

UNIVERSITE DE GENEVE – FACULTE DE MEDECINE

# **Aperçu du système de santé malgache et de la prise en charge de la femme**

---

Stage d'immersion en médecine communautaire

Mai-juin 2012

Céline Broquet - Sylvain Budry  
Abran Loïs Kouakou - Nicolas Meyer

## **Avant-propos**

La Faculté de médecine de l'Université de Genève nous offre la possibilité, en fin de troisième année de Bachelor, d'effectuer un stage d'immersion en médecine communautaire. Dans ce cadre, nous avons eu la chance de nous rendre à Madagascar pour découvrir d'autres réalités de soins. Nous avons choisi de présenter un aperçu du système de santé malgache et de la prise en charge de la femme.

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette immersion en communauté.

L'association Makalioka et sa présidente Mme Florine Alfred pour son organisation et ses recommandations.

Mme Vero et M. Michel pour leur accueil, leurs conseils et leur dévouement.

Axel, Daniel, Ludivine, Mickael et Enrico pour leur sympathie, les balades et leur serviabilité.

Merci aux Dr Botoson Randrianasolo et Marcel Rajerison respectivement médecins-inspecteurs d'Antanambao-Manampontsy et de Vatomandry, au personnel du dispensaire d'Antanambao-Manampontsy pour les nombreuses explications et leur patience, ainsi qu'au Dr Ratovoson Haja, médecin-chef du CHD II de Vatomandry pour sa disponibilité.

Un merci particulier à M. Félix qui, de longues heures durant, nous a servi d'interprète ainsi qu'au Dr Diavolana pour ses explications et ses précieux conseils.

Merci également aux patients rencontrés pour leur ouverture et leur confiance.

Nous souhaitons remercier les généreux donateurs d'habits et de médicaments qui nous ont permis de rendre plus concrète notre aide sur place, notamment les différents pharmaciens qui ont répondu à notre appel, la Pharmacie Populaire, la Clinique La Lignière, et les particuliers qui nous ont soutenus matériellement.

Merci à nos entourages pour leur précieux soutien financier et moral qu'ils ont su nous apporter tout au long de ce projet.

Enfin, un grand merci à l'Université de Genève pour l'opportunité proposée de découvrir de nouveaux horizons et surtout au Pr Chastonay et son équipe pour leur flexibilité et leur confiance accordée.

# Introduction

## Contexte du pays

### Géographie

Madagascar est située à l'ouest de l'océan Indien, séparée de l'Afrique par le canal du Mozambique. Entourée des Comores, de La Réunion, de l'île Maurice et des Seychelles, c'est la cinquième plus grande île de la planète : sa superficie est équivalente à celles de la France et de la Suisse réunies<sup>1</sup>.

« L'île-continent » trois fois plus haute que large<sup>2</sup>, s'étend sur une grande latitude ce qui, combiné aux différents reliefs que l'on y rencontre, offre une grande variété climatique. La côte Est présente un climat tropical et humide, la côte Ouest a un climat bien plus sec, le Sud est semi-désertique, alors que le Nord et l'intérieur des terres jouissent d'un climat subtropical bien tempéré. Il existe deux saisons à Madagascar : la saison chaude (saison des pluies) durant l'été austral et la saison fraîche (légèrement plus sèche). Du Nord au Sud, Madagascar est traversée par une large chaîne montagneuse : ces Hautes Terres<sup>3</sup> en plateaux représentent près de deux tiers de la superficie totale de « l'île Rouge<sup>4</sup> ». Le sous-sol malgache est extrêmement riche en charbon, bauxite, quartz, uranium, mais surtout en pierres précieuses et semi-précieuses.



Figure 1 - Paysage de l'Est malgache



Figure 2 - Un lémurien catta

Cette diversité climatique et l'isolement de l'île permettent à Madagascar d'avoir une faune et une flore uniques. En effet, 80 % des espèces animales présentes sont endémiques, les lémuriens (fig. 2) en sont l'exemple le plus connu. C'est également le cas pour la végétation : dans les dix dernières années, près de 400 nouvelles plantes ont été découvertes<sup>5</sup>. Les paysages vont de la brousse au désert, en passant par la savane, les montagnes et la jungle tropicale. Malheureusement, l'agriculture prend de plus en plus d'importance et avec les

<sup>1</sup> Madagascar a une superficie de 587 000 km<sup>2</sup>, la France métropolitaine (550 000 km<sup>2</sup>) et la Suisse (40 000 km<sup>2</sup>) réunies représentent environ 590 000 km<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> 500 km d'Est en Ouest contre 1 500 km du Nord au Sud. C'est un peu comme si la Suisse s'étendait jusqu'au Nord du Danemark.

<sup>3</sup> L'altitude varie entre 800 et 1 500 m, avec un pic maximum s'élevant à 2 876 m.

<sup>4</sup> Madagascar est ainsi surnommée en raison de la latérite (roche rouge, très riche en hydroxyde de fer et d'aluminium) qui colore son paysage.

<sup>5</sup> *De nouvelles espèces animales étonnantes découvertes à Madagascar* [en ligne], 8 juin 2011, [http://www.maxisciences.com/animal/de-nouvelles-especes-animales-etonnantes-decouvertes-a-madagascar\\_art15098.html](http://www.maxisciences.com/animal/de-nouvelles-especes-animales-etonnantes-decouvertes-a-madagascar_art15098.html) (consulté le 22 août 2012).

déforestations illégales, cette incroyable diversité est de plus en plus fragile<sup>6</sup>.

## Histoire

Peuplée dès le début de notre ère, l'île a vu sa population se diversifier avec les différentes vagues migratoires qui ont rythmé l'histoire du pays. D'origine indonésienne, les premiers habitants ont ainsi vu arriver, dès le milieu du premier millénaire, des Perses, des Indiens, des Africains, des Arabes, des Juifs voire, au milieu du second millénaire, des Européens (notamment des Portugais). C'est ainsi que se sont formées les différentes ethnies de l'île. On en décompte dix-huit<sup>7</sup>. Autrefois bien marquée, les différences et rivalités entre les ethnies tendent à s'estomper de nos jours, même si un fort sentiment d'appartenance se retrouve encore chez une partie de la population.

Après des siècles d'immigration, ce n'est qu'à la fin du XIX<sup>e</sup> qu'a véritablement commencé la colonisation. La France s'est alors emparée de Madagascar et y a mis en place de nombreuses infrastructures comme des centres de soins, des routes, des ponts et des voies de chemin de fer. Cependant, la population lassée d'être sous le joug français se révolte en 1947 et obtient l'indépendance en 1960.

Philibert Tsiranana est alors le premier président de la République Autonome Malgache. L'économie se développe et Madagascar devient un exemple dans tout l'océan Indien<sup>8</sup> avec ses exportations de riz, de café, de cacao, de pierres précieuses, d'or et de cobalt. Le président entretient de très bonnes relations avec la France, ce qui va lui attirer les foudres d'une partie de la population. Il démissionne donc et c'est le général Ramanantsoa qui accède au pouvoir en 1972. En 1975, son successeur désigné, le colonel Ratsimandrava, entre en fonction et est assassiné une semaine plus tard. C'est le Comité national de direction militaire qui prend alors la tête du pays. Ce comité est remplacé la même année par le Comité national de la révolution et son président Didier Ratsiraka. Le pays devient socialiste, adopte une nouvelle constitution et expulse du pays tout ce qui peut avoir un lien avec la France<sup>9</sup>. Mais l'économie du pays étant déplorable, le modèle socialiste est contraint de prendre fin au début des années 1990 : en 1993, Ratsiraka, au pouvoir depuis 18 ans, cède sa place à Albert Zafy. Au bout de 3 ans, Ratsiraka revient au pouvoir et parvient à redresser légèrement la croissance du pays. En 2001, c'est au tour de Marc Ravalomanana de prendre la présidence.



Figure 3 – Répartition des ethnies

<sup>6</sup> Un villageois d'Antanambao-Manampontsy nous a expliqué que la culture de riz s'étend de plus en plus autour du village et que la forêt s'en trouve bien réduite.

