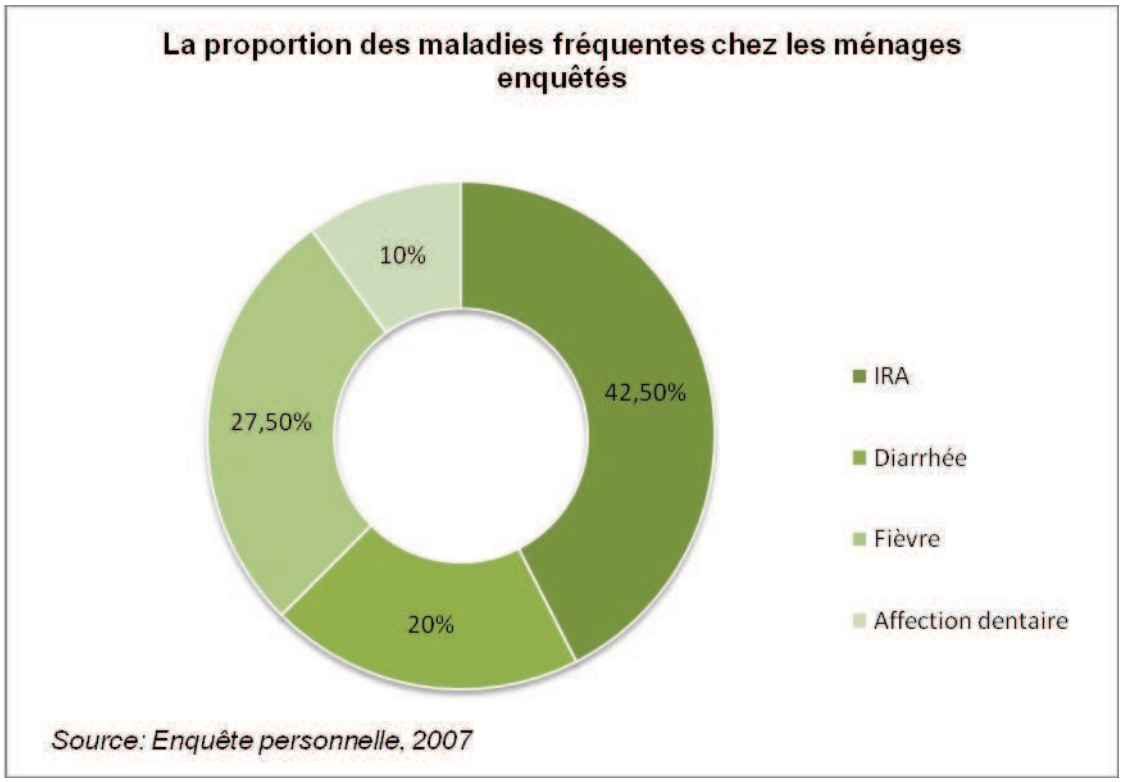
La commune rurale de Sahambavy présente les caractéristiques physique, économiques et culturelles du monde rural malgache. Cela s'illustre par la domination de l'agriculture dans l'espace et dans l'activité économique de la population. A côté de cette prépondérance de l'agriculture vient aussi l'insuffisance des infrastructures et une croissance démographique incompatible à la production qui affectent la vie des habitants et qui se reflètent sur leur santé.

L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

En rapport avec le milieu, l'état de santé de la population peut être déclarée comme globalement mauvais. Car il présente les caractéristiques de morbidité et de pathologies banales des populations paysannes des pays tropicaux les plus pauvres. Les maladies infectieuses et transmissibles sont les plus répandues et demeurent les problèmes de santé publique de la commune comme dans l'ensemble du pays. Ce chapitre présente les différentes pathologies déclarées par la population comme fréquentes, leurs perceptions et leurs descriptions de ces maladies.

CHAPITRE IX.LES MALADIES LES PLUS FRÉQUENTES

La proportion des maladies fréquentes chez les ménages enquêtés



Les principales causes de morbidité, selon les déclarations des personnes enquêtées et des acteurs de santé de santé de la commune (guérisseurs, médecin), sont les infections respiratoires aigues (IRA), les fièvres avec suspicion de paludisme, la diarrhée. Toutefois on y rencontre des cas d'infections sexuellement transmissibles, d'affection dentaire et de divers accidents et traumatismes. Lors de l'interview, pour chaque déclaration, la description des

symptômes perçus et l'appellation locale donnée à cette maladie ont été recueillies. Ainsi le tableau ci-dessous montre que les plus importantes affections sont : les IRA, les fièvres, la diarrhée et les maux de dent.

IX.1.1.Les infections respiratoires aigues (IRA)

Les IRA sont fréquentes chez les 42,5p100 des ménages enquêtés, elles représentent aussi le premier motif de consultation du CSB, environ les 30p100. Ce sont des infections évoluant rapidement et affectant le système respiratoire, provoquée par des bactéries ou des bacilles. Elles font partie des maladies très contagieuses touchant surtout les petits enfants à l'exemple de la coqueluche et la grippe. Ces maladies sont caractérisées par une rhinorrhée, des larmoiements, une légère fièvre et une toux irritative, répétées suivies d'un bruit du larynx bien perceptible à l'inspiration profonde qui peuvent durer entre deux jours à trois semaines. L'infection se transmet par contact, habituellement par les gouttelettes de salive projetées par les quintes de toux. La est répandue dans le monde entier et provoque périodiquement des épidémies. Dans la plupart des cas, ce sont les enfants de moins de cinq ans qui sont atteints, les enfants de moins d'un an étant les plus gravement affectés.

IX.1.2.Le paludisme

Au second plan, se trouvent les fièvres assimilées à des cas de paludisme. Il est déclaré comme fréquent par 11 ménages enquêtés à Sahambavy. Sur le plan national, il maintient cette place de deuxième cause de morbidité. Selon les données du Système d'Information Sanitaire de routine[12], le paludisme était, en 2003, le motif de 18,8p100 des consultations. Elles se manifestent par l'augmentation de la température corporelle, la sensation de fatigue relativement accompagnée de maux de tête, de vertige ou de vomissement. La fièvre ou le palu est provoqué par le plasmodium, un microbe véhiculé par les insectes suceurs de sang en particulier l'anophèle. Celui-ci est présent dans les zones humides et chaudes.

IX.1.3.Les maladies diarrhéiques

En ce qui concerne les maladies diarrhéiques, elles sont fréquentes chez les 20p100 des ménages enquêtés. Et d'après le tableau de bord des activités du CSB2, elles se mettent au deuxième rang des problèmes pathologiques de la population de la commune.

[12] INSTAT, EDS 2003

Ce sont, en principe, des maladies hydriques. C'est-à-dire qu'elles sont dues à l'utilisation d'eau souillée. La bilharziose sévit à Madagascar sous deux formes principales : uro-génitales à *Schistosoma haematobium* dans la partie occidentale, et intestinale à *Schistosoma mansomi* dans la partie orientale et sur les hautes terres centrales du pays, où se localise la commune.

IX.1.4.Les affections dentaires

La dernière maladie déclarée par les enquêtés est l'affection dentaire. En effet les 10p100 de notre échantillonnage affirment que les maux de dents sont fréquents dans leurs foyers respectifs. Ce sont des affections non transmissible et microbiennes qui se manifestent par un creusement progressif et destructeur des dents et souvent associées à des douleurs insupportables. Elle est due à une carence alimentaire : au faible apport en protéine et en calcium, mais aussi par la consommation de tabac à chiquer.

IX.1.5.Les infections sexuellement transmissibles (IST)

Mais si on se fie aux statistiques du centre de santé, les infections sexuellement transmissibles y sont aussi présentes, certes avec une faible fréquence mais influençant quand même la qualité de la santé. Au cours de l'année 2007 environs les 1,67p100 des consultations du CSB sont relatives à ces infections. Celles-ci trouvent leur pic pendant la période des moissons. Les IST le plus fréquents dans cette commune, comme dans différente région du pays, sont la blennorragie et la syphilis.

La blennorragie est plus apparente chez les hommes, qui présentent un écoulement aigu de pus au niveau de l'urètre. Abondant au départ, le pus devient plus épais et plus gras. L'homme urine alors plus fréquemment et souffre souvent d'une sensation de brûlure. Le passage de l'urine s'obstrue progressivement au cours de l'inflammation de la prostate. Chez les femmes, l'infection envahit l'urètre, le vagin et le col de l'utérus. Le plus souvent, il n'y a pas ou très peu de symptômes précoces, bien que l'écoulement et l'irritation des membranes muqueuses vaginales puissent être graves. La syphilis qui se manifeste par des éruptions cutanées.

Les premiers signes cliniques apparaissent après une période d'incubation. Il s'agit tout d'abord d'une petite lésion appelée chancre, qui se développe au point d'entrée de la bactérie. Il s'en écoule un liquide extrêmement contagieux. Puis surviennent quelques semaines plus tard semaines des éruptions cutanées généralisées indolores, sont très contagieuses. La *première floraison* consiste en l'apparition de taches roses sur le tronc et d'ulcères non douloureux siégeant autour des muqueuses (bouche et régions génitales).

Selon le rapport d'activité du CSB les infections associées au VIH ne se rencontrent pas encore à Sahambavy. En effet sur les 129 personnes dépistées en 2007, aucune n'est déclarée séropositive.

CHAPITRE X.LA MALNUTRITION

Dans la mesure où la « *bonne santé* » est définie comme la satisfaction des besoins fondamentaux et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles. La malnutrition est à la fois symptôme et cause des défaillances sanitaire. En effet la carence nutritionnelle démontre l'insatisfaction des besoins élémentaires. En outre le mauvais état de santé est, selon les paysans, causé par la malnutrition. L'insuffisance de nourriture se combinant aux travaux agricole les affaiblissent considérablement, ce qui se traduit par des maux de ventre, de dent, une sensibilité du système immunitaire… cette situation d'insuffisance alimentaire concerne en même temps la qualité et la quantité.

L'alimentation est à base de riz, consommé idéalement 3 fois par jour, accompagné d'un peu de légumes comme les haricots, les pommes de terre et souvent des brèdes. Elle est quasiment végétarienne : la viande de bœuf est consommée lors des fêtes traditionnelles et des funérailles. Les autres produits carnés et source de protéines animales sont rarement consommés sur place, mais vendu pour avoir de l'argent : le porc est élevé pour être vendu et modestement consommé pour les fêtes officielles du 26 juin et du 1er janvier ; la volaille est vendu au marché, ou réservée aux malades et aux femmes qui accouchent ; les œufs, les produits de la pêche sont eux aussi vendus.

Dans cette partie orientale du Betsileo, plus élevée et plus fraîche, on ne réalise qu'une seule récolte de riz par an avec un rendement moyen très faible. Car sur les 1180 hectares de rizière cultivée, la récolte annuelle est de 2310 tonnes. Le rendement moyen est donc de 1,95 tonne à l'hectare. Ce faible rendement s'associe avec le nombre d'individu dans les ménages pour entrainer l'insuffisance quantitative alimentaire. Car lors de la récolte une partie de la production est vendue pour se procurer de l'argent et une autre réservée pour la consommation. Mais avec la taille moyenne de ménage environnant les 7 personnes par ménage, un foyer consomme au moins 3,5 kg de riz par jour. Par conséquent la réserve est épuisée avant même l'arrivé de la prochaine récolte. A partir de la fin du mois de juin, les paysans les plus pauvres entrent dans la période de soudure, où ils achètent le riz à un prix de plus en plus élevé, jusqu'à atteindre le double de son prix durant la moisson. Pour l'ensemble, la soudure se situe entre le mois de septembre et le mois de février. Le riz cède alors la place au manioc et aux patates douces. Le manioc est le plus consommé pendant cette période. La ration alimentaire diminue progressivement, jusqu'à se réduire pour les

plus pauvres à un seul repas quotidien (patate, manioc bouilli, manioc séché ou *kazaha pika)*. Dans le tableau résumant la consommation alimentaire des 40 ménages, nous remarquons que le maïs n'est pas consommé. Pour cette commune le maïs est plutôt un produit de rente car il se vend à un meilleur prix par rapport aux autres produits. En plus sa cuisson demande beaucoup de temps.

La période de soudure se coïncide avec la période des pluies et des grands travaux agricoles. D'où l'affaiblissement de l'organisme et la vulnérabilité aux pandémies.

Consommation de base des ménages selon les périodes

Produits/Période	Moisson			Soudure		
	Matin	Midi	Soir	Matin	Midi	Soir
Riz	37	38	40	4	6	36
Manioc	2	2		30	33	4
Maïs						
Patate	1			6	1	

Source : Enquête personnelle, 2007

L'état de santé de la population de la commune rurale de Sahambavy présente des caractéristiques identiques à celles de plusieurs régions des pays pauvres. Il est marqué par la pérennisation des maladies infectieuses et tropicales. Au péril endémique s'ajoutent la sous-nutrition et la malnutrition qui sont des symptômes et des facteurs d'aggravation de ces maladies transmissibles parce qu'ils diminuent les capacités de défense de l'organisme.

EFFET DES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE SUR LA SANTE DE LA POPULATION DE LA COMMUNE

L'état de santé d'une population dépend entièrement du milieu où elle se développe et de sa mode d'adaptation. Alors les caractéristiques géographiques et économiques, c'est-à-dire le relief, le climat, l'hydrographie, les types de végétation, les habitats et les modes d'exploitation du milieu ont des effets sur les types de maladie qui les affectent ainsi que sur leurs logiques et pratiques de soins.

CHAPITRE XI. LES CARACTÉRISTIQUES GÉOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES : FACTEURS DE MALADIE

Les maladies déclarées les plus fréquentes à Sahambavy sont classées dans les maladies tropicales. Elles sont plus répandues ou plus difficiles à maîtriser à cause des conditions d'hygiène et sanitaires précaires qui y prévalent, de la pauvreté qui y règne, de certains facteur culturels mais aussi des facteurs écologiques tels qu'un climat humide et un milieu végétal (forêts notamment) favorables au développement des agents infectieux. Ces facteurs ne sont autres que des éléments géographiques et économiques de la commune.

XI.1.1.Les facteurs écologiques

–Le climat humide et frais est propice au développement des IRA. Car les infections comme le rhume, la toux et la grippe, touchant une partie ou la totalité de l'organe respiratoire, sont souvent engendrées par l'exposition aux froids et à l'humidité. D'une autre coté, l'eau de pluie apportée par la forte pluviosité véhicule des agents susceptibles de transmettre les maladies, d'un endroit à un autre et finissent par infester les rivières et les sources. Les parasitoses intestinales à l'exemple de la dysenterie et de la bilharziose sont les plus concernées par cette mode de propagation. Ce qui explique l'accrue des cas de maladies diarrhéique pendant les saisons de pluie du mois d'Octobre jusqu'au mois d'Avril (Voir tableau 11). Ces caractéristiques du climat et du relief influent aussi la production agricole, notamment celle de l'alimentation de base, qui est le riz. Parce que l'altitude et la fraicheur ne permettent de réaliser qu'une seule récolte par an. Ceci participe lourdement au phénomène de malnutrition touchant cette population.

–La végétation dense de la partie Est de la commune demeure un foyer pour les anophèles, moustiques vecteurs de transmission du plasmodium. D'où l'endémicité du paludisme dans cette zone. Mais par rapport au cas dans la partie Ouest du Haute Matsiatra, plus chaud et à plus basse altitude, cette maladie est moins stable à Sahambavy. C'est pourquoi elle se trouve au troisième rang des principales causes de morbidités déclarées par le CSB.

–L'habitat: la mauvaise qualité des logements s'ajoutant au manque d'hygiène est un des facteurs au mauvais état de santé de la population.

Le parquet en natte utilisé par la majorité est défavorable à la santé. Il est difficilement nettoyable. Pourtant il se remplace peu souvent. Ainsi il peut servir de refuge pour divers agents pathogènes comme les acariens et divers insectes comme les poux, les puces qui sont responsables de la transmission des maladies infectieuses et transmissibles à l'exemple de la fièvre. Sous ces nattes s'entassent aussi des poussières qui peuvent causer les infections et allergies respiratoires.

De même la cohabitation avec les animaux ou avec les produits agricoles favorise la contraction des maladies transmissibles véhiculées par les insectes sus cités. On ne peut pas exclure l'hypothèse d'allergie à ces produits et aux odeurs qui en émanes ainsi que les poussières notamment celles du paddy. Tout cela participe à la prépondérance des IRA sur les autres types de maladie.

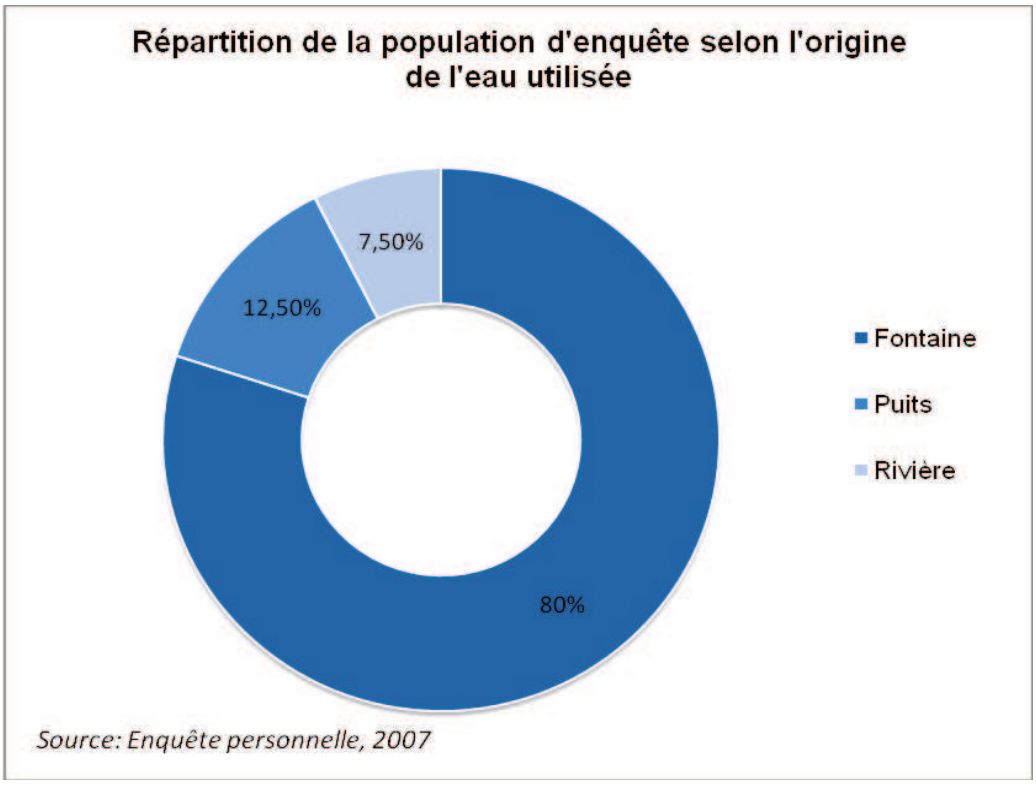
Le nombre important d'individu par ménage est, d'ailleurs un autre facteur à la propagation des différentes maladies transmissibles. En effet le regroupement de plusieurs personnes dans le même foyer contribue à la transmission des agents pathogènes d'une personne à une autre

En revanche la faible utilisation des latrines facilite la propagation des maladies intestinales et diarrhéiques. En effet à défaut d'endroit pour grouper leurs déchets, les paysans font leurs besoins dans les champs, dans les forets et buissons et même aux alentours des habitations. Seul un tiers de l'échantillonnage affirme l'utilisation de latrine. Pourtant ces déjections contiennent des microbes qui peuvent se propager et contaminer le village tout entier, surtout pendant les saisons de pluie où ces saletés sont transportées par la précipitation jusque dans les rivières et les sources pour les infester. Alors que les eaux que les villageois utilisent viennent de ces endroits.

XI.1.2.Le manque de ressource

– **L'eau potable** : Le manque d'accès à l'eau potable est un grand handicap pour la majorité des communes rurales de Madagascar. Pour celle de Sahambavy, il n'existe aucun système de traitement des eaux malgré l'existence des lacs et rivières dans sons système hydrographique. La population est ainsi privée d'eau potable et utilise de l'eau souillée. Elle se sert des eaux de rivière ou des sources qui se trouvent près des rizières. L'usage de puits s'observe surtout dans le fokotany d'Antamiana, avec une proportion de 100p100 des enquêtés. Selon les responsables administratifs de la commune, un projet d'adduction d'eau a déjà été élaboré avec des bailleurs, et uniquement pour le chef lieu de la commune. Mais jusqu'à présent sa mise en œuvre n'est même pas prévue.

Répartition de la population d'enquête selon l'origine de l'eau utilisée



– **Les sources d'énergie** : Pour s'éclairer et pour la cuisson, les habitants se servent des ressources rudimentaires provoquant de la fumée. En effet, la plupart utilise du bois comme combustible pour faire cuire les nourritures. Car 35 ménages sur les 40 enquêtés pratiques ce système. Pour les restes, ils utilisent du charbon de bois. Là encore, ces derniers habitent à Antamiana et sont plus au contact des pratiques urbaines. L'inhalation des fumées concourt à produire les pathologies respiratoires. En générale ce sont les femmes qui sont les plus affectées par cette situation car elles passent beaucoup de temps pour la préparation des.

D'un autre côté l'utilisation des lampes à pétrole ne passe pas sans conséquence. En effet, l'électricité n'est disponible qu'à Antamiana, et les habitants des autres utilisent la bougie ou la lampe à pétrole pour s'éclaircir. Mais la lampe à pétrole est de loin le plus usitée, avec une proportion de 82,5p100 de l'échantillon, car le pétrole est moins cher que la bougie. Cependant elle émet de la fumée avec une odeur suffoquant les plus vulnérables que sont les enfants.

Répartition des ménages enquêtés selon les sources d'énergie

Utilisation	Source d'énergie	Nombre	%
Éclairage	Bougie	4	10
	Pétrole	33	82,5
	Électricité	3	7,5
Combustible	Bois	35	87,5
	Charbon	5	12,5

Source : Enquête personnelle, 2007

XI.1.3.Les comportements défavorables à la santé

Manque d'hygiène et de salubrité : outre le manque d'hygiène déjà cité précédemment, tels que l'utilisation d'eau souillé, la dispersion des matières fécaux dans les alentour des habitations et l'omission du nettoyage de l'intérieur de l'habitation, on remarque aussi omission de l'hygiène corporelle et des vêtements. Cette malpropreté est à l'origine de l'infestation du corps et des lotissements par des parasites comme les poux, les puces et tant d'autres. Et la prise de bain dans les rivières entraine la contraction des parasites vecteurs des maladies diarrhéiques comme la bilharziose.

Alcoolisme et tabagisme : en générale l'alcool et le tabac ont des effets sédatifs, comme le soulagement des maux de dent pour le tabac, mais ils sont aussi toxiques et affectent les organes respiratoire et digestif. Mais ces cas se rencontrent rarement dans la commune. Par contre le tabac à chiquer cause des affections dentaires. En effet ce produit détruit les couronnes dentaires entrainant des caries. D'autre part la consommation des boissons alcooliques et alcoolisés est à l'origine des accidents traumatiques de différents degrés. La perte de contrôle causée par l'abus de « *galeoka* » ou « *toaka gasy* » (rhum local) qui est très consommé surtout le mercredi et le dimanche, jours de marché, conduit à des combats causant à leur tour des blessures souvent grave. Ces cas sont d'habitude plus

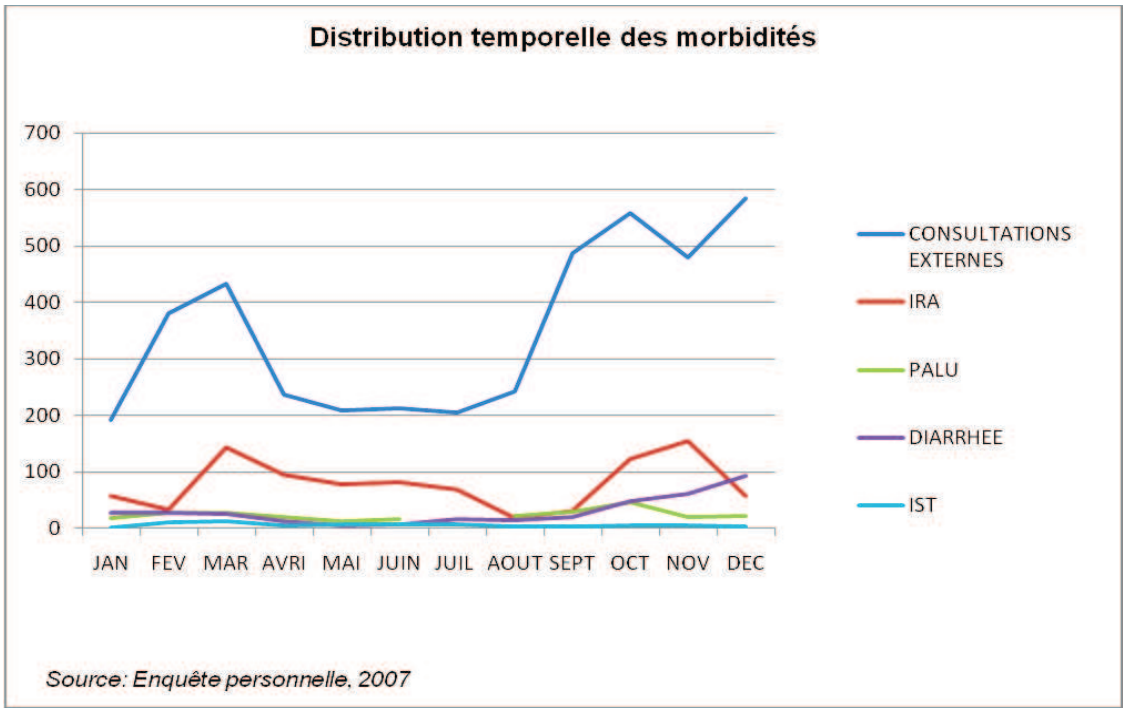
complexes et nécessitent l'évacuation directe vers le centre hospitalier de la ville de Fianarantsoa.

Enfin le comportement sexuel de certains individus notamment de genre masculin favorise la transmission des infections sexuellement transmissible. Le changement de partenaire sexuelle est un des facteurs de propagation de ces maladies surtout pendant les moissons. Parce que pendant cette période les agriculteurs possèdent assez d'argent pour faire ce qu'ils appellent « *mila ampela* » (recherche de fille) pendant les jours de marché.

XI.1.4.La distribution dans le temps des pathologies

La distribution dans le temps des pathologies est, elle aussi, inégale. Il est difficile d'identifier une saison de plus grande morbidité, tant les pathologies se relaient au cours de l'année. D'après les motifs de consultation du CSB, nous avons établie un aperçu de la distribution des morbidités dans le temps. Mais pour analyser ces courbes de variations il faut prendre en compte les paramètres déterminant la consultation du centre comme la disponibilité financière et l'éloignement géographique. Le recours à la consultation du centre pendant les moissons, période d'abondance de l'argent, est une des raisons du remonté des courbes aux mois de février et mars. Et l'éloignement géographique de cette institution, par rapport aux lieux d'habitation de la population ne permet pas d'apercevoir l'intensification du paludisme pendant le *maintso ahitra,* aux mois de novembre et décembre, déclarée par les tradithérapeutes.

Distribution temporelle des morbidités



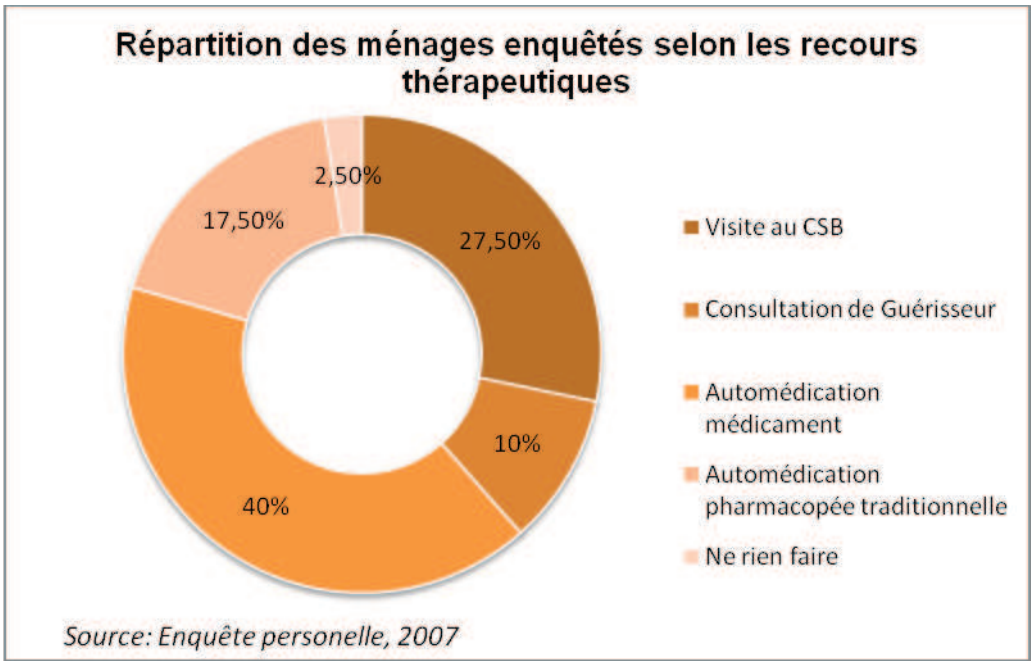
Le début de la saison de pluie, en novembre, voit la recrudescence des maladies diarrhéiques et des fièvres, coïncidant avec une aggravation de la malnutrition et la période de gros travaux agricoles causant un état d'affaiblissement général. Le début de la saison fraîche est favorable aux IRA, dont certaines sont associées à des diarrhées. Paradoxalement, c'est la saison des récoltes et de l'abondance de nourriture où se réalise un changement alimentaire engendrant le développement des maladies diarrhéiques. Mais l'inhalation des poussières irritantes du paddy, au moment des récoltes, pourrait favoriser les IRA, d'où le pic observer au mois de mars. Les IST s'observe toute au long de l'année, mais augmente pendant l'*asotry,* période d'abondance pécuniaire, période animée du marché et du *mila ampela*.

CHAPITRE XII. LES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES : DETERMINANTS DES ITINERAIRES DE SOINS

Pour gérer leurs problèmes de santé, les ruraux de Sahambavy ont le choix entre plusieurs démarches, qui sont l'automédication, la consultation du CSB2 ou la consultation de tradithérapeutes.