<sup>7</sup> Les Antaifasy, les Antaimoro, les Antaisaka, les Antakarana, les Antambahoaka, les Antandroy, les Antanosy, les Bara, les Betsileo, les Betsimisaraka, les Bezanozano, les Mahafaly, les Merina, les Sakalava, les Sihanaka, les Tanala, les Tsimihety et les Vezo.

<sup>8</sup> Ce qui lui vaudra d'être surnommée la « perle de l'océan Indien ».

<sup>9</sup> C'est durant cette période que le français va être supprimé de l'enseignement scolaire au profit du malgache.



Figure 4 - Portrait d'Andry Rajoelina tel qu'il apparaît dans tous les bâtiments d'état

Il sera chassé en 2009, après plusieurs années de crise politique et d'émeutes par un jeune disc-jockey de 35 ans et maire de la capitale : Andry Rajoelina (fig. 4). Soutenu par l'armée, ce dernier dissout l'assemblée nationale et y installe ses amis et ses proches. Il instaure le régime de la Transition. Cette transition était censée ne pas dépasser deux ans, mais les nouvelles élections sont constamment repoussées. L'histoire de la politique moderne de Madagascar est donc extrêmement mouvementée. En effet, depuis des décennies les politiques ayant un grand champ d'influence, notamment grâce aux médias qu'ils contrôlent, aux différents pouvoirs religieux<sup>10</sup> avec lesquels ils s'associent et à la corruption pourrissant le pays en profondeur, la nation subit de plein fouet les conséquences de ces batailles politiques : en gérant l'économie du pays, la classe politique a tendance à s'enrichir aux dépens de la population.

## Politique et population

Le pays est constitutionnellement organisé d'une manière semblable à la France : c'est une république semi-présidentielle multipartite. Le président est le chef de l'Etat, le premier ministre est le chef du gouvernement. Le pouvoir exécutif est aux mains du président et du gouvernement et le pouvoir législatif revient au parlement. Le parlement est constitué de deux assemblées : le sénat et l'assemblée nationale. Le pouvoir judiciaire est indépendant des deux autres pouvoirs. Autrefois découpée en six provinces, Madagascar est depuis 2007 subdivisée en vingt-deux régions (fig. 5), administrées par des préfets (fig. 6).

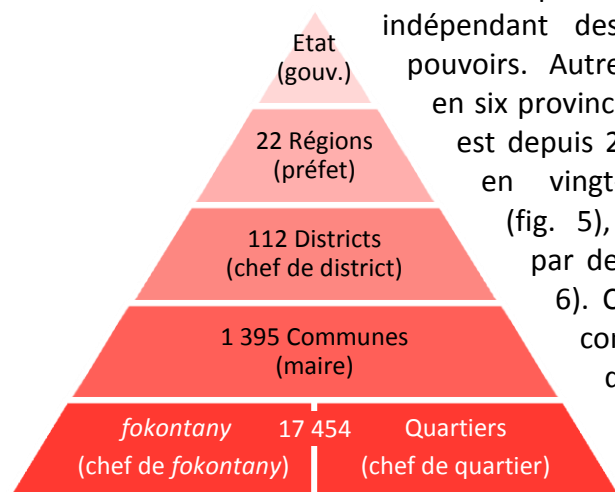


Figure 6 - Pyramide de l'administration territoriale l'Etat. Si en apparence l'Etat semble bien organisé, équitable et démocratique, la réalité en est tout autre...

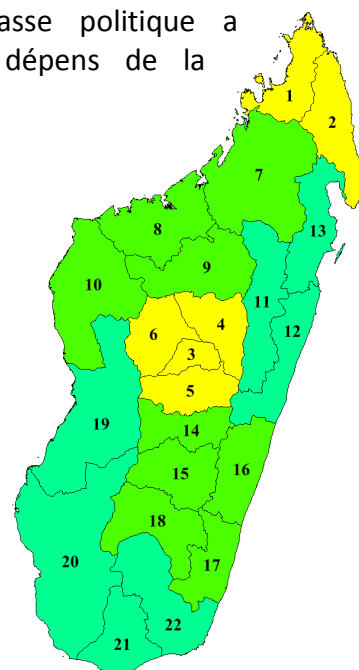


Figure 5 - Découpage en 22 régions

6). Ces régions regroupent 112 districts qui sont constituées de 1 395 communes, elles-mêmes divisées en 17 454 *fokontany* (villages). A chacun des échelons, des représentants de l'Etat (préfets, chefs de districts, maire de communes et chef de *fokontany*) sont placés et doivent rendre des comptes à

<sup>10</sup> Le pays est à majorité chrétienne.

En effet, avec la corruption généralisée à tous les échelons de la société et de l'administration du pays, le système judiciaire est totalement lié aux dirigeants et les opposants au régime sont souvent condamnés. Nous nous sommes bien rendu compte de cette corruption ambiante : trois heures après être arrivés sur place, il nous a fallu prendre la route avec nos bagages et nos quatre valises de médicaments à donner au dispensaire. La loi interdisant de mettre des bagages à l'intérieur d'un véhicule de passager, notre chauffeur nous a proposé de payer un policier pour qu'il nous fasse une autorisation spéciale. Etant donné que nous ne voulions pas laisser nos médicaments au soleil durant les quatre heures de trajet, nous avons accepté de payer (environ 4 CHF...). Culpabilisant au début de rentrer dans ce système corrompu, nous avons dû nous y faire puisque malheureusement c'est ainsi que cela fonctionne la plupart du temps. Malgré la nouvelle loi condamnant fermement la corruption et la vaste campagne de communication autour de ce sujet, cela mettra très longtemps avant que les choses puissent changer ; les pots-de-vin restant pour certains un des seuls moyens d'avoir suffisamment d'argent pour faire vivre leur famille.

L'interprétation de la démocratie par la classe politique est également très approximative. En effet, avec les guerres de clans politiques, le peuple n'a que moyennement son mot à dire. En 2009, Andry Rajoelina, alors leader de l'opposition, prend le pouvoir avec l'aide de l'armée. Il installe alors la Haute Autorité de Transition (HAT) : régime politique provisoire visant à couper avec le passé politiquement mouvementé du pays. Fraîchement autoproclamé président de la HAT, Andry Rajoelina dissout l'assemblée nationale constituée de députés élus par le peuple et y place ses proches. Nous avons eu l'occasion d'aller chez un de ces députés de la Transition et la différence de niveau de vie entre les hommes de pouvoir et le reste du peuple est assez saisissante.

La période durant laquelle nous nous sommes rendus à Madagascar (printemps 2012) a été marquée par des grèves généralisées. La quasi-totalité des écoles publiques de l'île étaient fermées. Les épreuves du baccalauréat de juin 2012 ont même dû être supprimées car le programme scolaire était loin d'être fini lorsque la grève a éclaté. Cette grève s'est malheureusement étendue au système médical. En effet, à partir de juin, les médecins et le personnel de soin sont entrés dans une grève<sup>11</sup>. Nous avons rencontré des patients qui ont dû marcher durant quatre heures pour venir au dispensaire car le médecin responsable du centre de soin de leur village s'était mis en grève.

Les responsables politiques se renvoient la balle en ce qui concerne la responsabilité des troubles que subit le pays. Un élément qui nous a permis de bien nous en rendre compte est un dessin humoristique (fig. 7) paru dans un journal connu pour ses affinités avec le gouvernement en place qui nous explique que si les élections promises depuis deux ans par la HAT ne sont toujours pas là, c'est à cause des grèves qui paralysent le pays. Ne connaissant pas



Figure 7 - Dessin humoristique

<sup>11</sup> Grève générale sans service minimum [en ligne], 6 juillet 2012, <http://www.madagascar-tribune.com/Grève-generale-sans-service,17641.html> (consulté le 22 août 2012).

suffisamment la politique malgache, il nous est difficile de prendre position pour l'un ou l'autre parti. Nous ne pouvons cependant que déplorer que ces troubles politiques se répercutent sur une population dans une situation déjà précaire en diminuant le peu d'accès aux soins et à l'éducation dont elle dispose.