XII.1.1.Les itinéraires de soins

Répartition des ménages enquêtés selon les recours thérapeutiques



XII.1.1.1.L'automédication

Le premier recours thérapeutique de la population de la commune rurale de Sahamabavy est l'automédication. 57,5p100 des ménages enquêtés se livrent à cette pratique. Elle consiste à se traiter soi-même, sans faire appel à un professionnel du soin, en utilisant l'ensemble des connaissances et des produits disponibles au village. L'automédication par la pharmacopée traditionnelle est déclarée par 17,5p100 des ménages, c'est-à-dire 7 sur 40, elle se base essentiellement sur l'utilisation des plantes sauvages et des produits agricoles. On sait que chiquer du tabac soulage les maux de dents, ce produit appliqué sur la surface du ventre calme aussi les douleurs abdominales. Certains déclarent s'être prémuni contre l'épidémie de grippe en buvant régulièrement des tisanes de *fandramana* (Aphloia theaeformis). Pour cette approche coutumière le savoir concernant les pharmacopées se transmet de génération en génération, et le recours aux ainés est fréquemment sollicité pour pallier un problème de santé.

Toutefois, cette société rurale a aussi adopté certains médicaments, disponibles dans les dépôts de médicament voire chez des revendeurs particuliers du marché, et dont l'efficacité est reconnue. C'est le cas de la chloroquine, dont la diffusion a été favorisée à la suite des épidémies de paludisme sur les hautes terres. Les antalgiques comme le paracétamol et quelques antibiotiques tels que la tétracycline font l'objet d'une habitude médicamenteuse. D'autres médicaments sont en cours d'adoption comme l'ibuprofène et différents antibiotiques. Par habitude ou suivant les conseils d'un tiers, la majorité de cette population, 40p100 des enquêtées affirme avoir recours à cette alternative face aux maladies.

XII.1.1.2.Les prestataire de soins professionnels

La seconde alternative est de faire appel à des prestataires professionnels. Cette option peut se réaliser en adoptant la bio-médecine ou médecine moderne par la consultation du CSB2. Cette structure n'est pas accessible pour la totalité. Aussi, sa fréquentation n'est pas toujours systématique et demeure également très dépendante de leurs conditions de fonctionnement : accueil du personnel, pénurie chronique de médicaments et de matériel. 27,5p100 de notre population d'enquête choisissent cette solution. Tandis que 10p100 consultent des tradithérapeutes tel que l'*ombiasy* ou le *reninjaza*. D'après notre enquête 4 ménages s'adonnent à la consultation de guérisseur comme recours thérapeutique. Spécialement pour les accouchements 98p100 des mères ont eu recours aux matrones. Les guérisseurs de Sahambavy sont plutôt spécialisés pour traiter les fièvres, les accouchements et les massages. Leurs soins reposent sur des préparations à la base de plantes (potions à boire, pour se laver …).

XII.1.2.Les déterminants des itinéraires thérapeutiques

XII.1.2.1.Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique relevant de l'offre de soin.

- La médecine autochtone se distingue globalement par sa bonne accessibilité :

D'abord au niveau géographique, puisque les tradithérapeutes sont dispersés régulièrement dans les hameaux. Alors les malades ne sont pas contraints à effectuer de considérable déplacement engendrant des dépenses budgétaires et l'abondant des travaux. Toutefois, des tradithérapeutes spécialisés pour telle pathologie, ou particulièrement renommés, attirent une clientèle lointaine. Tel est le cas des *tanala*. On notera que certains *ombiasy* réalisent des consultations à domicile. On retiendra aussi leur proximité sociale et culturelle avec les patients. Ils sont immergés dans la société paysanne dont ils sont issus, ils sont eux-mêmes paysans, et sont donc confrontés aux mêmes réalités quotidiennes, ils parlent le même langage que la population locale…

L'accessibilité vaut aussi pour les remèdes : les produits de base sont pour la plupart des plantes qu'ils savent identifier et qu'ils peuvent se procurer eux-mêmes dans leurs champs, aux alentours de leurs habitations ou encore dans les forêts environnantes. Par conséquent tradithérapeutes n'ont pas de problème de rupture de stock ou de taxation des prix des produits utilisés. Les coûts sont accessibles et peuvent faire l'objet d'un crédit, contrairement aux services de soins modernes ou l'on paie fréquemment avant la guérison. La pratique de

la tradithérapie est donc le fruit d'une confiance sociale, d'une accessibilité culturelle, financière et géographique.

- L'accessibilité de la médecine scientifique, en dépit de l'amélioration de l'offre de soin, reste problématique :

L'accessibilité géographique du centre de santé de base n'a pas été améliorée depuis sa création. Les distances à parcourir pour les habitants des localités éloignées du chef-lieu communal restent grandes : souvent supérieures à 10 km, parfois jusqu'à 18 km pour ceux de l'extrême Est. Les déplacements sont réalisés à pied, et parfois en chaise à porteurs, ou en utilisant des moyens de fortune (natte ou couverture tendue pour servir de brancard…). L'usage du *varamba*, un véhicule en bois propulsé par la force humaine, est très peu répandu dans cette partie du Betsileo, due à l'étroitesse des pistes. Ainsi, bien des populations de la partie Est de Sahambavy vont consulter des *ombiasy tanala*, situés à peu près une journée de marche de leurs hameaux. Pour consulter des spécialistes, ou subir des actes chirurgicaux, les habitants doivent se rendre à Fianarantsoa, au centre hospitalier ou dans les cliniques privées.

La disponibilité du personnel médical est elle aussi problématique. Pour cette commune un seul médecin assisté par quelques personnels d'appuie s'occupent de toute la totalité de la population. Si la proportion de personnel qualifié semble donc très légèrement améliorée, l'absentéisme sévit : le médecin chef habite en ville, le personnel participe à des campagnes de vaccination, à des formations… Pour le CSB, il est fréquent que l'absence des responsables dure une semaine par mois. S'ajoutant à cela la lacune au niveau des équipements. Malgré la réhabilitation du centre, l'équipement médical demeure encore insuffisant : il manque de salles pour installer les patients et pour le lotissement du médecin mais surtout pour l'hébergement des accompagnateurs des malades, l'insuffisance de lits et de matelas, et surtout l'accès à l'eau potable.

Reste le problème de l'accessibilité financière des soins. Depuis 1999 l'Etat a adopté le principe du recouvrement des coûts en matière de santé, qui s'est incarné dans la participation financière des usagers (PFU). Elle signifie que les malades doivent payer comptant et à prix fixe les médicaments et les éventuels frais d'hospitalisation. Or, le coût des soins est élevé par rapport aux ressources financières moyennes de la population. Le coût des consultations et du traitement des pathologies simples, des accouchements et des vaccinations, demeure accessible de manière générale. Si le coût médian de la consultation et du traitement de la fièvre est évalué à 1500 Ar, le traitement d'un paludisme grave est estimé à 19 000 Ar. Les tarifs pour une intervention chirurgicale dépassent tous 100 000 Ar.

Le traitement des pathologies complexes, aggravées, tout ce qui nécessite hospitalisation, ou intervention chirurgicale demeure alors hors de portée de la majorité, ou demande de recourir à de complexes stratégies de prévisions.

Aux coûts des soins s'ajoutent ceux du transport, de la nourriture et de l'hébergement en cas d'hospitalisation. Le coût direct du déplacement est en général nul, car on s'y rend à pied, mais leur coût indirect s'élève, si le malade habite loin. Le temps dispensé au déplacement aurait dû l'être pour le travail. En cas de transfert dans un centre hospitalier, les coûts de transport grimpent. Car on est obligé de se déplacer en taxi-brousse. Le frais d'une personne est de 2000 Ar. Ces coûts sont démultipliés par la coutume betsileo d'accompagnement du malade par sa famille. Un *ray aman-dreny* malade sera, par exemple, accompagné de son épouse, d'au moins un de ses fils, parfois de petits-enfants, soit au minimum un groupe de trois à cinq personnes au chevet du malade. Ce qui donne un frais moyen de 8000 Ar pour l'allée.

XII.1.2.2.Les déterminants de l'accès aux soins relevant des usagers.

- Les déterminants culturels forment une toile de fond sur laquelle s'organisent les itinéraires thérapeutiques des paysans :

On examinera ici le rôle des représentations de la maladie et de la médecine. La maladie est définie par les paysans de manière « conséquentialiste », par ses effets socio-économiques : on est malade quand les souffrances physiques placent l'individu dans l'incapacité de travailler et de vaquer à ses occupations habituelles. La maladie ne sera sérieusement prise en compte que lorsqu'elle empêche de travailler, et considérée comme grave lorsqu'elle semble mettre en jeu la vie de la personne : alitement prolongé, perte de connaissance… Certaines pathologies spécifiques sont perçues comme banales et sans gravité, et traitées par automédication, sans faire l'objet d'une consultation. Cette perception de banalité s'applique notamment aux fièvres : la visite au CSB ou chez un tradipraticien n'intervient qu'après aggravation des symptômes, comme un coma, la sensation de fatigue résultant de la complication d'un paludisme.

Il est avéré aussi que le niveau d'instruction intervient dans la réaction face à une maladie. En effet moins la population est éduquée, moins elle se déclare malade. Or le niveau d'instruction est assez faible pour la population de la commune de Sahambavy, dont le taux d'analphabètes est de 12p100 à majorité féminine. A l'exemple de l'année scolaire 2004-2005, 77,06p100 des enfants scolarisables (6-14ans) ont été scolarisés avec un taux de déperdition de 2,6p100. Ceux-ci affectent la santé de cette population sur quelques points. Intervient d'abord la conception de la maladie : elle est perçue comme une banalité bénigne. Alors moins la population a tendance à consulter un prestataire de soin. Ce qui

explique la forte tendance vers l'automédication. Elle est aussi interprétée par certaines familles comme le résultat de la sorcellerie. D'où l'intérêt pour les méthodes de soin traditionnelles. Tandis que les familles plus instruites, qui ont déjà fait l'expérience de la médecine scientifique ont une explication rationnelle des maladies, la redoutent moins, et reconnaissent son efficacité, du moins pour certaines pathologies, et seront plus enclines à se tourner vers elle.

La position sociale des malades joue également. Le cas des femmes est à ce titre très intéressant. La santé des femmes est souvent négligée. En pays betsileo, une bonne épouse est une femme travailleuse et courageuse ; les femmes ont tendance à taire leurs problèmes de santé, jusqu'à ce que la pathologie atteigne un stade sévère. Il est en outre difficile d'apprécier la gravité de la maladie de la femme : le *mañeloñelo* (céphalées, fatigue) est considéré comme en rapport avec le cycle menstruel, et sans gravité. En revanche, la société betsileo accorde une grande attention à tout ce qui touche à la maternité et au soin des enfants en bas âge, dans un contexte où la forte fécondité est toujours valorisée. Les femmes après leur accouchement restent alitées et « réchauffent » leurs nourrissons pendant 1 mois, durant lequel elles ne travaillent pas, et souvent quittent le foyer pour être prises en charge par leurs parents. Il est possible que ce sérieux se transfère de la médecine traditionnelle vers la médecine moderne, dans le contexte d'une amélioration de l'offre des CSB. Le personnel du CSB témoigne d'un afflux spectaculaire, voire d'un encombrement, pour les consultations prénatales et des utilisateurs de méthode contraceptive, le tableau d'activité du centre, présenté précédemment rend compte, pour la commune de Sahambavy, d'une amélioration de la proportion de femmes visitant le CSB pour des consultations néo-natales, d'une augmentation des accouchements, d'un progrès de la vaccination et de l'utilisation de contraception. En revanche, par rapport à la pratique traditionnelle, l'accouchement au CSB est relativement peu pratiqué, à cause de l'éloignement géographique, et des dépenses annexes à l'accouchement en tant que tel comme l'achat d'une couverture, de vêtements pour la mère et l'enfant, de vaisselle… D'après notre enquête, dans les 40 ménages 96p100 des femmes ont accouché chez une *reninjaza.* Par la suite, la santé des jeunes enfants est confiée aux femmes, qui, au sein de la famille, accomplissent donc les visites les plus fréquentes aux *mpitaia zaza,* qui ne sont autres que les *reninjaza,* ou au CSB.

Enfin l'effet de la pratique religieuse sur la réaction face aux pathologies est certainement faible. Paradoxalement lors de l'interview un ménage affirme avoir recours en aucune pratique de soin, « cela diverge au principe de fondement de la religion », c'est le cas du *Jesosy Mamonjy.* Nous pouvons alors projeter ce cas se présente pour les 307 adeptes de cette communauté religieuse.

- Le manque d'argent demeure toutefois le principal déterminant identifié par la population paysanne pour accéder aux soins :

Cette situation amène à s'interroger sur la gestion du budget et sur les moyens dont disposent les paysans pour dégager des revenus susceptibles de financer leurs soins,

Outre la production de riz, le revenu moyen d'un ménage est de 64 000 Ar/mois. Ceci consiste à couvrir les dépenses en pétrole, sucre, huile et sel et relativement du café et du tabac, qui coutent en moyenne 5000 Ar/ semaine, soit 20 000 Ar/mois. Le reste sert à acheter de l'engrais, des vêtements, payer les soins, assurer les évènements imprévues. Mais le remarque pour cette population est sont incapacité de stocker les produits ou épargner de l'argent.

La première source de revenus provient de la vente des produits agricoles, des produits d'artisanat. Le premier produit agricole vendu est le riz. La vente survient au moment des récoltes, de février jusqu'au début du mois de juin, durant la période dite *asotry*, qui est aussi traditionnellement celle des réjouissances. Cette période est pour les Betsileo celle de l'abondance d'argent, ce qui se traduit aussi par le dynamisme du marché de Sahambavy. Une partie de cet argent peut être consacrée à financer des dépenses de santé. Certaines familles élaborent des stratégies sanitaires, plusieurs mois, voire plusieurs années à l'avance, réservant cette période de disponibilité financière pour les soins coûteux comme une opération chirurgicale.

Toutefois, on doit relativiser l'importance de cette source de revenus pour les dépenses de santé. On notera en premier lieu que les prix de ces denrées sont bas durant la période des récoltes. D'autre part, il semble que les paysans aient tendance à vendre une portion de plus en plus réduite de leur récolte. La succession de mauvaises récoltes, suite à des aléas climatiques (cyclone en 2000 en et 2004, ou sécheresse en 2005, et en 2006), les écarts entre les prix de vente du riz à la saison des récoltes et le prix d'achat pendant la soudure qui se sont amplifiés, atteignant plus du double du prix de vente dès le mois de juillet, rendent la situation alimentaire de plus en plus vulnérable, ce qui dissuade les paysans de vendre leur riz et les incite à se replier dans des stratégies d'autosubsistance. Ils continuent néanmoins à vendre un peu de riz, mais l'argent obtenu passe plutôt dans le remboursement des dettes, dans l'achat de vêtements neufs. En réalité, seuls les gros producteurs, soit les grands propriétaires terriens, vendent une quantité importante de riz, mais les sommes obtenues passent dans l'achat d'engrais.

Autre source de revenu issu de l'agriculture : la vente d'un bœuf, qui fournit une grosse somme (300 000 Ar pour un animal adulte mâle). Le bœuf constitue en effet une

épargne, dans laquelle on peut puiser en cas de coup dur. La vente d'un bœuf est un moyen de financer des dépenses de santé exceptionnelles, comme une maladie grave, qui menace la vie d'un individu, et nécessite une consultation à Fianarantsoa ou une intervention chirurgicale. L'effectif de bovidé recensé dans cette commune est de 2432, dont 40 sont des vaches laitières. Surtout, on réserve les bœufs au travail agricole, et aux obligations sociales essentiellement les funérailles.

Reste la vente de produits frais (légumes, fruits, écrevisses, poisson, miel…), de la volaille, et des objets en vannerie sur les marchés hebdomadaires. Ces produits sont pour la plupart issus du travail des femmes, et commercialisés par les femmes. Les ventes s'étalent tout au long de l'année, exceptée durant les périodes de fortes pluies où les déplacements sont difficiles. Il s'agit donc d'une ressource financière continue, mais qui ne rapporte que de petites sommes rarement plus de 4000 Ar par foyer et par semaine. En période de soudure, ces modestes gains servent à acheter des produits alimentaires pour nourrir la famille durant une semaine. En période d'abondance, ou chez les foyers plus riches en riz, l'argent peut être consacré à de petites dépenses de santé. Par exemple, une femme se rend au marché avec son enfant malade et des marchandises (poule, natte…) : Si elle en tire un bon prix, elle peut emmener son enfant chez le médecin, sinon, elle rentre chez elle.

Les sources de revenus non agricoles, provenant d'activités commerciales et agricoles, d'activités salariées comme le *saraka an-tsaha* ou la fabrication de charbon ou de rhum, semblent de plus en plus importantes. Elle représente une réponse face au rétrécissement des sources de revenus agricoles, et à la vulnérabilité alimentaire. Là aussi, on doit relativiser l'impact de ces revenus sur les dépenses de santé. Elles permettent d'atténuer l'intensité de la soudure. Une grande partie des acteurs qui s'engagent dans ces stratégies sont des hommes ou des femmes jeunes, pour accumuler assez d'argent pour subvenir à leur propre besoin comme la création de leur propre foyer, ou des vêtements, des biens de consommation dont l'usage se répand, comme un poste de radio-cassette... En réalité, seuls les ménages déjà relativement aisés, qui ont la capacité de se lancer dans des stratégies capitalistes, réalisent de véritables profits. Ces familles sont en général les plus instruites, les plus ouvertes sur la ville, et réinvestissent leurs gains dans la scolarisation des enfants ou l'achat d'engrais.

Enfin, il reste une dernière manière de se procurer de l'argent : en demander aux autres, soit faire appel aux solidarités sociales, essentiellement à base familiale. Ces solidarités sont fortes en pays betsileo : les pratiques de dons, d'aide, de cotisations, en nature ou en espèces, sont coutumières lors des fêtes et des funérailles. L'existence d'un vaste réseau de solidarités va jouer un rôle important en faveur de l'accès à la médecine scientifique. Il permet de lever certains goulets financiers tels que le paiement des soins, ou des goulets

logistiques : avoir un parent qui possède une voiture permet de se déplacer, avoir de la famille en ville permet d'envisager une hospitalisation à Fianarantsoa en solutionnant le problème de l'hébergement des accompagnateurs du malade.

Pour conclure cet inventaire, nous insisterons sur quelques points.

D'une part, en milieu rural, les revenus disponibles pour financer des dépenses de santé sont saisonniers donc discontinus dans le temps, localisés essentiellement durant la période d'*asotry*, parfois jusqu'à octobre pour les revenus non agricoles. Il n'est donc pas étonnant que cette période corresponde au pic de fréquence des consultations au CSB. De manière générale, il semble que l'argent soit de moins en moins disponible pour financer les dépenses de santé, parce que de grosses sources de revenus traditionnelles comme la vente des récoltes de riz ou la vente de bœuf s'amenuisent, même si d'autres prennent le relais. Mais ces derniers revenus sont souvent consacrés à des dépenses prioritaires pour subvenir aux besoins vitaux et sociaux de la famille (nourritures, funérailles, fêtes), ainsi qu'aux dépenses de scolarisation des enfants. Or, ces dépenses vitales paraissent de plus en plus élevées, à cause de la détérioration du pouvoir d'achat de la population générale.

Payer les soins représente donc un défi pour la population paysanne. C'est le principal obstacle à la consultation médicale évoqué par la population et par le personnel médical, et sans doute le grand facteur expliquant la faiblesse du taux de consultation des prestataires de soins. L'obstacle financier joue encore davantage pour les catégories les plus pauvres, dont le taux de consultation est encore plus bas. Cette situation remet en cause la participation financière des usagers, qui apparaît néanmoins nécessaire au financement du secteur santé. Vu du côté des paysans, l'accès au CSB sera donc étroitement conditionné à la capacité de dégager des revenus monétaires. Toutefois, l'accessibilité des consultations et des médicaments pour des pathologies simples laisse penser qu'il existe des facteurs autres que les ressources monétaires jouent sur l'accès aux soins des patients.

Il existe des nuances à ce constat pessimiste. Il reste des familles qui auront la capacité économique de financer leurs soins et parfois même de prendre en charge des soins coûteux. Ces privilégiés sont ceux :

- qui possèdent de vastes terres agricoles, et donc produisent des denrées alimentaires de base (riz, manioc) en grosse quantité, leur épargnant des soudures difficiles et permettant de dégager des surplus commercialisables.
- qui sont engagés dans des filières commerciales et /ou migratoires lucratives : épiciers, transporteurs…

– dont le réseau social est puissant économiquement, et vaste géographiquement, mettant en relation la ville et la campagne.

Pour le reste de la population, il est difficile de financer les soins même de base, hors période de récolte. Cette situation peut contribuer à déclencher un cycle d'appauvrissement à travers l'endettement auprès de la famille élargie. Non seulement la famille du malade doit faire face à une pauvreté accrue, du fait de la nécessité de rembourser les prêts, ou de rendre les dons. Mais la famille élargie dans son ensemble subit une perte de ressources agricoles et financières (vente de riz, de bœuf…) fragilisant son équilibre économique déjà précaire. Dans ce cas, le soin, au lieu de briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, risque au contraire de l'aggraver, et de l'étendre géographiquement et socialement. Il devient alors donc économiquement et socialement plus intéressant de ne pas se soigner.

Les propriétés géophysiques de la commune et les réalités économiques agissent sur la santé de la population de Sahambavy. Les conditions écologiques constituent l'environnement d'habitation déterminant ainsi les types de maladies fréquent dans la zone. Sur le plan économique, le manque de revenu et de production se traduisant par une malnutrition favorise l'endémicité des maladies infectieuses. Toutefois la situation géographique, la culture et le problème financier détermine la perception et le mode de traitement de la population.

CONCLUSION PARTIELLE

Ainsi la santé de la population de la commune rurale de Sahambavy n'est pas exceptionnelle au cas observés dans les autres zones rurales de Madagascar et de plusieurs pays du Sud. Elle est caractérisée par l'endémicité des maladies infectieuses comme la fièvre, la grippe, la diarrhée, les infections sexuellement transmissibles, affections dentaires. Ces maladies sont les reflets des conditions géographiques et économiques auxquelles vie la population. Les caractéristiques écologiques, le manque de ressource, et le mode d'intégration de la population au site façonnent leurs conceptions, leurs perceptions et leurs modes de traitement des maladies.

PROSPECTIVES DE SANTE DE MASSE

L'analyse des faits observés dans la commune nous permet d'identifier les besoins de la population pour l'amélioration de leur santé. Pour la sortir de la situation de pauvreté, de nombreux projet sont envisageable. Seulement il nous est évident de prioriser la santé car c'est un capital pour une meilleur production. Ainsi cette partie propose une prospective de santé de masse. Cette prospective comprend des projets d'éducation à la santé et d'organisation des financements locales attribués aux soins.

EDUCATION A LA SANTE

Comme il a été constaté dans les chapitres précédents, l'éducation est un des déterminants culturels de la santé. Elle intervient dans la conception et la perception de la santé, des maladies et donc de leur traitement. Les personnes éduquées ont des conceptions plus rationnelles de la santé et des maladies. Elles sont plus disposées à les prévenir et à demander des soins. Ainsi l'objectif de cette prospective d'éducation à la santé n'est pas d'insister sur la politique « Education pour tous » qui est selon notre constat est déjà en bonne voie actuellement, mais surtout de renforcer l'intégration des questions de santé dans les programmes d'enseignement notamment dans les écoles primaires et au collège. Car les responsabilités de la société vis à vis de la santé n'incombent pas aux seuls prestataires de soins. Elle concerne également l'éducation nationale et toute la collectivité en générale. Mais dans l'action publique de promotion de la santé notamment chez les jeunes, l'éducation nationale a un rôle irremplaçable à jouer, qu'il convient d'exercer de manière bien résolue.

CHAPITRE XIII.NATURE ET OBJECTIFS

L'éducation à la santé doit s'inscrire dans un projet éducatif global. Elle prend en effet appui sur la transmission de savoirs et de connaissances, passe par l'organisation du cadre de vie à l'école et des activités éducatives, inclut enfin la prévention, qui vise à prémunir les jeunes contre les risques et pathologies décrites dans les chapitres précédents. En effet elle vise à aider chaque enfant à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans cette communauté où les questions de santé constituent un problème majeur.

Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'informations, elle a pour objectif le développement de compétences relatives à :

- La connaissance et la maîtrise du corps :
  - Différencier les diverses parties de l'anatomie humaine.
  - Décrire les cibles et les fonctionnements des organes
  - Relier les maladies à des défauts ou excès comportementaux

- Mettre en œuvre et observer des règles de vie favorables à la santé : hygiènes, habitudes de propreté, d'alimentation et de sommeille…
- Repérer les principaux constituants des aliments
- Analyser les effets positifs et négatifs sur le développement corporels et la pratique des comportements : effort physique, alimentation, consommation nocive (tabac, alcool)

- La sexualité et la reproduction :
  - Repérer et analyser les transformations physiques, physiologiques et comportementales liées à la puberté.
  - Identifier les composantes biologiques, effectives de la sexualité humaine
  - Expliquer les rôles des différents éléments des organes sexuels au cours des rapports sexuels et la procréation.
  - Identifier les différents modes de contraceptions et expliquer leur importance.

- L'environnement et la santé :
  - Identifier les composantes de son environnement proche.
  - Analyser les effets des activités et comportements de l'homme sur l'environnement.
  - Analyser les conséquences de la désharmonie environnementale sur la santé humaine.
  - Définir et mettre en pratique des comportements harmonieux sur l'environnement pour qu'il y ait des effets positifs sur la santé.

- La personnalité et la relation avec autrui :
  - Valoriser ses qualités et ses compétences
  - Affirmer ses choix, ses opinions.
  - Etre capable de gérer, indépendamment de toute pression, des situations pouvant avoir conséquence sur sa santé ou celle des autres.

- Faire preuve d'initiatives personnelles dans des activités de la vie collective.
- Respecter les cadres de vie de la collectivité et participer à son amélioration pour bien-être de tous.

CHAPITRE XIV.MISE EN ŒUVRE : MOYENS ET MÉTHODES

Composante d'une éducation globale, l'éducation à la santé ne constitue pas une nouvelle discipline : elle se développe à travers les enseignements et la vie scolaire. Tous les personnels membres de la communauté éducative tels que les personnels enseignants, la direction, l'administration, et bien entendu les personnels médicaux et guérisseurs traditionnels, y prennent part, individuellement et collectivement, chacun selon la spécificité de ses missions.

Il convient cependant de souligner le rôle essentiel des personnels de santé (médecin, infirmier, *reninjaza* et *ombiasy*). Leurs compétences particulières en font des acteurs privilégiés en matière d'éducation à la santé. Car ils seront les sources des informations que les personnels éducatifs traiteront et transmettront aux élèves à leur tour.

L'éducation à la santé se déroule tout au long de la scolarité des élèves. Elle doit commencer très tôt car beaucoup de comportements favorables à la santé s'acquièrent d'autant plus aisément qu'ils font l'objet d'un apprentissage précoce. Sa mise en œuvre implique que l'ensemble des personnels intègrent les objectifs dans les missions qui déterminent leur action au quotidien. Toutes les circonstances de la vie scolaire se prêtent' ainsi, à cette prospective, notamment des enseignements, de l'organisation du cadre et des rythmes de vie, de l'utilisation des locaux… Pour qu'une action positive s'exerce dans ces circonstances, il importe que les élèves soient le plus possibles amenés à prendre leur part de responsabilités ; les adultes aient conscience de la valeur d'exemple de leurs comportements.

Dans son enseignement, tout enseignant contribue, de manière plus ou moins spécifique, à l'éducation à la santé :

A l'école comme au collège, quelle que soit la matière, chaque enseignant contribue à l'éducation de ses élèves. Il s'attache, en particulier, à favoriser le dialogue avec et entre les élèves, à leur apprendre le respect des règles de vie commun. Ce dans une perspective de développer leurs estimes de soi et leurs capacités relationnelles.

Certaines matières contribuent directement, conformément à leurs programmes, à développer des connaissances en rapport avec la santé, telles que les Connaissances Usuelles, les Sciences de la Vie et de la Terre ou les Sciences Naturelles. Leur finalité

éducative suppose la participation active des élèves à la construction de ces connaissances, reliées à des situations concrètes de la vie quotidienne, en matière de santé.

De nombreuses disciplines enseignées dans l'école primaire et au collège, dont les programmes n'ont pas directement trait à la santé, peuvent cependant mettre en œuvre des activités, exploiter des situations, des textes ou des supports utiles pour l'éducation à la santé. Cela peut être, par exemple, appliqué au cours de langues vivantes comme le Malagasy, le Français, l'Anglais aux récitations et chants. Afin de mieux atteindre les objectifs, la prospective d'éducation à la santé nécessite une prise en charge collective, cohérente et progressive à travers les différentes disciplines.

Face au mauvais état de santé des paysans, il s'avère nécessaire d'intervenir sur leur éducation. Car l'éducation est définie comme un des déterminants de la santé publique. L'éducation à la santé consiste à transmettre aux enfants les connaissances nécessaires pour qu'ils se conforment à des modes de vie favorables à la prévention et à la prise en charge des maladies.

MUTUELLE À PARTAGE DE RISQUE : ORGANISATION DE L'INITIATIVE LOCALE AU FINANCEMENT DE LA SANTÉ

Selon l'analyse établie sur les déterminants des itinéraires thérapeutique, nous avons constaté que le moyen financier est un de ces déterminants. La politique de recouvrement des coûts mise en place par l'Etat, le manque de moyen et de source de revenu ainsi que la mauvaise gestion du budget de ménage sont des obstacles à l'accès au soin et défavorise la demande de soins. Pour cela le Ministère de la Santé et du Planning Familial et de la Protection Sociale (MSPFPS) a mis en place un volet « assistance » par la constitution de ce qu'on appelle « un fonds d'équité » permettant la prise en charge gratuite de ceux considérés comme les plus démunis ; ce fonds est actuellement fonctionnel dans toutes les formations sanitaires de base et en étude au niveau des hôpitaux. Mais une restructuration du budget des ménages notamment au niveau des dépenses par une organisation de l'initiative locale au financement de la santé plus précisément par un système mutuel de partage de risque participera sans doute à l'amélioration de la santé de la population de la commune rurale de Sahambavy. Théoriquement ce système constitue un moyen pour faciliter l'accès financier aux soins pendant les périodes de soudure, mais qui intervient aussi dans l'amélioration de la qualité de l'offre et son adéquation à la demande. L'avantage de l'institution de ce volet ne réside pas seulement à la résolution de quelques formes d'exclusion mais aussi sur la disponibilité d'un mécanisme d'assurance sur le risque maladie que peuvent profiter tous ceux qui veulent en bénéficier pendant une période déterminée.