Figure 8 – Groupe d'enfants à Ampasinambo

La population de vingt-deux millions de malgaches est très jeune : 43 % d'entre eux ont moins de 14 ans. L'âge médian est de 18 ans et 4 mois et l'espérance de vie ne s'élève qu'à 64 ans. Ils ne disposent que d'un médecin pour 6 200 habitants<sup>12</sup> et le budget global de la santé pour tout le pays s'élève à 1,24 milliard de dollars<sup>13</sup> (soit 6,2 % du PIB)<sup>14</sup>.

### Economie

Si l'économie malgache partait sur une bonne lancée au lendemain de l'Indépendance, avec notamment d'excellentes exportations, l'année

1975 qui voit le marxisme arriver au pouvoir marque une forte cassure dans la croissance du pays. Le peu d'échanges qui se font sont tournés vers le bloc soviétique. La fin du socialisme au début des années 1990 permet un balbutiement d'exportations, avec l'aide de la Banque Mondiale et du FMI. Cette aide place Madagascar dans une voie de croissance lente mais régulière, partant de très bas. L'agriculture, comprenant aussi la pêche, est un des piliers de cette nouvelle économie. On tente d'exporter de la viande de zébu en profitant de la crise de la vache folle, on exporte des crevettes et surtout de la vanille. A partir des années 2000, les grandes multinationales investissent Madagascar et exportent une grande partie des ressources du sous-sol : uranium (par Areva), nickel (par Arcelor), pétrole (Texaco), pierres précieuses, or, bauxite, cobalt. L'exportation agricole continue à prendre de l'ampleur (vanille, café, fruits de mer, sucre, coton). Cependant, avec les crises politiques successives, le tourisme peine à démarrer dans ce pays au paysage pourtant si beau. En 2011, Madagascar a exporté pour 1,4 milliard de dollars et importait pour 3,7 milliards de dollars. La majorité des importations sont des biens d'équipement et de consommation, de la nourriture et du pétrole. La France, qui ne représente plus que 13 % des importations malgaches, est passée à la seconde place des pays vendeurs, derrière la Chine et ses 17 %.

Afin de continuer à s'émanciper de la puissance coloniale, le franc malgache (FMG) disparaît officiellement au profit de l'Ariary<sup>15</sup> (1 Ar = 5 FMG). Cependant, le franc malgache continue d'être utilisé comme repère et les touristes doivent prendre garde et se renseigner en quelle monnaie les prix sont indiqués ! Depuis une décennie, la croissance malgache stagne autour de 0 %. En revanche, la dette externe du pays ne s'élève qu'à 2,5 milliards de dollars (environ

<sup>12</sup> A titre de comparaison, les Suisses disposent d'un médecin pour 245 habitants.

<sup>13</sup> Soit environ trente fois moins que le budget suisse dédié à la santé. Même si la comparaison est impossible, cela permet de se rendre compte de la situation précaire dans laquelle se trouve Madagascar du point de vue de la santé.

<sup>14</sup> Toutes les données chiffrées de ce paragraphe sont issues des données de la CIA : CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, « Madagascar » [en ligne], *The World Factbook*, 17 juillet 2012, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html> (consulté le 22 août 2012).

<sup>15</sup> 1 CHF correspond environ à 2 500 Ar (taux de change mois d'août 2012)

12 % du PIB)<sup>16</sup>. La population reste cependant très pauvre. Toute une économie parallèle est fortement implantée à Madagascar. Non déclarée, elle échappe à tout contrôle (et donc à toutes les taxes) de l'Etat.

Il est très dur de résumer Madagascar uniquement en quelques pages mais cette introduction nous permet d'explicitier le contexte malgache dans lequel nous sommes arrivés : un pays magnifique, plein de ressources mais malheureusement très ralenti par une instabilité politique.

---

<sup>16</sup> CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, « Madagascar » [en ligne], *The World Factbook*, 17 juillet 2012, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ma.html> (consulté le 22 août 2012).



## Contexte du stage

### Préparatifs

Etant depuis longtemps attirés par Madagascar, nous avons cherché une association susceptible de nous prendre en charge durant notre stage. C'est avec Makalioka que nous avons décidé de collaborer puisqu'elle correspondait le plus étroitement au type d'association que nous recherchions. En effet, c'est une association qui privilégie les actions de développement durable plutôt que les actions humanitaires traditionnelles. Les projets sont mis en œuvre et gérés par des Malgaches en utilisant les ressources du pays. Makalioka est impliquée dans diverses activités qui touchent notamment aux domaines de la santé, de l'éducation, de l'environnement et du social.



Figure 9 - Logo de l'association Makalioka

Une fois le contact établi, la présidente de l'association, Mme Florine Alfred, nous a fait parvenir un questionnaire<sup>17</sup> afin de mieux cerner nos attentes et motivations et de vérifier que nous étions disposés à vivre dans des conditions « difficiles ». Après avoir fourni divers documents administratifs<sup>18</sup>, nous nous sommes rendus à Marseille, au siège de Makalioka, pour une entrevue avec les responsables de l'association. En plus de donner l'occasion aux membres du groupe l'occasion de mieux se connaître, cette escapade d'une journée nous a permis de finaliser l'organisation de notre stage.

De notre côté, nous avons mené de front le reste des nombreux préparatifs. Entre les vaccins, le traitement antipaludéen, les trousse de secours, le matériel de brousse, les visas, les billets d'avion et le reste de la paperasserie nous étions déjà bien occupés. Sans oublier les fastidieuses collectes de médicaments, de matériel médical et d'habits que nous avons dirigées<sup>19</sup>. En effet, il nous semblait impensable d'arriver sur place les mains vides, alors que nous avons tant à disposition ici et qu'ils manquent de tout là-bas.



Figure 10 - Un petite partie du matériel que nous avons acheminé à Antanambao-Manampontsy

Lorsque la date du départ devint imminente, nos dernières journées (et nuits !) furent consacrées à l'emballage. Le « semi-remorque » d'habits qui ne pouvaient plus rentrer dans les bagages témoignait du succès de notre entreprise. La place disponible dans nos bagages fut allouée en priorité aux médicaments, denrées périssables et fragiles<sup>20</sup>. Nous préférons également voyager avec ceux-ci afin d'en assurer l'acheminement jusqu'aux centres de soins que nous visiterions. Dès lors, nous avons planifié d'envoyer à notre retour

<sup>17</sup> Voir annexe 1.

<sup>18</sup> Voir annexe 2.

<sup>19</sup> Voir annexes 3 et 4.

<sup>20</sup> Nous avons pu amener près de 100 kg de matériel médical et de médicaments.

les habits stockés dans nos domiciles à des contacts malgaches et des associations de confiance.

## Arrivée à Madagascar

Enfin, l'heure des adieux arriva et nous partîmes pour plus de 24 h de rails et d'avion avant d'être pris en charge à l'aéroport d'Antananarivo par une membre de Makalioka qui nous a guidés à travers une capitale immobilisée par des grèves et des manifestations témoignant de fortes tensions politiques. Pas mécontents de prendre le large, nous avons mis une demi-journée de taxi-brousse pour parcourir les 300 km<sup>21</sup> qui nous séparaient encore de Vatomandry, où nous avons enfin pu nous reposer.

## Vatomandry

Sur place, nous avons été accueillis par Mme Vero qui nous a hébergés et par le coordinateur Makalioka local, M. Louis (fig. 11), qui nous a courtoisement introduits aux autorités locales. Cette démarche étant incontournable à Madagascar, nous avons dû y consacrer deux jours avant de poursuivre notre route jusqu'en brousse.



Figure 11 - Sylvain, M. Louis, Céline et Nicolas

## Antanambao-Manampontsy, la brousse

Après cinq heures de piste accidentée, à douze dans un pick-up cinq places, nous sommes arrivés chez M. Michel, également membre de Makalioka, à Antanambao-Manampontsy, chef-lieu du district homonyme. Là encore, nous avons passé deux jours à saluer, dans le désordre, la maire et le chef de district ainsi que leurs adjoints respectifs, le député, le commandant de gendarmerie, le médecin-inspecteur et le personnel soignant du dispensaire. Selon le plan initialement prévu, cette destination constituait le point de chute de Céline et Loïs durant trois semaines, tandis que Nicolas et Sylvain auraient dû poursuivre jusqu'à Ifasina I, commune encore plus reculée, dont le maire n'est autre que M. Louis. Ce dernier nous a invités à nous installer provisoirement tous les quatre, le temps qu'il aille préparer l'arrivée des garçons dans le dispensaire de son village. N'ayant plus de nouvelles de lui durant trois semaines, c'est finalement à Antanambao-Manampontsy que nous avons tous quatre effectué la partie « dispensaire de brousse » de notre stage. Par la suite, nous avons appris que le centre de soin d'Ifasina I ne pouvait nous accueillir en raison de la grève de son personnel.



Figure 12 - Bâtiments du dispensaire d'Antanambao-Manampontsy

C'est ainsi que notre programme, malgré toute la préparation possible en amont, s'est vu drastiquement remanié par « l'organisation » locale dans laquelle la ponctualité et l'anticipation sont, comme on nous l'a expliqué, des notions peu précises. Nous nous sommes donc adaptés à ce rythme *mora-mora* – adage malgache largement répandu signifiant « doucement-doucement » – et avons revu notre façon d'aborder nos journées en

<sup>21</sup> Voir annexe 5.

les organisant au jour le jour, selon les opportunités.

Le but était de faire une immersion en brousse dans un pays défavorisé. Ne sachant pas ce que nous allions trouver sur place nous avions pour objectif d'identifier les politiques de santé et son organisation. A cela s'est ajouté le remplissage de questionnaires auprès de femmes dans le but de faire une enquête sur les croyances et pratiques relatives au cancer du col de l'utérus. C'est ainsi, qu'au cours du séjour, nos objectifs se sont précisés et il nous a paru intéressant de relier les deux problématiques en un: avoir aperçu du système de santé malgache et de la prise en charge de la femme.

### **Retour à Vatomandry**

Lorsque nous avons eu le sentiment d'avoir fait le tour du dispensaire d'Antanambao-Manampontsy, nous avons organisé nous-mêmes (au vu de l'abandon de M. Louis) notre retour à Vatomandry. M. Michel nous véhicula cahin-caha avec son pick-up, muni d'un unique rétroviseur (tenant au ruban adhésif), d'un essuie-glace manuel agité par une ficelle et dont la fuite de liquide de refroidissement nous obligea à nous arrêter toutes les vingt minutes pour refaire le plein ; le moteur ne se plaignant guère de l'eau verte – presque opaque – du fleuve Manampontsy. Bref, après quelques angoisses et sueurs froides, nous fûmes soulagés d'être de retour chez Mme Vero, d'autant plus que les conditions de vie y étaient notablement meilleures et que l'océan Indien commençait à nous manquer...

A Vatomandry nous avons eu la chance d'interroger le Docteur Ratovoson Haja du CHD II, qui nous a reçus à l'improviste et permis de faire un rapide tour du service de chirurgie et de jeter un œil à ses deux salles d'opération. Dans l'optique d'acquérir une vision plus large de Madagascar, nous avons visité le Centre d'Animation pour la Promotion de la Jeunesse (CAP-J), qui a comme vocation de soutenir les jeunes de la région dans leurs études, leur proposer des activités socioculturelles et de promouvoir le sport. Nous avons eu le plaisir d'y rencontrer des personnes engagées dans des projets d'éducation publique ayant pour but de pallier la grève des enseignants qui dure depuis de nombreux mois.

Nous avons eu l'occasion de poser quelques questions au Docteur Serge, médecin affilié à l'Homéopharma – que nous aborderons dans la partie dédiée aux structures visitées. Cet entretien nous a permis de mieux comprendre le rapport que les Malgaches entretiennent avec leur santé.

Une fois notre séjour à Vatomandry terminé, nous sommes tous ensemble allés à Mahambo, petite bourgade touristique au nord de Tamatave, afin de prendre quelques jours de repos dans des bungalows en bord de plage, de profiter du soleil, et de plancher (sans voile) sur la rédaction de ce présent rapport. Puis le moment de se séparer est arrivé, certains rentrant plus rapidement que d'autres. Nous nous sommes souhaité de bonnes vacances et donné rendez-vous sur sol genevois en fin d'été pour boucler cette aventure dépaysante et hors du commun.

# Le système de santé à Madagascar

## Organisation

### Hiérarchie

Le système de santé malgache est basé sur un modèle pyramidal (fig. 13). L'envergure des prestations des différents centres de santé est proportionnelle à celle de l'agglomération dans laquelle ils se trouvent. Ainsi, dans une grande ville, on pourra trouver un hôpital universitaire, ainsi que toutes les structures de moindre importance.

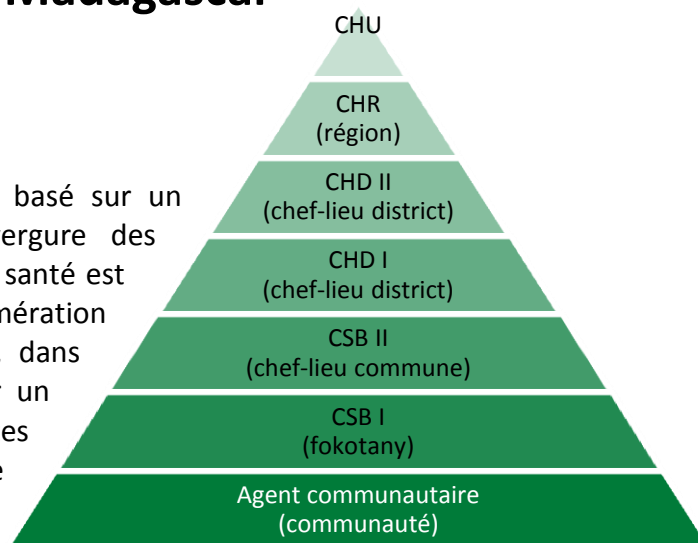


Figure 13 - Pyramide des structures de soins

A la base de cette pyramide, les agents communautaires, sorte de sentinelles du réseau de soins, orientent les patients vers les établissements adéquats. On peut les trouver jusque dans les villages les plus reculés. Ils jouent également un grand rôle dans la prévention, notamment dans celles du paludisme et du VIH/SIDA.

Dans les communes<sup>22</sup>, le centre de santé de base de niveau I (CSB I) ne dispose que de quelques lits et est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat<sup>23</sup>. Il consulte et peut délivrer une ordonnance avec laquelle le patient achètera des médicaments à la pharmacie du CSB I, tenue par un dispensateur. L'infirmier peut être secondé d'un ou deux « servants » qui remplissent à la fois les fonctions d'aides-soignants, d'assistants, d'infirmiers de garde, d'agents de nettoyage, de jardiniers – lorsqu'il n'y en a pas de prévu dans le budget du CSB I – et peuvent même mener des consultations lorsque l'infirmier est absent.

Les communes plus peuplées sont dotées quant à elles de CSB de niveau II. Ces centres sont sensiblement identiques aux CSB I, à la différence que c'est un médecin qui en est responsable. Ils possèdent de plus une plus grande capacité d'accueil, atteignant théoriquement une vingtaine de lits.

Dans les chefs-lieux de district de faible importance démographique se trouvent des centres hospitaliers de district de niveau I (CHD I), dirigés par un médecin-chef. Le CHD I, en plus de la quarantaine de lits qu'il propose, est doté d'une maternité, d'un laboratoire d'analyse, d'une pharmacie. La maternité est dirigée par une sage-femme, assistée d'une ou plusieurs servantes, voire d'accoucheuses traditionnelles – sages-femmes expérimentées mais sans formation. Quant au laboratoire et à la pharmacie, ils sont tenus, respectivement, par un laborantin et par une dispensatrice. En outre, on trouve régulièrement un dentiste qui dépend du CHD I. En fonction du budget de l'hôpital, une ambulance pourra servir à transporter le personnel, voire des patients qui doivent être acheminés d'urgence, à leurs frais, vers un plus grand centre.

<sup>22</sup> Pour l'organisation du territoire, voir figure 6 - Pyramide de l'administration territoriale.

<sup>23</sup> Pour la hiérarchie du personnel de soin, voir figure 14 – Hiérarchie du personnel dans le système de santé.