Dans ce chapitre nous présentons un exemple applicable au système de soin public moderne, représenté par le CSB. Étant donné que le problème financier se présente surtout pour l'accès à cet itinéraire thérapeutique.

CHAPITRE XV. PRINCIPES DE BASE ET OBJECTIF

Une mutuelle à partage de risque est une structure ressemblant au système de sécurité sociale. Mais elle est établie en fonction des contextes présents dans la commune. C'est une association qui unit des personnes qui veulent s'assurer des risques maladies par le biais de la solidarité. Par cette solidarité, les adhérents procèdent à une mise en commun de fonds qui assurera l'existence de financement leur permettant d'être pris en charge en cas de maladie, pendant une période déterminée. Le poids de la prise en charge est donc partagé. La concrétisation du principe d'entraide et de solidarité est la cotisation. Elle constitue une forme d'épargne pour prévoir les problèmes de santé pendant la période de soudure.

Ce régime constitue une manière de répondre aux besoins de sécurité sociale des individus, qui n'est pas encore disponible dans le milieu rural malgache actuellement, grâce aux efforts d'un groupe ou d'une communauté. Le mécanisme utilisé consiste à apporter une protection mutuelle par le regroupement des ressources, sur la base des principes de l'assurance. Dans ce système, c'est le groupe qui décide de l'importance et de l'origine des cotisations que ses membres auront à verser. Il décide également des modalités relatives au recouvrement et à la gestion des cotisations, ainsi qu'au versement des coûts de prestations. C'est donc un système de micro assurance et par conséquent il fonctionne sur cotisation forfaitaire périodique par chaque adhérent. Cette participation assure au membre le type de risque que la mutuelle accepte de prendre en charge et pendant une période déterminée par ses règlements. Cette période est généralement d'une année. Le renouvellement de la cotisation conditionne la disponibilité permanente du fonds de roulement. C'est donc une des conditions sine qua non de la viabilité de la mutuelle. Ce modèle sous entend une très forte notion de solidarité car il y a un transfert des ressources des non malades vers les malades et il y a aussi celle de la prévoyance individuelle. Sa mise en place nécessite une étude sérieuse de faisabilité pour essayer de trouver les véritables motivations qui vont convaincre la communauté à avoir cette culture de prévoyance et ceci à long terme.

CHAPITRE XVI. AVANTAGES

Du côté de la population, les avantages se résument à :

- la couverture du risque maladie ;
- le renforcement de la solidarité au sein de la communauté ;
- la diminution de l'appréhension dans la fréquentation des formations sanitaires ;
- l'appropriation du fonctionnement de la formation sanitaire.

Pour la formation sanitaire, les avantages sont liés à l'évolution des différents indicateurs, notamment l'augmentation de la fréquentation ; l'amélioration de la qualité des prestations ; la consolidation du financement de la santé.

CHAPITRE XVII. GESTION D'UNE MUTUELLE DE PARTAGE DE RISQUE

La gestion de la mutuelle comporte 2 volets :

-la gestion financière qui doit tenir compte de l'organisation du circuit de paiement et de la, la sécurisation des fonds ainsi que l'établissement des pièces comptables,

-la gestion administrative qui est composée de l'enregistrement des adhésions et des prestations.

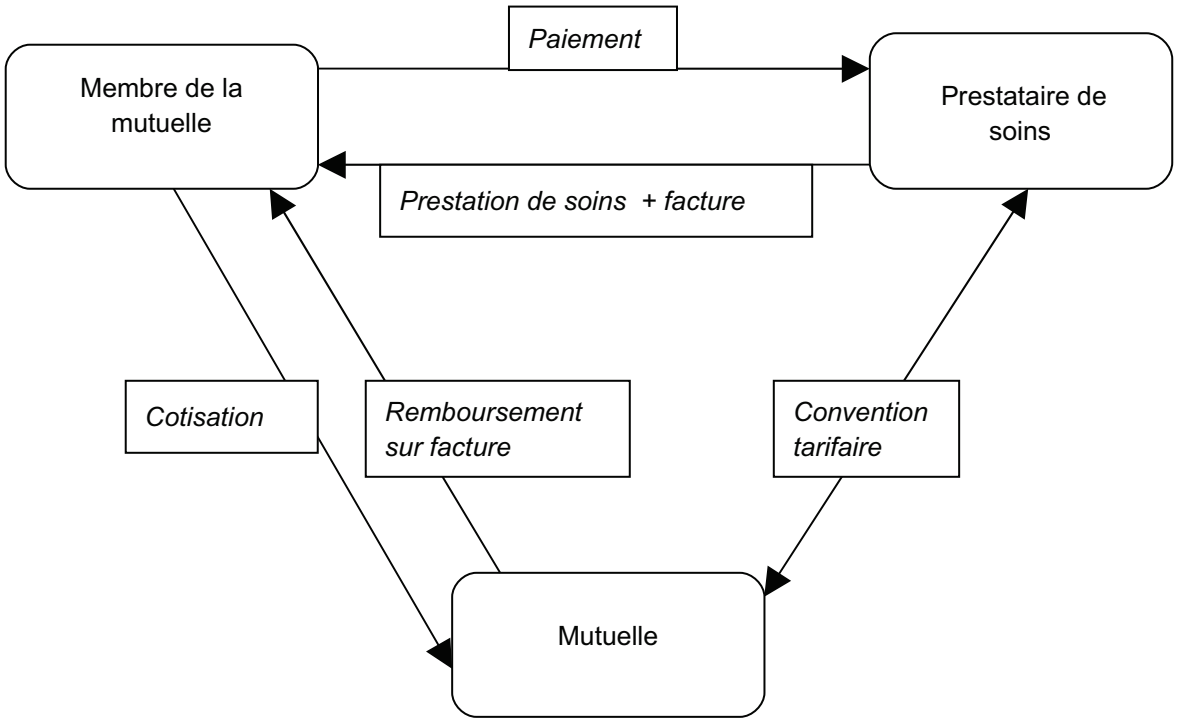
XVII.1.1.La gestion financière :

XVII.1.1.1.L'organisation du circuit de paiement

Deux alternative se présente pour l'organisation du paiement des prestations de soins : le paiement directe du prestataire par le patient ou le paiement du prestataire par la mutuelle.

- Paiement direct du prestataire par le patient :

Circuit lors de paiement direct du prestataire par le patient



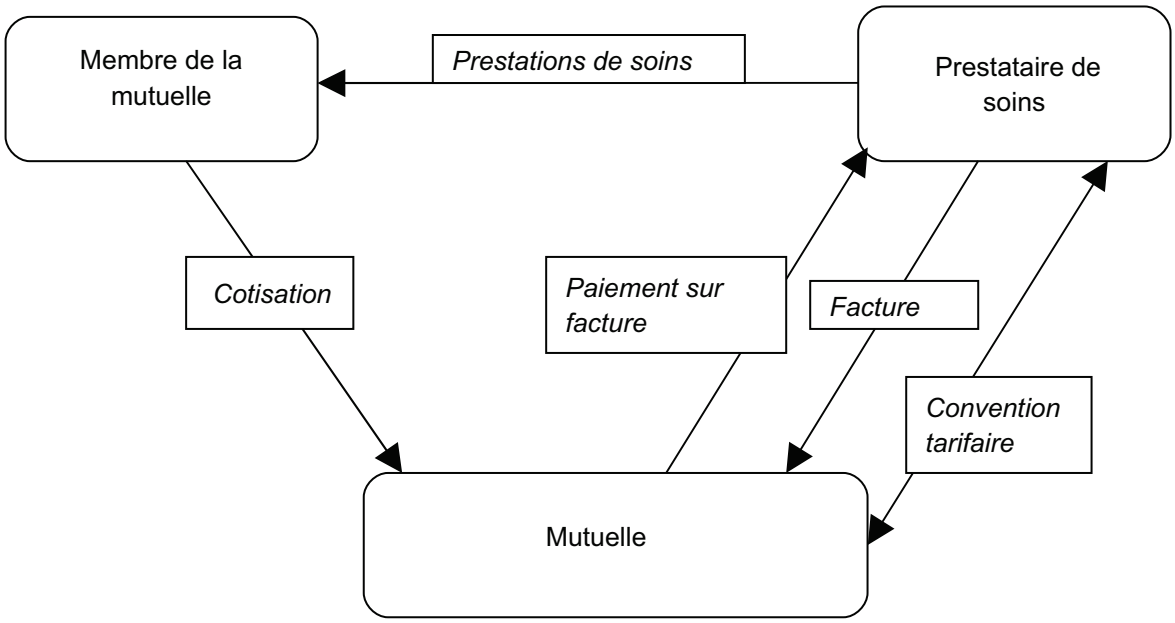
Source : recherche personnelle 2007

Dans ce système de paiement, la mutuelle demande aux membres de payer les soins, c'est à dire le coût des médicaments auprès de la pharmacie du CSB directement. Ensuite, sur présentation de l'Ordonnance-Facture portant les preuves de paiement de la pharmacie, la mutuelle rembourse le montant payé par l'adhérent.

- Avantage : Ce système limite la surconsommation des services de santé car le membre doit payer d'avance les soins.
- Inconvénient : Ce système peut ne pas marcher au sein d'une population très pauvre car le membre n'aura pas assez de fonds pour couvrir ses soins.

- Paiement direct du prestataire par la mutuelle

Circuit lors de paiement du prestataire par la mutuelle



Source : recherche personnelle 2007

Dans ce système, la mutuelle paie au prestataire directement pour les soins offerts aux membres.

- Avantage : L'avantage de ce système est que le membre ne paie pas directement le coût des soins. Ce système marche bien quand les coûts sont très élevés.
- Inconvénient : Il y a un grand risque de surconsommation et d'escalade de coûts. De ce fait, il nécessite la mise en place d'un système de contrôle rigoureux.

XVII.1.1.2.Comptabilité

La comptabilité de la mutuelle est importante parce qu'elle:

- est un outil de gestion pour les administrateurs.
- assure la transparence et la confiance des adhérents.
- inspire la confiance de la part d'autres parties intéressées.
- est nécessaire pour obtenir une reconnaissance légale de la mutuelle.
- devient utile pour toutes plaintes contre la mutuelle ou cas contentieux.

Les pièces comptables sont constituées par :

- Journal de caisse : Il permet l'enregistrement chronologique des mouvements de fonds en caisse.
- Journal de banque : Le journal de banque permet l'enregistrement chronologique des mouvements de fonds au niveau du compte épargne (TIAVO). Il sert également à établir un rapprochement bancaire.
- Pièces justificatives : Les enregistrements dans les documents précédents doivent être justifiés par des pièces internes ou externes (factures, attestations de dépenses, reçus, etc.). Ces pièces justificatives attestent de l'authenticité des opérations.

XVII.1.1.3.Sécurisation de fonds

La meilleure façon de sécuriser les fonds de la Mutuelle est de gérer une partie des fonds seulement au niveau des caisses et de déposer la majorité des fonds dans une institution mutualiste ou un système similaire. Le TIAVO, peut, en effet, bien jouer le rôle en tant qu'institution d'épargne. Il est donc recommandé que la gestion des fonds surtout le déblocage doive adopter le système de cosignataire pour éviter une utilisation abusive quelque soit sa forme. En effet les risques sont souvent les détournements, les vols ou malversations.

XVII.1.2.Gestion administrative

Les documents administratifs jouent un rôle important dans la gestion de la mutuelle. En effet, ils permettent d'enregistrer toutes les informations nécessaires pour la gestion

comptable et financière de l'institution ainsi que pour le contrôle, le suivi et l'évaluation de ses activités.

Les principaux documents d'enregistrement de l'information sont :

- Le carnet de membre

Le carnet de membre est la matérialisation de l'appartenance à la mutuelle. Son objectif principal est d'identifier le membre et les bénéficiaires et de suivre la régularité des cotisations. Il présente la succession chronologique des cotisations versées et des prestations consommées par un membre, et constitue pour celui-ci, la « mémoire » continue. Il compte alors plusieurs pages vierges que les prestataires de soins peuvent utiliser pour inscrire leurs actes et les prescriptions, ce qui est intéressant en termes de suivi. Son usage permet aussi de contrôler à tout moment l'exactitude des inscriptions portées sur le registre de cotisations et le registre des bénéficiaires.

Il peut être remplacé par une carte individuelle (une pour chaque bénéficiaire) si la mode d'adhésion est individuelle.

Quelle que soit la formule adoptée pour ce document, il constitue surtout un « passeport » qui confirme au prestataire de soins que le malade est couvert par la mutuelle. Cependant, pour être efficace à cette fin, une photo de chaque bénéficiaire doit apparaître sur la carte, ce qui est difficilement réalisable : les frais d'adhésion limiteraient l'accès à la mutuelle pour les familles les plus pauvres.

Il faut noter que ces documents ont un coût (impression et travail de remplissage lors des adhésions). Il faut donc aller au plus simple et concevoir des documents qui ne soient pas renouvelables trop souvent.

Dans les statuts, l'assemblée générale peut prévoir le paiement d'un droit d'adhésion qui correspond à la délivrance du carnet de membre.

- Le registre des bénéficiaires

Le registre des bénéficiaires permet à la mutuelle d'enregistrer les informations relatives aux bénéficiaires de la mutuelle. Il est un outil de contrôle et de suivi et permet une meilleure connaissance du profil des bénéficiaires de la mutuelle. Son usage permet de suivre à tout moment le nombre de bénéficiaires de la mutuelle de santé et en particulier les adhérents et les personnes à charge. Ce registre doit permettre d'enregistrer également

d'une année à l'autre les changements possibles au sein de la famille d'un adhérent (naissance, décès, etc.).

- Le registre des cotisations

Permet à la mutuelle de suivre au jour le jour la situation des cotisations. Sa fonction principale est d'indiquer si le bénéficiaire a droit aux prestations de la mutuelle. Le bénéficiaire doit cotiser durant une période d'observation pendant laquelle le membre paie ses cotisations sans avoir droit aux services de la mutuelle.

Après avoir enregistré la cotisation dans le carnet du membre, le responsable enregistre le montant de la cotisation une deuxième fois dans le registre des cotisations.

- Le registre de prestations

Permet de suivre l'ensemble des prestations reçues par les bénéficiaires de la mutuelle, ainsi que de connaître les prestations les plus fréquentes, le montant mensuel/annuel des prestations, le respect de la convention de la structure sanitaire, les structures les plus fréquemment visitées, l'âge et le sexe des bénéficiaires dont le risque est élevé.

Il est un outil important de suivi et d'évaluation ;

- La facture

C'est le support utilisé par chaque prestataire de soins qui collabore avec la mutuelle afin de se faire rembourser le coût de soins délivrés aux bénéficiaires mutualistes. Elle contient des informations sur le prestataire et sur les soins facturés. Elle permet, alors, au prestataire de récapituler l'ensemble des soins qu'il a délivrés aux mutualistes et leurs montants. La facture ainsi établie est envoyée à la mutuelle qui sait précisément combien elle doit rembourser.

Pour la mutuelle, c'est une pièce comptable qui justifie une sortie d'argent, à un moment donné, de la caisse ou du compte d'épargne.

Elle favorise également le suivi des activités de la mutuelle car elle récapitule pour une période donnée, un mois par exemple, le nombre et types d'actes ainsi que les dépenses effectuées par la mutuelle auprès d'un prestataire donné.

La facture est un document de référence d'importance pour le gestionnaire. Elle décrit les différents coûts. Il importe de préciser dans la convention l'obligation pour le prestataire de détailler les coûts de la prise en charge. La mutuelle dispose ainsi constamment des informations nécessaires à son suivi, ce qui ne serait pas possible si le

prestataire modifiait chaque mois sa façon de remplir la facture. Elle est établie en deux exemplaires : l'un est envoyé à la mutuelle, l'autre est conservé par le prestataire. Lorsque la mutuelle rembourse le prestataire de soins, une mention signalant la date et la modalité de paiement (en espèces, par chèques, etc.) est apposée sur les deux exemplaires de la facture.

CHAPITRE XVIII. LES TYPES DE SOINS QUE PEUT COUVRIR UNE MUTUELLE DE PARTAGE DES RIQUES

Les types de paquets de soins ou de services que la mutuelle peut couvrir sont les soins de santé primaires dispensés le plus souvent dans le CSB2.

Ils comportent :

- les soins préventifs et promotionnels qui comprennent les consultations pré et post-natales, les vaccinations, la planification familiale. Habituellement, la prévention fait partie des tâches d'un centre de santé; elle est le plus souvent financée par l'Etat et ses partenaires en coopération.

- les soins curatifs comprennent, essentiellement, les consultations, les soins infirmiers, la fourniture de médicaments. Parfois, on y adjoint la petite hospitalisation qui a lieu dans le centre de santé (mise en observation) ou les accouchements assistés.

En ce qui concerne les médicaments, il importe de déterminer la liste de ceux qui seront remboursés par la mutuelle. Etant donné la différence de prix entre les médicaments de marque (spécialités) et les médicaments génériques, il est conseillé de ne rembourser que les médicaments génériques lorsqu'ils sont disponibles ou les spécialités correspondantes sur la base du prix des génériques. Il est nécessaire de limiter la liste des médicaments couverts (liste des médicaments essentiels établie par le Ministère de la Santé du pays et par l'OMS).

L'idéal est que les médicaments soient délivrés par la formation sanitaire elle-même. Si cela n'est pas possible, les médicaments de la liste ne seront remboursés que s'ils ont été prescrits. Dans cette dernière hypothèse, les abus éventuels sont plus difficiles à limiter.

Mais il existe aussi des soins ou des services qui ne sont pas compris dans ces catégories mais qui peuvent être considérés si les possibilités le permettent ou bien si l'acquisition ou l'accessibilité aux soins dépend de la disponibilité de ces services :

- Le transport des malades : Outre la prise en charge des soins de santé, la mutuelle peut organiser et prendre en charge le transport des malades vers un centre de santé ou leur transfert vers l'hôpital conventionné le plus proche, dans le cadre d'une référence patient transféré vers un hôpital après avoir consulté le CSB2.

- La nourriture : Pour pallier à la défaillance en nourriture des adhérents hospitalisés, la mutuelle peut prévoir la prise en charge de nourriture, notamment à travers les cotisations en nature comme le riz.

La prise en charge à 100% des soins de santé de base diminue la fréquence des cas graves. Par conséquent, les coûts liés à ces derniers sont minimisés pour la mutuelle si les soins de santé de base sont pris en charge. Cependant il y a un risque de surconsommation des services, car au moindre signe de maladie, les adhérents vont se rendre au centre de santé.

CHAPITRE XIX.LA COTISATION

La cotisation constitue la principale ressource financière de la mutuelle. Elle doit être bien calculée pour pouvoir assurer un équilibre dépenses-recettes.

Les contacts avec les prestataires de soins sont à ce niveau d'une importance particulière. Ils ont pour but d'évaluer les coûts des soins mais aussi les possibilités d'établir des conventions entre les prestataires de soins et la mutuelle. Ces accords doivent, entre autres, fixer les prix des services. Il s'agit d'un élément essentiel pour déterminer le montant des cotisations. Par ailleurs, ces contacts forgeront les relations de la mutuelle avec les prestataires de soins.

Les principes de la cotisation doit assurer que le montant et les modalités de paiement de la cotisation sont adaptés, accessibles et acceptés par la population bénéficiaire.

XIX.1.1.Les dépenses à couvrir par la cotisation

La cotisation doit permettre à la mutuelle de prendre en charge les coûts de prestations aux adhérents et de financer son fonctionnement (exemple : carnet de membre, motivation des personnels de la mutuelle…). Mais elle doit aussi constituer des réserves afin de renforcer sa solidité financière, d'exercice en exercice.

XIX.1.2.Les systèmes de paiement

Cette cotisation est familiale ou individuelle. Deux systèmes de paiement sont possibles :

- Le titulaire et les personnes à charge paient chacun la même cotisation.
- Une cotisation unique est versée, quel que soit le nombre de personnes à charge.

Le choix du système de cotisations, décidé en assemblée générale constitutive, est inscrit dans les statuts. Seule l'assemblée générale peut apporter des modifications aux statuts.

XIX.1.3.Moyen de contribution : espèces ou en nature

En prenant compte du contexte présent dans la commune rurale de Sahambavy, les moyens de cotisation pourraient se faire en plusieurs formes :

- en espèces : en fonction de la capacité des membres de la communauté, cette option est souvent adoptée par celle ayant une facilité d'écoulement des produits agricoles (en milieu rural) ;
- en nature : pour certaine catégorie de population, la cotisation avec des produits, notamment agricole, s'avère plus facile, notamment dans les zones où il est plus difficile de trouver un marché offrant la possibilité d'avoir un bon prix des produits ; la constitution de grenier est dans ce cas à envisager ;
- en espèces et en nature : cette option est adoptée par la communauté qui trouve un équilibre entre le montant en espèces et la valeur actuelle ou future des produits en nature ;
- en espèces ou en nature : suivant les possibilités des membres, la mutuelle peut adopter le paiement des cotisations en nature ou en espèces. Ce système est plus efficace si les membres sont composés de salariés et de population agricole.

XIX.1.4.La périodicité du paiement

La périodicité du versement des cotisations sera déterminée en fonction de la disponibilité des revenus des adhérents. Mais comme la majorité de la population de cette commune est agriculteur, il est plus adapté d'établir la période de paiement pendant *l'asotry,* donc du mois janvier au mois de juin. Pendant cette période ne bénéficie pas encore de la prise en charge, ils payeront encore les soins. Toutefois le moment de collecte de la

cotisation doit être soigneusement étudié : il faut par exemple éviter de demander le versement de cotisations lors des périodes de fêtes qui entraînent des dépenses importantes pour les familles et limitent leur capacité à cotiser.

La périodicité du versement des cotisations doit être inscrite dans les statuts.

CHAPITRE XX. MODALITÉ D'ADHÉSION

Selon les modes et selon l'unité d'adhérent adopté par la communauté, l'adhésion peut être individuelle sans obligation d'appartenance à une famille ou à un groupement, ou par famille ou foyer ou ménage.

Les membres doivent être inscrits dans un registre et obtenir une carte ou un carnet de membre au moment de l'adhésion. Pour éviter que l'individu ne fasse l'adhésion que pour un moment ponctuel, exemple parce qu'il est malade, l'accès aux services fournis par la Mutuelle doit être précédé d'une période d'observation ou d'attente dont la durée peut varier en fonction des bases consensuelles entre les membres de la communauté ou en fonction du système appliqué.

CHAPITRE XXI. LA SENSIBILISATION DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE DE LA MUTUELLE DE SANTÉ

La sensibilisation comporte deux grandes étapes :

- la sensibilisation des élus, des autorités administratives au niveau décentralisé et locales ainsi que des leaders de la communauté et les personnels du CSB. Cette activité est appelée également «plaidoyer» ;
- la sensibilisation de la communauté.

XXI.1.1.Le plaidoyer

Objectif : Cette étape vise à mobiliser les leaders d'opinions, en collaboration avec les autorités administratives, composées des élus et des représentants de l'Etat au niveau décentralisé et local (Commune, fokotany), à s'approprier du concept de la mutualité. Le premier contact au sein d'une zone sur la sensibilisation s'effectue auprès de ces individus. Ces derniers effectuent, par la suite, un sondage des opinions de la communauté ou de leurs représentants, tout en expliquant le concept et les intérêts de l'existence d'une mutuelle de partage de risque sanitaire.

Intérêts : Les avantages de la réalisation du plaidoyer auprès de ces catégories de personnes, se portent sur :

–L'implication des autorités (élus et représentants de l'Etat) dans la mise en œuvre du processus ; l'intégration du système dans le plan de développement de la commune.

–L'appropriation future de l'approche par les leaders d'opinion ;

–La première sensibilisation par des personnes issues de la communauté ;

Les cibles de cette activité sont :

–les leaders communautaires ;

–les responsables des *Fokontany* au sein de la commune ;

–les prestataires de santé : *ombiasy, reninjaza*, personnel du centres de santé de base au sein de la commune ;

–les responsables religieux ;

–les enseignants dans les écoles de la commune …

Ce groupe constituera le Comité d'Initiative qui va initier le processus de mise en place de la mutuelle de santé au sein de la commune.

Durant cette séance de sensibilisation, les thèmes traités concernent :

–les généralités sur les mutuelles de santé ;

–les avantages et les inconvénients ;

–le choix du paquet de services ;

–la clarification du calcul du montant de la cotisation ;

–la période couverte par la prise en charge ;

–le choix de l'unité d'adhésion.

XXI.1.2.Sensibilisation de la communauté

Après la sensibilisation des leaders d'opinions, le groupe effectue, chacun de son côté (niveau *Fokontany* ou village), la sensibilisation de la communauté. Des réunions seront ainsi tenues pour aboutir à des propositions sur l'unité d'adhésion, la période couverte, le

montant de la cotisation et le paquet de services. Durant cette phase, la population procède aussi à l'élection de trois représentants par *Fokontany* qui seront les animateurs communautaires.

Les propositions de chaque zone géographique seront proposées lors d'une réunion de décision au niveau de la commune qui va fixer toutes les conditions régissant la mutuelle et l'adhésion en son sein.

La sensibilisation constitue l'étape la plus importante de la mise en place d'une mutuelle de santé, car la viabilité future en dépend. Elle est destinée à convaincre les membres de la communauté de l'utilité de la mutuelle de partage de risque. Le nombre des adhérents, facteur primordial de la viabilité, est étroitement lié à l'efficacité de la sensibilisation. En milieu rural, cette phase doit se faire durant la période de soudure ou au début de la récolte, car il est plus facile de regrouper la population pendant les jours de marché, mais aussi pour que celle-ci puisse effectuer la collecte des cotisations pendant la période où elle dispose de liquidité (provenant de la vente de récolte).

CHAPITRE XXII. LES ÉTAPES DU PROCESSUS DE LA MISE EN PLACE D'UNE MUTUELLE

Le processus de mise en place comporte 4 étapes fondamentales :

- Prise de conscience et décision de mettre en place une mutuelle de santé (par les adhérents potentiels)
- Etude du contexte ou du milieu concerné ou analyse de situation
- Définition de la formule mutualiste la plus adaptée ou la conception
- Constitution de la mutuelle de santé ou mise en place proprement dite

XXII.1.1. Prise de conscience et décision de mettre une mutuelle de santé

Cette première étape vise à engager la population cible dans un processus basé sur l'observation et l'analyse des besoins en matière de santé tels qu'ils sont exprimés par les intéressés eux-mêmes.

Elle passe par 4 voies :

- une prise de conscience ou un constat sur le fait qu'il existe un problème d'accessibilité aux soins à une période donnée, principalement pendant la période de

soudure, et que la mise en place d'une mutuelle de partage de risque peut être envisagée ;

- une sensibilisation des autorités locales et des personnes pouvant influencer favorablement l'opinion de la population sur la pertinence et l'importance de cette mutuelle dans la couverture des dépenses de santé (plaidoyer)
- la vérification des conditions préalables ;
- la mise en place d'un groupe de travail représentatif de la population cible ou « comité d'initiative ». Ce groupe se composera des prestataires de soins (médecin, reninjaza, ombiasy), des notables locaux et personnes influents (maire, chefs de fokotany, zokiolona…)

XXII.1.2.Etude du contexte ou du milieu concerné ou analyse de situation

Elle doit précéder tout travail de conception car elle permet d'aboutir à un diagnostic de communauté, un diagnostic du contexte local par rapport au projet et à des conclusions sur la *faisabilité* et les *chances de réussite* du projet.

L'objectif est de disposer de données répondant aux conditions préalables de mise en place ainsi que les conditions d'opérationnalité et de viabilité de la future mutuelle.

Une compétence supplémentaire est ici à prévoir pour compléter l'équipe de mise en œuvre déjà constituée : celle d'une personne maîtrisant l'informatique surtout pour l'analyse des coûts supportés et supportables.

Elle est effectuée en 3 étapes qui sont la collecte de données, analyse des données et l'étude de la faisabilité.

XXII.1.3.Définition de la formule mutualiste la plus adaptée ou la conception

Elle vise à opérer les choix stratégiques et adaptés nécessaires pour la mise en place de la mutuelle.

- la détermination des avantages offerts par la mutuelle
- le calcul de la cotisation
- l'organisation de la mise en place des structures
- les modalités de gestion
- l'élaboration des textes réglementaires

- la planification de la formation des différents acteurs
- la préparation de la sensibilisation

XXII.1.4.Constitution de la mutuelle de partage de risque

Elle vise à définir les choix opérationnels et les modalités pratiques en vue de la mise en place effective et du fonctionnement de la future mutuelle

- Tenue des séances de sensibilisation
- Mise au point sur les différentes installations et les nécessaires de gestion et de formation : Bureau, mobiliers, matériels et fournitures de bureau, outils de gestion, nécessaires pour les formations et les réunions…
- Tenue de l'Assemblée Générale et identification des membres de chaque structure
- Etablissement de contrat avec les salariés, les propriétaires de local ou bureau, les prestataires
- Tenue de la formation pour les acteurs (gestionnaires et prestataires)

CHAPITRE XXIII.LE MÉCANISME DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le **suivi** est une activité continue qui consiste à s'assurer que le programme de la mutuelle de partage de risque se déroule selon les dispositions préalablement fixées ou selon les normes communément établies par les membres. Il repose sur l'utilisation d'indicateurs qui permettent aux responsables d'assurer un pilotage efficace du système.

Il est important pour 2 raisons :

- Au début, suivre un mécanisme nouvellement mis en place est d'une nécessité absolue. L'encadrement de tous les acteurs quotidiens de la mutuelle est nécessaire. Ce suivi est le rôle de tous les promoteurs (comité d'initiative, sociologue, partenaire), pour ne pas laisser les difficultés anéantir les efforts de mise en place. L'intensité de ce suivi ne doit baisser qu'au moment où les promoteurs a la conviction que le projet peut fonctionner et peut atteindre les objectifs fixés sans avoir besoin de son assistance continue, c'est à dire quand l'appropriation du concept par les acteurs est acquise, quand les acteurs maîtrisent la gestion de tous les outils, et trouvent eux même les stratégies pour ne pas perdre les clients et pour en augmenter le nombre.
- Le suivi du parcours sert à mieux comprendre les raisons de la réussite ou d'un éventuel échec afin d'en tirer le maximum de profits ou de leçons. Ce suivi peut se

faire par exemple en faisant une analyse comparée de la conception, de la mise en œuvre et de la gestion des projets.