A l'instar des CSB II, les CHD II se trouvent dans les chefs-lieux de plus grande importance. Mis à part la capacité d'accueil encore accrue, la principale différence avec les CHD I est la présence d'un bloc opératoire, tenu par un ou plusieurs chirurgiens. On peut également y rencontrer quelques spécialistes tels que des ophtalmologues ou encore des radiologues, avec du matériel d'échographie et parfois même un scanner.

Parallèlement au CHD, le chef-lieu de district accueille les bureaux du médecin-inspecteur et de son personnel administratif, responsables de la gestion médicale du district. C'est à lui qu'incombe la responsabilité de mener des actions de prévention et de sensibilisation dans tout le territoire dont il a la charge. La pharmacie générale de district (PHA.G.DIS) dépend également du médecin-inspecteur qui gère les différents dépôts de médicaments présents dans la zone administrée. A la tête des différents médecins-inspecteurs d'une même région se trouve le directeur régional de la santé.

Dans les chefs-lieux de région se trouvent de grands hôpitaux, les CHR, centres hospitaliers de référence. Ces structures comportent de nombreux lits et de nombreux spécialistes y exercent. Dans les plus grandes villes du pays <sup>24</sup>, les centres hospitaliers universitaires (CHU), encore plus développés que les CHR, participent à la formation des étudiants.

Sur le plan national, la santé est administrée par le secrétariat général du Ministère de la Santé et du Planning Familial, sous la direction de son ministre, Alain Tehindrazanarivelo.

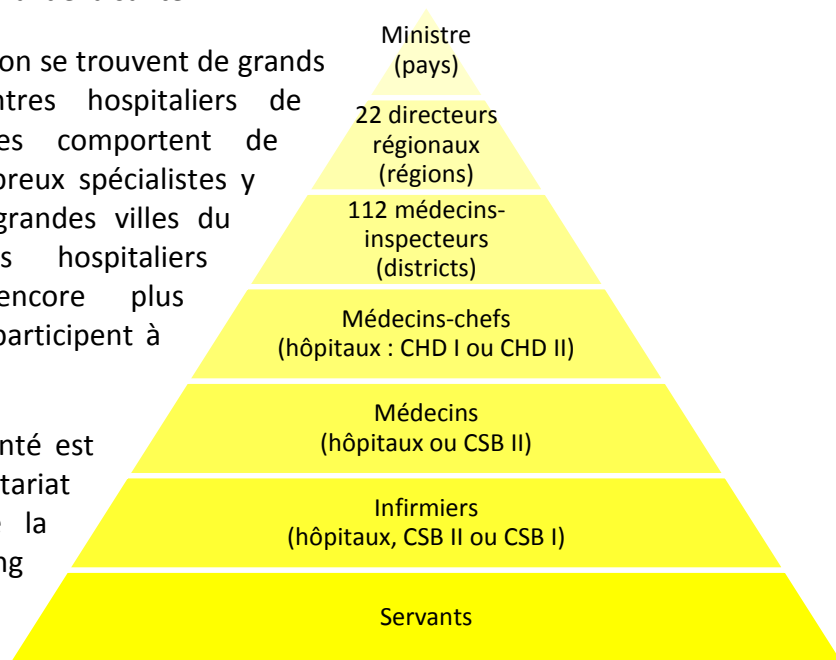


Figure 14 - Hiérarchie du personnel dans le système de santé

Malgré cette organisation qui, sur le papier, peut sembler être une mécanique bien huilée, la réalité est bien différente. En effet, le système de santé malgache est à l'image de son administration politique : paralysé. Le gouvernement n'ayant à sa disposition que de maigres moyens financiers, l'instabilité politique liée à la Transition n'arrange rien à la situation. La santé en pâti d'autant plus qu'elle est extrêmement politisée. En effet, les politiques souhaitant influencer sur un maximum d'électeurs exercent d'abord leur influence sur les agents de santé, idéalement placés au cœur des populations et dont la parole est respectée. Cette paralysie oblige les soignants à l'échelle locale à se débrouiller avec les faibles moyens dont ils disposent, tout en s'accommodant de la corruption ambiante.

Durant notre stage au dispensaire d'Antanambao-Manampontsy, nous avons pu nous rendre compte de ce flagrant manque de moyens en matière d'infrastructures. Le centre fusionnant un CSB II et un CHD I, on aurait dû y trouver une soixantaine de lits or l'ensemble de l'hôpital

<sup>24</sup> Notamment Diégo Suarez, Toamasina, Antananarivo, Majunga, Fianarantsoa, Toliara.

n'en possède que trois (fig. 15). En cas de nécessité, on peut toutefois y ajouter les quatre lits de la maternité (...), s'ils sont disponibles.

### Structures visitées

Ce dispensaire, dans lequel nous avons passé près d'un mois, est représentatif des difficultés financières que rencontre la quasi-totalité des centres de soins malgaches, particulièrement ceux situés en brousse, comme c'est le cas d'Antanambao-Manampontsy. De l'extérieur, il n'est pas immédiatement identifiable comme un établissement de santé. Une fois l'arche d'entrée très artisanale franchie, la cour intérieure du centre se révèle n'être qu'une étendue de terre poussiéreuse garnie de pierres et dont les ornières façonnées par les passages répétés de l'ambulance et des méfaits du temps accentuent l'impression d'abandon qui se dégage du lieu. Les infrastructures datant des années 1960 sont quant à elles vétustes, les peintures toutes décaties et l'ensemble ne bénéficie que de peu d'entretien. Serrés sur un étroit banc, les patients attendent leur tour, tandis que les enfants qui les accompagnent parfois jouent, quasiment nus sur le sol, à proximité de poules et de divers détritiques. De simples rideaux ajourés ont fonction de porte et ne fournissent ainsi qu'une maigre intimité aux patients.



Figure 15 - Les trois lits du dispensaire

Les infrastructures datant des années 1960 sont quant à elles vétustes, les peintures toutes décaties et l'ensemble ne bénéficie que de peu d'entretien. Serrés sur un étroit banc, les patients attendent leur tour, tandis que les enfants qui les accompagnent parfois jouent, quasiment nus sur le sol, à proximité de poules et de divers détritiques. De simples rideaux ajourés ont fonction de porte et ne fournissent ainsi qu'une maigre intimité aux patients.

A l'intérieur se trouvent deux salles de consultation dont l'équipement, rudimentaire, se compose d'un bureau, de quelques chaises, d'un lit d'examen et de quelques meubles de rangements. Au mur figurent divers listes et tableaux informatifs concernant les financements du centre, des guidelines pour les maladies les plus fréquemment rencontrées ainsi que des vieilles affiches de prévention. Sur le bureau reposent en particulier le registre des consultations, une collection de tampons et leur encrier ; et les tiroirs sont garnis d'antibiotiques et de tests rapides du paludisme.

Une salle de consultation gynécologique est également en fonction. Très similaire aux salles de consultations classiques, elle se démarque essentiellement par les affiches figurant aux murs spécifiques de pathologies liées à la grossesse (éclampsie, ...). C'est ici que se déroulent les entretiens du planning familial ainsi que les consultations prénatales. Accolée à cette pièce se trouve une salle d'accouchement très sommaire. En effet, cette dernière ne contient qu'un lit muni d'anciens étriers peu engageants, d'une banale table pour accueillir le nouveau-né et de quelques ustensiles. En retrait, une salle de repos munie de ses quatre lits est également à la disposition des patientes.

Enfin, un local de vaccination est également utilisé une matinée par semaine afin de contrôler la croissance des bébés et de leur administrer leurs doses de vaccins. Ces interventions ne durent que quelques minutes et c'est un véritable défilé de mères avec leurs enfants qui se déroule hebdomadairement dans le centre qui prend du coup des allures de garderie.

## Politique de santé

### Programmes mis en place

C'est le Ministère de la Santé Publique Malgache qui, en théorie, a la responsabilité de développer des projets pour promouvoir la santé à travers le pays. Cependant, il ne dispose que de très peu de moyens. Toutefois, même s'il n'arrive pas à fournir une assurance maladie digne de ce nom à la population<sup>25</sup>, le gouvernement met en place des financements pour rendre certains types de soins accessibles à tous.