XXIII.1.1.Les responsables du suivi

- Le promoteur et le comité d'initiative: Leur rôle est important au début du processus. A ce moment, le rôle de suivi se confond avec la notion d'encadrement, d'assistance jusqu'à ce que le mécanisme soit maîtrisé par les acteurs locaux de la mutuelle. Il s'agit surtout d'aider les mutuelles à maîtriser les éléments de base sur le fonctionnement et la gestion ainsi que sur la sensibilisation et à savoir adapter le mécanisme au contexte local ou et à ses changements.
- Les gestionnaires de la mutuelle et le comité de suivi (promoteur et comité d'initiative)

Dans le but de suivre l'évolution du fonctionnement de la mutuelle, le suivi est important pour :

- connaître à tout moment l'identité et le nombre des adhérents et des bénéficiaires ;
- recouvrer les cotisations dues ;
- être en mesure de faire les vérifications nécessaires quant aux droits aux prestations des bénéficiaires et aux paiements des factures des prestataires ;
- verser les prestations aux bénéficiaires et/ou payer les prestataires ;
- effectuer une surveillance de risques.

XXIII.1.2.Les outils de suivi de la gestion de la mutuelle

Les indicateurs suivant permettront le suivi du projet :

- l'organisation et le fonctionnement : mentionnant par exemple le nombre de réunions ou d'activités réalisées par rapport à celui de prévues ainsi que le nombre de participants en ce qui concerne l'assemblée générale, le conseil d'administration, le comité de contrôle, le bureau exécutif, les sensibilisations, les formations…..
- les adhésions et les prestations : avec le nombre d'adhérents, de bénéficiaires, de bénéficiaires en retard de cotisations, la fréquentation des prestataires par les bénéficiaires…. le nombre de prestations réalisées, le coût total des prestations mensuelles, le coût moyen des prestations pour vérifier l'existence ou non de sur

prescription, les soins reçus et la fréquence des risques à comparer avec les prévisions,

- le suivi financier : Il s'agit de résumer le total des recettes, des dépenses et charges effectuées lors du mois, c'est à dire pour les recettes : les adhésions, cotisations, subventions et autres entrées, et pour les dépenses, il s'agit des prestations, frais de fonctionnement, de formation et autres sorties. Ceci permet d'élaborer un compte de résultat mensuel. La comparaison des montants prévus et réalisés a une fonction de suivi de la trésorerie.

Il s'agit aussi d'examine le flux financier de la mutuelle c'est à dire la comparaison de l'argent en caisse au début et à la fin du mois respectivement en caisse et en banque.

Ces informations sont contenues dans les outils suivants :

- Organisation et fonctionnement : Procès Verbal, statuts, règlement intérieur

- Gestion des adhérents : registre des bénéficiaires, registre des cotisations, éventuellement, les livrets de membre

- Suivi des prestations : factures, registre de consultations, volets souche, et attestation de soins…

- Suivi financier : livre de banque, de caisse, Pièces Justificatifs et factures.

Le suivi des activités de la mutuelle doit aussi intégrer le rapport matériel, permettant de suivre les avoirs de la mutuelle, surtout pour le grenier à riz ou autres produits utilisés comme cotisations. Ce rapport donnera les sorties en quantité, le prix unitaire de cession, le montant total de cession des produits, la quantité restant en stock.

Le problème financier reste un grand obstacle à l'accès des populations rurales aux systèmes de soin. Ainsi l'organisation du mode de financement des soins par l'établissement d'un système mutualiste est une solution à ce problème. Il consiste à regrouper des fonds pendant les périodes de récolte pour financer les demandes de soins qui augmentent pendant la soudure. Mais la réalisation de ce projet nécessite l'appropriation du projet et la participation de la population. C'est-à-dire qu'elle doit intervenir dès l'identification des besoins jusqu'au suivi du projet.

CONCLUSION PARTIELLE

En somme, l'analyse des données ethnographiques réalisée dans la deuxième partie nous a permis de déterminer le contexte et la réalité anthropologique de la santé dans la commune rurale de Sahambavy, plus précisément la problématique de la santé publique dans ce milieu. A partir de cette analyse nous avons pu identifier des projets qui pourront participer à améliorer la situation de précarité de la santé de la population. Pour cela nous avons mis l'accent sur l'éducation à la santé qui consiste à renforcer l'intégration des questions de santé dans le programme d'éducation dans les écoles primaires et au niveau des deux premiers cycles du secondaire. Cela a pour but l'adoption des comportements favorable à la santé dès le plus jeune âge. Et pour s'échapper au goulot d'étranglement financier à l'accès au soin, notre prospective propose une mise en commun des fonds par un système de mutuelle de partage de risque. Pour que ces projets identifiés réussissent, la prise de conscience de l'existence des problèmes et la nécessité des projets ainsi que la décision et la modalité de leur mise en œuvre proviennent de la population, qui en est donc, en même temps, l'acteur et le bénéficiaire.

CONCLUSION GENERALE

La mondialisation/globalisation a pénétré le domaine de la santé comme tant d'autre domaine. La santé qui ne reste plus sur sa définition empirique qui est le bien être physique et morale ou le bon fonctionnement de l'organisme mais qui intègre aussi les systèmes de soin, les politiques qui y sont relatives. Cette mondialisation tend à l'homogénéisation des éléments de la santé par l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé, la tendance des modèles sanitaires occidentales à constituer une référence globale et enfin la prise d'envergure de la santé dans les préoccupations des Etats. A côté de cette modernisation grandissante, on observe encore une mauvaise situation sanitaire dans presque toutes les régions de l'hémisphère sud. Tous ces objets intéressent l'anthropologie de la santé qui est une sous-discipline de l'anthropologie. Ce qui nous a amené à établir une recherche sur l'anthropologie de la santé dans le monde rurale. Ce dernier est pour la présente recherche représenté par la commune rurale de Sahambavy.

Les contrastes observés et vécus par les pays du nord d'un coté et ceux de l'hémisphère sud, d'un autre, se dressent comme la principale problématique de la santé de l'époque actuelle. Dans les pays développés le secteur suit une évolution pratiquement rapide, due aux progrès de la science et de la technologique, prenant forme d'une industrie. Ainsi elle a pris des dimensions économiques et politiques sans pour autant sortir du domaine du social.

Pour garantir aux individus et aux familles l'accès aux soins en un revenu de remplacement en cas de risques sociaux, des mesures législatives et administratives fonctionnant comme une assurance sont mises en œuvre. C'est-à-dire qu'il est financé par des cotisations versés par les bénéficiaires aux-même, faisant de ces derniers les principaux acteurs de leurs santé. La sécurité sociale a comme effet escompté l'accroissement de la consommation globale en service de santé. Mais elle n'est pas l'unique déterminant de l'évolution se la consommation médicale dans ces pays. En effet la mise au point de produits et de service perfectionnés a développé l'offre ; et des sociaux tels que la structure démographique et la satisfaction des besoins élémentaires définissent les demandes. Cependant la surconsommation due à cette évolution entraine une augmentation de la subvention étatique attribuée au système de protection sociale, causant un déficit budgétaire pour de nombreux pays qui applique ce système. Dans le rapport Nord/Sud la consommation de la santé est sous le contrôle des pays du nord. En effet la production et la commercialisation des produits pharmaceutiques est devenu objet d'enjeux politique et économique entre les industries productrices, les gouvernement occidentaux et les

consommateurs du sud, dont les gouvernements des pays développés tiennent la bride, en mettant en valeur les intérêts de leurs industries, par la mise en place d'un système de contrôle de la production.

Par ailleurs les populations des pays en développement, tels que les pays de l'Afrique subsaharienne, se trouvent dans le désarroi entre les pratiques de santé traditionnelle et les méthodes et moyens modernes. La médecine traditionnelle, qui n'est pas la médecine de référence des Etats, demeure néanmoins vigoureuse. Ainsi les activités des tradithérapeutes influencent positivement la santé des populations du Sud. Face à elle, imposée plus que demandée, la médecine moderne a inspiré la méfiance, voire la résistance. Mais aucune société ne reste réellement traditionnelle. Du coup, les médecines interfèrent. Le recours d'un individu à une thérapie est un processus d'interactions où se mêlent le géographique (représentation de l'espace, des distance, de l'accessibilité), l'économique (niveau de vie, politiques de santé), le social et le culturel (niveau d'instruction, image de l'efficacité des différents systèmes) auxquels il faut ajuter l'appréciation d'un état morbide par le malade lui-même ou par son groupe d'appartenance. Ainsi il est courant de recourir en premier lieu à l'automédication par utilisation de produits phytothérapiques ou de médicaments chimiques puis de se rendre au dispensaire quand l'état s'est subitement aggravé ou, à l'inverse, aller chez un tradipraticien en cas d'échec de la médecine moderne. L'inefficacité des services publics, le coût et les échecs de la médecine moderne, le poids des traditions entretiennent un « *zapping* » thérapeutique qui ruine vite les familles pauvres.

Cette réalité se présente aussi à Madagascar dans les agglomérations urbaines comme dans les campagnes. Pour le cas de la Commune rurale de Sahambavy nous avons étudié l'interaction entre les différents éléments de la vie quotidienne de la population sur leur santé. L'état de santé de cette population est généralement mauvais. Il est caractérisé par la présence des pathologies tropicales telles que les maladies infectieuses: la diarrhée, le paludisme, ainsi que des maladies relatives à la carence alimentaire comme les maux de dent, la malnutrition. Ces maladies sont dues à des facteurs écologiques comme le climat, la végétation, l'habitat. Certain sont causées par le manque de ressource, à l'exemple de l'inaccessibilité à l'eau potable, l'utilisation des sources d'énergie rudimentaires et toxiques ; d'autres proviennent des comportements défavorable comme le manque d'hygiène. Mais la principale explication de cette précarité de la santé dans cette commune est la malnutrition qui est à la fois identifiée en tant que pathologie et facteur de morbidité. Faute de moyen de production, due aux caractéristiques de la région : nature du sol, climat, relief et végétation ; et l'effectif de la population la production n'arrive pas à assurer la consommation.

Pour traiter ces maladies, il existe trois processus thérapeutiques auxquels font appel les populations de Sahambavy. En premier lieu se situe l'automédication qui consiste à

utiliser des médicaments ou des remèdes sans consulter un prestataire de soin. Cette pratique est favorisée par l'existence de fournisseur en médicaments. Alors l'utilisation et la fréquentation du CSB2 se met au deuxième rang des itinéraires de soin choisis par les concernées. Enfin la consultation des guérisseurs traditionnels est peu pratiquée, notamment pour les traitements des maladies. Par contre les *reninjaza* sont côtoyées par la majorité des femmes enceintes pour les soins prénataux, les accouchements et les soins post-nataux.

Le choix du recours thérapeutique est fonction de la distance par rapport au prestataire de soin, du niveau d'instruction de la population et enfin de la situation financière. Pour la première le malade choisit le recours qui lui est plus proche pour éviter un long déplacement engendrant une dépense de transport et une perte de temps. Concernant la culture, le faible niveau d'instruction est à la fois facteur d'une perception erronée de la maladie qui ne sera prise en compte qu'en cas d'aggravation ou de complication et de la déclinaison par rapport à la médecine scientifique. D'autre part la situation financière qui s'avère très basse définie l'inaccessibilité au système de soin moderne.

En reprenant ces différents obstacles qui empêchent la société paysanne de se soigner, compte tenu de l'offre de soins, on aboutit à une définition de la pauvreté qui s'explique par 4 grandes formes de marginalisation :

- marginalisation culturelle : bas niveau d'instruction entraînant une fermeture à l'égard de la médecine scientifique moderne et de ses capacités et un repli sur la médecine autochtone.
- marginalisation économique : ne pas pouvoir dégager des revenus suffisant et une mauvaise gestion du budget de ménage.
- marginalisation sociale : ne pas disposer d'un réseau de solidarités puissant et vaste.
- marginalisation géographique : vivre dans un espace enclavé, loin des centres de santé de base, loin des réseaux de circulation et d'échanges, loin de la ville.

Ainsi l'état de santé et la pauvreté entretiennent des relations de causalité réciproque. De manière plus concrète, dans ce milieu rural, la maladie et la malnutrition ont pour première conséquence économique d'entamer le capital humain et la productivité du travail. Elles placent les paysans dans l'incapacité de produire suffisamment de denrée alimentaire et de dégager des revenus, déclenchant un ensemble de conséquences négatives étalées dans le temps.

Dans un souci d'améliorer cette situation, nous proposons des prospectives de projet de santé de masse. Elles concernent l'éducation à la santé et l'organisation des initiatives

locales en faveur du financement des soins. L'éducation à la santé consiste à renforcer l'intégration des thèmes relatifs à la santé dans les programmes éducatifs afin que les enfants acquièrent des comportements favorables à la santé dès leur plus jeune âge. Le second projet consiste à mettre en place un système de sécurité sociale par le regroupement des fonds. Il a comme objectif de garantir aux intéressés le financement de leurs soins pendant les périodes d'indisponibilité financière. Toutefois ces projets nécessitent la prise de conscience de la population concernée sur leurs intérêts ainsi que son implication au cours de différentes étapes de leur cycle, faisant de lui acteur de sa santé.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX

1. ALLEN (D), « Organisation moderne du développement rural », Les nouvelles éditions africaines, 1977.
2. ANDRIAMANJATO (R), « Le tsiny et le tody dans la pensée malgache », Présence Africaine, Paris, 1957
3. APPADURAI (A), « Modernity at Large. Cultural Dimension of Globalisation", Minneapolis, University of Minnesota Press, 1998
4. ASSAYAG (J), « La culture comme fait social global ? Anthropologie et (post)modernité, L'Homme 148 : 201-224, 1988
5. BOUDON (R), « Les méthodes en sociologie », PUF, Paris, 1970
6. BREAU (S), WEBER (F), « Guide de l'enquête de terrain », Collection Repères, 1998
7. CALLET R.P, « Tanataran'ny Andriana eto Madagasikara » Tananarive, Imprimerie Officielle, 2ème édition de 1918, 2 vol., 1978 (Traduction sous le titre « Histoire des Rois » par Chapus et Ratsimba)
8. COPANS (J), « Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie », Nathan, Paris, 1996
9. Département de la coopération technique pour le développement et bureau de statistique de l'ONU, « Base de sondage et plans d'échantillonnage pour les programmes intégrés d'enquête auprès des ménages », New York, 1990.
10. MORIZE (J), « L'animation des groupes villageoise », FORHOM-BDPA, Paris 1958
11. POIRIER (J), « le village et son terroir : Problèmes méthodologique de l'enquête de sociologie rurale. », in Terre Malgache N°1, ENSA, Antananarivo, 1966, p.71-86
12. DURKHEIM (E), « Les règles de la méthode sociologique », PUF, Paris, 1937
13. DURKHEIM (E), «Les méthodes en sociologie », PUF, Paris, 1970
14. FOSTER G. M; ANDERSON B. G, "Medical Anthropology", John Wiley and Sons, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, ETATS-UNIS (1978)
15. FREUD (S), « Totem et tabou » : interprétation par la psychanalyse de la vie sociale de peuple primitif. Payot, Paris, 1984