### Gouvernement

Le Dr Botoson Randrianasolo, médecin-inspecteur du district d'Antanambao-Manampontsy, nous explique que le gouvernement, avec l'aide de certaines structures internationales<sup>26</sup>, permet que tous les dépistages et les soins liés au paludisme soient gratuits et accessibles à tous. Des kits de tests rapides ainsi que des médicaments adaptés à tous les âges sont disponibles dans tous les centres de soins de l'île.

Cependant, le gouvernement manque cruellement de moyens dédiés à la santé. En effet, le Dr Randrianasolo nous a fait part de son inquiétude par rapport à l'avenir des centres de santé du district qu'il administre. En effet, l'Etat n'a plus assez d'argent pour renouveler le personnel de soin et ne pourra donc pas remplacer les médecins et infirmiers qui prennent leur retraite.

### ONG et organisations internationales

Pour soulager un peu le système de santé, interviennent des organisations internationales qui vont pallier les déficits de l'Etat. Ces organisations vont soit renforcer le système de santé, soit proposer des campagnes de soins ciblées sur l'une ou l'autre pathologie.

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son « Madagascar Action Plan<sup>27</sup> » oriente les stratégies de soutiens au pays par des agents externes de la manière suivante :

- a) appui institutionnel au Ministère de la Santé et du Planning familial;
- b) appui à la mise en place de services de santé de qualité;
- c) appui aux programmes de réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles;
- d) renforcement des capacités de gestion des catastrophes;
- e) amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent;
- f) appui au développement et à la mise en œuvre de la stratégie de participation communautaire.

L'OMS recense près de 2 000 associations qui interviennent à Madagascar. Nous n'allons évidemment pas toutes les décrire, mais nous aborderons celles qui nous ont semblé les plus visibles tout au long de notre séjour et qui nous ont été expliquées par les médecins-inspecteurs que nous avons rencontrés.

---

<sup>25</sup> Il existe toutefois un système d'aide aux plus démunis dont nous parlerons plus tard dans ce rapport.

<sup>26</sup> Notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

<sup>27</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Madagascar – Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013* [en ligne], 2009, [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mdg\\_fr.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mdg_fr.pdf) (consulté le 22 août 2012).

### *GAVI Alliance*<sup>28</sup>

La GAVI Alliance est un partenariat entre des organisations publiques et privées dont l'objectif est de progresser en matière de vaccination. Il regroupe notamment l'UNICEF (pour l'aspect matériel), la Banque Mondiale (pour l'aspect financier), l'OMS (pour l'aspect technique) et bien d'autres associations. Le programme RSS-GAVI Madagascar (Renforcement du Système de Santé) a pour but, comme son nom l'indique, de renforcer les fragiles structures de santé malgaches. L'exemple concret qui nous a été permis de voir est celui du renforcement de personnel. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le gouvernement n'est pas en mesure de remplacer le personnel de soin. RSS-GAVI permet donc à 5 CSB sur 13 dans le district d'Antanambao-Manampontsy de rester en activité. Son aide est donc cruciale dans ce pays où l'accès aux soins est déjà très limité.

### *UNICEF*<sup>29</sup>

L'UNICEF, en plus de collaborer dans la GAVI Alliance, met un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant. Par exemple, dans le dispensaire de brousse que nous avons visité, des distributions de masses de vitamines et d'albendazole sont effectuées tous les six mois. L'UNICEF joue également un grand rôle dans l'accès à l'eau potable, dans la lutte contre le paludisme et contre le VIH/SIDA. Enfin, il va également mettre en place des plans d'urgence en cas de catastrophes naturelles, malheureusement fréquentes.



Figure 16 - Logo de l'UNICEF

### *UNFPA*<sup>30</sup>

Le Fonds des Nations Unies pour la population coopère avec le gouvernement malgache en matière de santé de la reproduction. Plus précisément, L'UNFPA rend tout le planning familial gratuit. Les consultations sont gratuites, la contraception est gratuite et le suivi des grossesses sans complications l'est aussi. Il va également jouer un grand rôle dans la prévention contre le VIH/SIDA.

### *Handicap International*<sup>31</sup>

Handicap International est également très présent à Madagascar. Une de ses principales actions que nous avons pu constater dans les districts dans lesquels nous nous sommes rendus est la prévention des incapacités dues à la filariose lymphatique, maladie parasitaire transmise par les moustiques et qui peut amener à un éléphantiasis.

---

<sup>28</sup> GAVI ALLIANCE, *GAVI Alliance Health System Strengthening (HSS) – Applications of MADAGASCAR* [en ligne], mars 2007, [http://fr.gavialliance.org/resources/Madagascar\\_HSS\\_Proposal\\_French\\_April\\_07.pdf](http://fr.gavialliance.org/resources/Madagascar_HSS_Proposal_French_April_07.pdf) (consulté le 22 août 2012).

<sup>29</sup> UNICEF, *Afrique de l'Est et Australe – Madagascar* [en ligne], [http://www.unicef.org/french/hac2012/hac\\_madagascar.php](http://www.unicef.org/french/hac2012/hac_madagascar.php) (consulté le 22 août 2012).

<sup>30</sup> UNFPA, *Le sixième programme initialement prévu pour la période de 2008-2011, étendu pour deux ans (2012-2013)* [en ligne], <http://madagascar.unfpa.org/programme.html> (consulté le 22 août 2012).

<sup>31</sup> HANDICAP INTERNATIONAL, *Madagascar* [en ligne], <http://www.handicap-international.fr/je-minforme/dans-le-monde/61-pays-d'intervention/programmes/madagascar/actions/index.html?cHash=55e0d8229b> (consulté le 22 août 2012).



PSI<sup>32</sup>

L'ONG Population Services International joue un très grand rôle dans la prévention du VIH/SIDA depuis dix ans à Madagascar. Le but de son action est de diminuer les coûts de la santé pour les gens vulnérable. PSI fait des enquêtes et des recensements, du porte à porte dans le cadre de la prévention du paludisme pour évaluer les besoins en moustiquaires imprégnées. Cette ONG fait également de la sensibilisation auprès d'agents communautaires (recrutés ou formés par PSI ou par d'autres associations). Ils emploient une technique de marketing social : ils enquêtent sur les coûts que peuvent supporter les gens puis discutent avec des bailleurs de fonds (comme l'UNICEF, le Fond mondial ou encore USAID) pour l'achat des produit dans le but de les délivrer à la population au prix le plus bas possible. Un représentant PSI que nous avons rencontré nous a expliqué que le problème de la gratuité des préservatifs est que les gens ne connaissent pas la valeur du produit. Ils ne comprennent pas forcément son utilité non plus. Cela donne lieu à du pillage de ressource. Par exemple, des préservatifs périmés depuis 5 ans restent dans les dispensaires. Les gens ne l'utilisent pas ou mal. A l'inverse, lorsqu'il est délivré à des points de vente, les stocks s'écoulent mieux. Enfin, PSI collabore avec USAID et l'UNICEF dans la distribution de la très répandue « Sûr' Eau », une solution d'hypochlorite de sodium permettant de purifier l'eau.

### *Autres aides externes*

#### Etats-Unis

A travers leur Agence pour le développement international (USAID), les Américains sont très présents dans le soutien à Madagascar. Le champ d'action d'USAID est le même que celui de l'UNICEF mais les Américains disposent d'un budget près de deux fois plus important<sup>33</sup>.

#### Chine

De plus en plus, la Chine, implantée depuis des années dans le commerce malgache, soutient le pays en matière de santé. En 2009, la Chine envoyait ses médecins, dans le cadre d'une coopération avec le gouvernement malgache, dans quatre villes : Mahitsy, Ambovombe, Sambava et Vatomandry<sup>34</sup>. Nous avons eu l'opportunité de visiter ce dernier dispensaire, et au dire du médecin-chef, la présence des Chinois est plus qu'appréciable pour l'hôpital ainsi que pour toute la région. En effet, ce sont ces médecins qui font tourner le bloc opératoire, le seul de trois districts aux alentours.

## **Formations**

Dans le but de mieux saisir comment fonctionne le système de santé malgache, nous avons voulu savoir dans quelles conditions le personnel de soin était formé. Nous avons donc interrogé les soignants du CHD de Antanambao-Manampontsy.

### **Médecins**

A Madagascar, les études de médecine durent 8 ans. L'entrée en 1<sup>re</sup> année se fait sur dossier. Le quota de sélection est assez semblable à celui que nous retrouvons en Suisse. Au

---

<sup>32</sup> Psi, *Madagascar* [en ligne], <http://www.psi.org/madagascar> (consulté le 22 août 2012).

<sup>33</sup> En 2009, les quatre aides les plus importantes en termes de budget étaient la Banque Mondiale (69 700 000 \$), suivie de l'USAID (55 200 000 \$), de l'UNICEF (28 000 000 \$) et de l'Agence française pour le Développement (20 000 000 \$).

<sup>34</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Madagascar – Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013* [en ligne], 2009, [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/ccs\\_mdg\\_fr.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mdg_fr.pdf) (consulté le 22 août 2012).

bout des 8 ans, on devient généraliste. A partir de la 6<sup>e</sup> année, on peut tenter un concours pour permettre d'entrer en spécialisation. Le coût de ces études revient environ à 25 000 Ar par année, et sera plus élevé si l'on est étranger (il y a généralement quelques étudiants venant des Comores et du Cameroun). Si l'on a réussi le concours d'entrée en spécialisation, on a la chance d'obtenir une bourse pour partir étudier durant un an à l'étranger (à Strasbourg ou à La Réunion par exemple).

Aux dires des médecins, les diplômes de médecine sont souvent contrefaits et il n'est malheureusement pas rare qu'au bout des trois ans d'études d'infirmier on achète un diplôme de médecine afin d'augmenter son statut social et son salaire.

Après avoir terminé les études et les stages dans les CHU, les médecins vont travailler dans les centres de santé : le plus souvent des CSB II ou des CHD. Tous les six ans, les médecins sont évalués sur la mise en place de programme de santé publique. Si les projets se sont bien développés et portent des fruits (notamment en matière de vaccination, de prévention en tout genre et d'accouchements effectués en majorité au dispensaire), le médecin peut être promu au rang de médecin-inspecteur et va administrer toute la santé d'un district et y mettre en place des actions de santé publique.

### ***Dentistes***

La structure de la formation des dentistes est assez similaire à celle des médecins, à la différence que les études ne durent que 6 ans. A noter que chaque année, il n'y a qu'une soixantaine de dentistes qui sont formés pour les 22 millions d'habitants...

### ***Sages-femmes***

Les sages-femmes suivent 3 ans de formation. Il y a six centres de formation, une dans chacune des ex-provinces : Diégo Suarez, Toamasina, Antananarivo, Majunga, Fianarantsoa et Toliara. Ce sont de prestigieuses écoles. Parallèlement à cette formation de base. Elles effectuent des stages dans des centres de soin.

### ***Infirmier***

Les études d'infirmier durent 3 ans au cours desquels on effectue une grande quantité de stages. Les infirmiers sont aussi formés à suivre des guidelines médicaux puisque dans bien des cas, ils sont la seule ressource de santé à des dizaines de kilomètres à la ronde...

### ***Servants, dispensateurs et accoucheuses traditionnelles***

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le terme de servant n'est absolument pas péjoratif. C'est en quelques sortes l'équivalent d'aide-soignant-technicien-de-surface-infirmier-de-remplacement-jardinier. C'est donc un homme à tout faire. Ils n'ont pas de formation particulière et s'instruisent sur le tas.

Il en est de même pour les dispensateurs, entendez « ceux qui dispensent les médicaments ». Ce sont les équivalents de nos préparateurs en pharmacie. En revanche, les pharmaciens (relativement rares) suivent quant à eux des études universitaires au même titre que les médecins et les dentistes.

Enfin, les accoucheuses traditionnelles sont aussi formées sur le tas. Malheureusement, leur savoir-faire est assez aléatoire... Dans certains villages, malgré la prévention mise en place par les médecins-inspecteurs de venir accoucher en dispensaire, certaines accoucheuses continuent à accoucher les femmes avec des méthodes peu recommandées et le taux de

mortalité périnatale est plus élevée dans ces villages. En revanche, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer une qui assistait la sage-femme à la maternité d'Antanambao-Manampontsy. Cette femme fait cela bénévolement depuis 1959 ! Cela fait donc 53 ans qu'elle fait des accouchements. Elle nous explique faire entre 15 et 20 accouchements par mois. Nous pouvons donc supposer qu'elle a atteint les 10 000 accouchements. Très engagée, elle suit régulièrement des formations continues dispensées par la sage-femme.

### **Salaires**

Les salaires du personnel de soin vont varier en fonction du poste qu'il occupe. En effet, le salaire d'un médecin-inspecteur s'élève à 750 000 Ar (300 CHF), celui d'un médecin-chef de CHD à 650 000 Ar (260 CHF) et un dentiste touchera environ 400 000 Ar (160 CHF). En revanche, un médecin qui est employé par une ONG, par exemple pour pallier le manque de personnel, touchera près de 800 000 Ar (320 CHF). A titre de comparaison, le salaire mensuel moyen s'élève à environ 100 000 Ar (40 CHF).

## Accès aux soins

« Etre en mesure de jouir de l'état de santé le meilleur est un droit fondamental de chaque être humain sans distinction de race, de religion, d'opinions politiques ou de conditions sociales et économiques » déclare l'OMS dans sa Constitution de 1946.

## Craintes du patient

Qui que l'on soit, accepter sa maladie n'est pas chose aisée. Madagascar ne fait pas exception à la règle et nous avons pu observer à plusieurs occasions des patients tardivement sortis du déni alors que leurs affections étaient déjà bien avancées. Par exemple, des personnes toussant et crachant depuis plus d'un mois, clairement atteintes par la tuberculose, arrivaient en consultation dans le but de soigner « leur grippe<sup>35</sup> ». De plus, envisager de recourir au médecin ne se fait la plupart du temps qu'une fois que les remèdes traditionnels, les plantes médicinales et les sorciers se sont révélés impuissants. Ainsi, les patients attendront le plus longtemps possible en espérant que le problème passera tout seul, souvent même jusqu'à tel point que leur état de santé ne leur permette plus d'accomplir leurs activités quotidiennes ou leur travail.

Rendre visite au médecin est également une source d'angoisse ayant pour origine des légendes plus ou moins répandues prêtant à ce dernier des mauvaises mœurs et des velléités de voleurs et trafiquants d'organes. Les patients sont donc logiquement dans une relation méfiante avec leurs soignants, ne favorisant pas la compliance et le suivi médical. Le contact inquiétant avec un médecin qu'implique un état maladif constitue une autre barrière érigée entre le système de santé malgache et la population qui n'y recourt qu'en cas de nécessité absolue.

En marge des réticences susmentionnées, les patients doivent s'armer de courage et de patience pour recouvrer la santé. Premièrement, il leur faut demander conseil auprès des agents de santé de leur communauté. N'ayant pas de matériel à disposition, ces derniers se fient à leur expérience et à leurs quelques connaissances. En sus de ces tâches de sensibilisation et de prévention, ils tiennent un rôle de trieurs permettant d'orienter chacun vers la structure de santé correspondant à ses besoins. Cependant, tel centre n'a pas toujours les équipements nécessaires ou un personnel suffisamment formé pour répondre aux plaintes des patients. Dans ce cas, ils seront priés de se rendre, à leurs frais, dans des structures de plus grande envergure.

Lorsque les patients se trouvent enfin face à un médecin, des barrières - culturelles celles-ci - persistent lorsqu'un examen physique est nécessaire. La plupart du temps, les malades refusent de se montrer. Du coup, identifier le réel problème et préciser le diagnostic est délicat. D'autant plus que les praticiens ne reçoivent en général que des informations tronquées ou peu précises. A quoi est due cette timidité ? Est-ce que les patients ne comprennent pas l'importance de partager leurs symptômes ? Bâtir une relation de confiance n'est peut-être pas la priorité des médecins, submergés par toute la misère à laquelle ils sont confrontés. Nous avons également pu constater que les informations données aux patients variaient beaucoup selon le soignant disponible (sage-femme, médecin, accoucheuse traditionnelle, infirmier, servante).

---

<sup>35</sup> Voir consultation 5, annexe 6.