16. JAOVELO-DZAO (R), « Mythes, rites et transes à Madagascar. Angano, Joro et Tromba Sakalava», Karthala, Paris, 1996.

17. LEVI STRAUSS (C), « Les structures élémentaires de la pauvreté », PUF, Paris, 1949

18. LEVI STRAUSS (C), «Anthropologie structurale », Plon, Paris. 1958

19. MAUSS (M), « Sociologie et anthropologie », PUF, Paris, 1950

20. PIAGET (J), « Le structuralisme », PUF, Paris, 1970.

21. POIRIER (J), « Ethnologie générale », Gallimard, 1968

22. W.H. Beveridge, "Rapport au Parlement sur la sécurité sociale et les prestations connexes*",* 1942

OUVRAGES SPECIALISES

23. Agence de Coopération culturelle et technique, « Médecine traditionnelle et pharmacopée », Environnement et développement durable 23 au 30 avril, 1993

24. AUGÉ (M), “L’anthropologie de la Maladie”, L’Homme 26 (1-2) : 81-90, 1998

25. BENOIST (J), « Où en est l’anthropologie médicale appliquée ? », Toulouse, AMADES, 1992

26. DISAINE (B), GERARD (L), ANDRIAFAMANTANANTSOA (J), « Concept du développement dans le contexte socioculturel malgache », FNUAP, 1999

27. DUBOIS Henri, "Essai de Dictionnaire Betsileo-Merina-Français. Monographie des Betsileo", Musée de l'Homme, Paris, 1938

28. FASSIN (D), « L’espace politique de la santé. Essai de généalogie », PUF, Paris, 1996

29. FASSIN (D), « L’internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme », Esprit 229, p 83-105, 1997

30. FASSIN (D), « Les enjeux politique de la santé, Etudes sénégalaises, équatoriennes et française, Karthala, Paris, 1999

31. Identité et développement économique, « Diagnostique environnementale de la Région Haute Matsiatra », 2005

32. LARS VIG, « C*royances et mœurs des malgaches. »,* traduit du norvégien par E. FAGERANG, Otto Chr. Dahl, fascicule II, p. 54

33. « Midi Madagascar », 29 septembre 2007

34. P. BOITEAU, « Dictionnaire des noms malgaches des végétaux », Editions Alzieu, Grenoble, 1999.

35. Pr. HARRIS MEMEL-FÔTÉ, « Représentation de la santé et des maladies chez les ivoiriens », 1988.

DOCUMENTS OFFICIELS

36. Commune Rurale de Sahambavy, « Plan Communal de Développement », 2004

37. INSTAT, « Enquête auprès des Ménages », Antananarivo, 2004

38. INSTAT, « Enquête Démographique et sanitaire 2003-2004», Antananarivo, 2004

39. OMS, "Constitution de l'OMS", Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

40. Ministère de la santé et du planning familial, « Politique Nationale de Santé », 2005

COLLOQUE

41. Colloque scientifique, « Dynamique rurales à Madagascar : perspectives sociales, économiques et démographiques », Antananarivo, 2007

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE..... 1

PROBLEMATIQUES DE SANTE DANS LE MONDE..... 10

L'INDUSTRIE DE LA SANTE DANS LE NORD..... 11

CHAPITRE I.SECURITE SOCIALE ET CONSOMMATION DE LA SANTE..... 11

I.1.1.La sécurité sociale 11
I.1.2.L'évolution de la consommation de la santé 14

CHAPITRE II.LA GLOBALISATION DES PRODUITS PHARMACEUTIQUES DU MONDE ... 16

II.1.1.La domination occidentale dans la production et la commercialisation 16
II.1.2.Les médicaments génériques 18

LES PRATIQUES SYNCHRONIQUE DANS LE SUD..... 21

CHAPITRE III.LE CAS AFRICAIN 21

III.1.1.La médecine traditionnelle africaine 21
III.1.1.1.Les fondements.....21
III.1.1.2.Les formes thérapeutiques.....23
III.1.1.3.Succès et échecs.....25
III.1.2.La médecine moderne en Afrique 26
III.1.2.1.Les principes de la médecine moderne.....26
III.1.2.2.La « médecine orthodoxe moderne » en Afrique.....27
III.1.2.3.Succès et échecs.....27
III.1.3.Coopération entre médecine traditionnelle et médecine moderne 28

CHAPITRE IV.LA PROBLEMATIQUE MALGACHE 29

IV.1.1.La pratique médicale traditionnelle malgache.....30
IV.1.1.1.Les fondements conceptuels.....30
IV.1.1.2.Les différentes formes de la médecine traditionnelle malgache.....31
IV.1.2.La médecine moderne.....34
IV.1.2.1.Le cadre législatif.....34
IV.1.2.2.Organisation et fonctionnement du système de santé.....34
IV.1.2.3.Les médicaments et consommables médicaux.....37

ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE RURALE DANS LA COMMUNE DE SAHAMBAVY.....10

CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES DE LA COMMUNE..... 39

CHAPITRE V.les caracteristiques geographiques..... 39

V.1.1.Localisation.....39
V.1.2.Relief, pédologie et végétation.....41
V.1.3.Hydrographie.....41
V.1.4.Le climat.....42

CHAPITRE VI.Les infrastructures 42

VI.1.1.Les infrastructures culturelles.....42
VI.1.1.1.Les établissements scolaires.....42
VI.1.1.2.Les institutions religieuses.....43
VI.1.1.3.Les institutions sanitaires.....44
VI.1.1.4.Les routes et la ligne ferroviaire 51

CHAPITRE VII.La population 52

VII.1.1.Evolution de la population.....52
VII.1.2.Répartition de la population.....53
VII.1.3.L'Habitat.....55

CHAPITRE VIII.Les caractéristiques économiques..... 55

VIII.1.1.Les infrastructures économiques.....55
VIII.1.2.Les activités économiques.....56

L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION..... 58

CHAPITRE IX.Les maladies les plus fréquentes..... 58

IX.1.1.Les infections respiratoires aigues (IRA).....59
IX.1.2.Le paludisme.....59
IX.1.3.Les maladies diarrhéiques.....59
IX.1.4.Les affections dentaires.....60
IX.1.5.Les infections sexuellement transmissibles (IST).....60

CHAPITRE X.La malnutrition..... 61

EFFET DES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE SUR LA SANTE DE LA POPULATION DE LA COMMUNE..... 63

CHAPITRE XI.les caractéristiques géographiques et économiques : facteurs de maladie.....63

XI.1.1.Les facteurs écologiques.....63
XI.1.2.Le manque de ressource.....64
XI.1.3.Les comportements défavorables à la santé.....66
XI.1.4.La distribution dans le temps des pathologies.....67

CHAPITRE XII.LES CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET ECONOMIQUES : determinants des itineraires de soins..... 68

XII.1.1.Les itinéraires de soins.....68
XII.1.1.1.L'automédication.....69
XII.1.1.2.Les prestataire de soins professionnels.....70
XII.1.2.Les déterminants des itinéraires thérapeutiques.....70
XII.1.2.1.Les déterminants de l'itinéraire thérapeutique relevant de l'offre de soin.....70
XII.1.2.2.Les déterminants de l'accès aux soins relevant des usagers.....72

PROSPECTIVES DE SANTE DE MASSE..... 78

EDUCATION A LA SANTE..... 79

CHAPITRE XIII.Nature et objectifs..... 79

CHAPITRE XIV.Mise en œuvre : moyens et méthodes..... 81

Mutuelle à partage de risque : organisation de l'initiative locale au financement de la santé *83*

CHAPITRE XV.Principes de base et objectif 83

CHAPITRE XVI.Avantages 84

CHAPITRE XVII.Gestion d'une mutuelle de partage de risque 84

XVII.1.1.La gestion financière : 85
XVII.1.1.1.L'organisation du circuit de paiement 85
XVII.1.1.2.Comptabilité 86
XVII.1.1.3.Sécurisation de fonds 87
XVII.1.2.Gestion administrative 87

CHAPITRE XVIII.Les types de soins que peut couvrir une mutuelle de partage des riques 90

CHAPITRE XIX.La cotisation 91

XIX.1.1.Les dépenses à couvrir par la cotisation 91
XIX.1.2.Les systèmes de paiement 92
XIX.1.3.Moyen de contribution : espèces ou en nature 92
XIX.1.4.La périodicité du paiement 92

CHAPITRE XX.Modalité d'adhésion 93

CHAPITRE XXI.La sensibilisation dans le cadre de la mise en place de la mutuelle de santé 93

XXI.1.1.Le plaidoyer 93
XXI.1.2.Sensibilisation de la communauté 94

CHAPITRE XXII.Les étapes du processus de la mise en place d'une mutuelle 95

XXII.1.1.Prise de conscience et décision de mettre une mutuelle de santé 95
XXII.1.2.Etude du contexte ou du milieu concerné ou analyse de situation 96
XXII.1.3.Définition de la formule mutualiste la plus adaptée ou la conception 96
XXII.1.4.Constitution de la mutuelle de partage de risque 97

CHAPITRE XXIII.le mécanisme de suivi et d'évaluation 97

XXIII.1.1.Les responsables du suivi 98
XXIII.1.2.Les outils de suivi de la gestion de la mutuelle 98

CONCLUSION GENERALE 101

FICHE D'ENQUETE (QUESTIONNAIRE PAR MÉNAGE) I

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

LISTE DIVERSES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

ANNEXES

LISTE DIVERSES

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AME : Allaitement maternelle exclusive

AMM : Agence du Médicament de Madagascar

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BCG : Bacille de Calmette et Guérin

CEG : Collège de l'Enseignement Général

CHD : Centre Hospitalier de District niveau I et II

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CPN : Consultation Pré-Natale

CSB : Centre de Santé de Base

DTC : Diphtérie-Tétanos-Coqueluche

EMAD: Equipe de Management District

EMEA: Eropean Medicaments Evaluation Agency

EPIS : Enseignants pour la Promotion Intellectuelle de Sahambavy

EPM : Enquête auprès des Ménages

EPP : Ecole Primaire Publique

FAO: Food and Agricultural Organization

FDA: Food and Drug Administration

FJKM: Fiangonan'i Jesosy Kristy eto Madagasikara

FLM: Fiangonana Loterana Malagasy

FRAM: Fivondronan'ny Ray Aman-drenin'ny Mpianatra

HEP B: Hépatite B

IMRA : Institut Malagasy des Recherches Appliquées

IRA : Infections Respiratoires Aigues

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

MSPFPS : Ministère de la Santé, de la Planification Familiale et de la Protection Sociale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

OUA : Organisation de l'Unité Africaine

PAM : Programme Alimentaire Mondiale

PCD : Plan Communal de Développement

PF : Planification Familiale

PNS : Politique Nationale de Santé

PNUD : Programme des Nations-Unies pour le Développement

PTME : Prévention de la Transmission Mère et Enfant

RIRA : Raokandro Imahagaga Ravelmo Augustin

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SIDEXAM : Société d'investissement et d'exploitation, agricole à Madagascar

URPF : Utilisateur régulier de planification familiale

VAR : Vaccin anti-Rougeoleux

VAT : Vaccin Antitétanique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPO : Vaccin anti poliomyélite

LISTE DES FIGURES

La proportion des maladies fréquentes chez les ménages enquêtés..... 58
Répartition de la population d'enquête selon l'origine de l'eau utilisée..... 65
Distribution temporelle des morbidités..... 67
Répartition des ménages enquêtés selon les recours thérapeutiques..... 68
Circuit lors de paiement direct du prestataire par le patient..... 85
Paiement direct du prestataire par la mutuelle..... 86
Circuit lors de paiement du prestataire par la mutuelle..... 86

LISTE DES TABLEAUX

Les centres hospitaliers de Madagascar..... *35*
Les Centres de Santé de Base de Madagascar..... *35*
Les établissements scolaires..... *43*
Les institutions religieuses..... *43*
Attributions et taches des personnels du CSB2 ..... *45*
Tableau de bord des activités du CSB2..... *46*
Les infrastructures routières et ferroviaire..... *52*
Evolution de la population..... *53*
Répartition de la population par fokotany, sexe et classe d'âge..... *54*
Consommation de base des ménages selon les périodes *62*
Répartition des ménages enquêtés selon les sources d'énergie..... *66*

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE (Questionnaire par ménage)

IDENTIFICATION

Numéro: Village: Fokotany:

Sexe: Age: Situation matrimoniale:

Profession: Religion: Niveau d'instruction:

CARACTARISTIQUE DU MENAGE

Taille:

Numéro	Sexe	Age	Activité	Niveau d'instruction
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Habitat:

Nature su toit:

Nombre de Chambre:

Nature du parquet:

Utilisez-vous une latrine ?

Où cherchez-vous de l'eau ?

Alimentation en eau:

1 rivière

2 source

3 puis

Quel type d'éclairage utilisez-vous ?

Eclairage:

1 électricité

2 bougie

3 lampe à pétrole

Quel combustible utilisez-vous ?

Combustible:

1 charbon

2 bois de chauffe

3 pétrole

SANTE

Quelle est la maladie la plus fréquente chez vous?

Quelle est votre réaction face aux problèmes de santé

1 Se rendre au CSB

2 Consulter un Guérisseur

3 Acheter tout de suite des médicaments sans consulter un médecin

4 Utiliser des remèdes traditionnels sans consulter un guérisseur

Etes-vous satisfait de cette pratique?

Avez-vous des réserves de médicaments chez vous?

Où s'est effectué l'accouchement de vos enfants?

1 Martonne

2 CSB2

Utilisez-vous une méthode de contraception? Si OUI, quelle méthode ?

CONSOMMATION

Combien de repas mangez-vous chaque jour?

Matin

Midi

Soir

Que mangez-vous pendant les repas?

	Moisson	Soudure
Matin		
Midi		
Soir		

ECONOMIE

Pour l'Agriculture:

Quel produit cultivez-vous?

Quel est votre rendement annuel?

A quoi servent ces produits?

1 Rente

2 Consommation

Où les stockez-vous vos récoltes?

1 Dans la maison

2 Dans le grenier

3 Dans le silo communautaire

Pour autre activités:

Combien gagnez-vous en une journée, en moyenne?

Combien gagnent les autres membres de la famille?

RESUME

Nom : RAZAFIMANANTSOA

Prénom : Andrianarivo Mamitiana

Né le : 19 septembre 1981 à Fianarantsoa

Titre du mémoire : « ANTHROPOLOGIE DE LA SANTE. CAS DE LA COMMUNE RURALE DE SAHAMBAVY BETSILEO CENTRE »

Rubrique : ANTHROPOLOGIE DE LA SANTÉ

Nombre de pages : 104

Nombre de tableaux : 11

Nombre de cartes : 1

Nombre de figures : 6

Sous discipline récente de l'anthropologie, l'anthropologie de la santé porte une attention spécifique aux modalités de penser la maladie et de la soigner, c'est-à-dire aux conceptions populaires et professionnelles, aux causes des problèmes de santé, à la nature des traitements, aux thérapeutes qui appliquent ces traitements, aux processus par lesquels les individus recherchent de l'aide et aux institutions qui régissent l'espace socioculturel de la santé.

De l'analyse de la réalité observé dans le milieu rural malgache ressort que le recours d'un individu à une thérapie est un processus d'interactions où se mêlent le géographique, l'économique, le social et le culturel auxquels il faut ajouter l'appréciation d'un état morbide par le malade lui-même ou par son groupe d'appartenance.

Directeur de recherche : Guillaume RANAIVOARISON

Tirage : 7

Mots –clés : Anthropologie de la santé ; Logique et pratique de soin ; Education de la santé ; Mutuelle de la santé