## Fonds d'équité

Afin d'offrir un minimum de soins aux plus démunis, il existe un fonds d'équité géré au niveau communal par les dispensaires. Le CHD I que nous avons visité dispose d'un fonds de roulement d'environ 1 000 000 Ar qui provient essentiellement de la vente de médicaments (2 % des recettes sont réinjectés dans le fonds d'équité) et de budgets gouvernementaux. Normalement, les médicaments sont vendus aux patients, mais lorsque qu'ils n'ont pas les moyens de payer, il est possible de les donner gratuitement. Néanmoins, les nécessiteux rechignent à demander l'aide de ce fonds car ils doivent s'inscrire sur un registre public des personnes les plus pauvres de la commune et cela leur pose des problèmes légitimes de fierté et de stigmatisation. Ce système de service social fonctionne plus ou moins bien, grâce aux faibles revenus que la vente des médicaments amène, ainsi que par le don extérieur de médicaments qui leur procure un stock de roulement appréciable. A noter que dès la septantaine atteinte, les Malgaches bénéficient automatiquement du fonds d'équité.

## Assurance

De manière similaire, on trouve une structure d'assurance mutuelle principalement destinée aux femmes et à deux de ses enfants jusqu'à leur 15 ans. C'est un programme national dont la gestion est confiée aux districts. Facultative et accessible à toutes et tous, elle réclame néanmoins une cotisation de 2 000 Ar qui pose des problèmes de financements aux assurés, malgré son faible montant. En comparaison, une consultation classique avec prescription de médicaments coûte habituellement aux patients environ 3 000 Ar. Après pesée des intérêts, une très large majorité des patients préfère prendre le risque de devoir faire face à des dépenses de consultation plutôt que d'avancer de l'argent pour une couverture dont ils n'auront peut-être pas besoin. En fin de compte, moins de 10% des personnes rencontrées en consultation avaient choisi de s'assurer.

Petit bémol, le bon fonctionnement de cette mutuelle est à la limite de la viabilité avec des primes aussi basses, à tel point que certains districts l'ont purement et simplement supprimée par manque de financement. Le casse-tête est complexe car des cotisations plus importantes provoqueraient une fuite massive des assurés. A Antanambao-Manampontsy, la situation est rentable, mais elle est périodiquement réévaluée et reconduite qu'en cas de fonds suffisants.

## Enclavement

L'accès déjà difficile aux soins est encore aggravé par l'enclavement des villages reculés qui disposent de très peu de moyens de locomotion, souvent sur des pistes en piteux état. Une évaluation de l'OMS nous apprend que plus d'un tiers des localités rurales sont à plus de 10 kilomètres du centre de santé le plus proche<sup>36</sup>. Ainsi, de larges zones peu peuplées sont mal couvertes et les équipes médicales mobiles sont rares, chères et dépendantes des voies d'accès. Par exemple, Le CHD de Antanambao-Manampontsy dispose d'une ambulance, mais le carburant restant à la charge du patient limite grandement son utilisation. A noter que le litre d'essence s'achète presque au même prix que chez nous malgré leur pouvoir d'achat nettement inférieur au nôtre. De plus, le manque d'entretien des pistes et la saison des pluies limitent également son utilisation.

---

<sup>36</sup> ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Profil du système de santé à Madagascar* [En ligne], [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int), (consulté le 22 août 2012).

## **Coût de la santé et pauvreté**

Le manque à gagner que provoque l'absence des personnes malades dans les villages, ainsi que la dépense potentielle en médicaments que risque d'engendrer une visite médicale sont également des facteurs dissuasifs pour le patient. En effet, les travaux aux champs en période de récolte ou la construction de nouvelles maisons demandent l'aide de toutes les mains disponibles. Les implications financières constituent donc un obstacle majeur à « l'égalité face à la santé ». Les systèmes d'assurances mis en place sont insuffisants, les frais de transport sont inabordables pour les plus démunis et les soins pris en charge par les gouvernements ne couvrent de loin pas tous les besoins. Par exemple les frais dentaires non remboursés ont des graves conséquences : en brousse, une grande partie de la population adulte est totalement édentée.

Pour conclure, la situation que nous avons pu observer à Madagascar durant ces quelques semaines semblait inextricable tant les blocages étaient omniprésents. En raison de la pauvreté qui oblige les populations à vivre au jour le jour et le gouvernement qui a visiblement d'autres préoccupations peu altruistes, le système se délabre petit à petit. Or, il est assez frustrant de savoir que le pays regorge de ressources. Par exemple, son sous-sol est riche de minerais précieux mais inaccessibles sans gros investissement. Sa diversité végétale est extrêmement vaste, ce qui intéresse bon nombre de laboratoires pharmaceutiques, mais les infrastructures de transports délabrées, la situation politique en crise et la corruption sous-jacente modèrent logiquement leur enthousiasme. Idem pour le tourisme qui se développerait sans peine dans de ces extraordinaires paysages dotés d'une faune unique, si le gouvernement daignait créer une dynamique allant dans ce sens et apaiser les tensions ambiantes.

Pourtant, la lutte contre la pauvreté est le but ultime des objectifs du millénaire de l'Organisation Mondiale de la Santé. C'est au début des années 2 000 que la rédaction et l'adoption de ces objectifs par Madagascar ont forcé le gouvernement à s'engager dans une politique de santé favorisant la femme et l'enfant. Cet effort de grande ampleur a fait du système de santé malgache ce qu'il est à l'heure actuelle, doté d'une politique concentrée autour des maladies infectieuses les plus fréquentes et les problématiques concernant la maternité. Nous allons donc à présent aborder plus précisément la santé maternelle et infantile.

# La santé des femmes à Madagascar

## Place de la femme (société, famille, maltraitance)

Les données sociodémographiques de genre à Madagascar sont peu nombreuses et la situation politique, depuis 2009, ne favorise pas la constitution de données récentes. Néanmoins, un plan d'action national genre et développement (PANAGED) a été mis en place pour 5 ans (2004-2008) et a encouragé la recherche et la mobilisation dans ce domaine. Dans la lignée des objectifs du millénaire pour le développement, ce plan d'action constitue la contribution du pays signataire pour la reconnaissance de l'importance de « l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes » pour vaincre « la faim, la pauvreté et la maladie<sup>37</sup> ». Il est parti du constat qu'au début des années 2000, les femmes malgaches constituent la moitié de la population nationale mais sont pourtant moins reconnues sur le plan politique et juridique, moins scolarisées et alphabétisées, abandonnent plus vite l'école, ont un salaire plus faible que les hommes et une plus forte pénibilité de vie en raison des divers travaux domestiques qu'elles doivent accomplir en plus de leurs travaux pour subsister<sup>38</sup>. Cet ensemble de constats montre aisément leur vulnérabilité et leur précarité sociale et économique.

Les femmes subissent les effets des pesanteurs socioculturelles et des préjugés sexistes qui entravent le plus souvent leur contribution au développement ; elles sont les premières victimes des crises et des mesures de redressement et d'ajustement ; elles ont difficilement accès aux facteurs de production et aux ressources du développement pour pouvoir réaliser pleinement leur potentiel ; elles sont peu nombreuses dans les instances supérieures de planification, de direction et de décision et elles sont le plus souvent en marge des circuits de l'économie productive. En résumé, les besoins et intérêts stratégiques des femmes malgaches ne sont pas toujours pris en compte dans la planification et la mise en œuvre des actions de développement et d'une manière générale, elles ne bénéficient pas de manière équitable des opportunités du développement et des fruits de la croissance<sup>39</sup>.

Le PANAGED a ciblé deux approches : « l'amélioration de l'efficacité économique des femmes » et « l'amélioration de la condition juridique et sociale des femmes ». Il marque une volonté de l'Etat de prendre en compte la condition des femmes de manière transversale dans les problèmes liés au développement. Cependant, compte tenu de la situation politique et économique actuelle du pays, et de la crise internationale, il y a de fortes chances que les chiffres ne soient pas tellement meilleurs et que les femmes souffrent d'autant plus de pauvreté, de manque d'éducation et de sous-représentation dans les secteurs clés de l'économie malgache. De plus, d'après le Rapport sur la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, élaboré en octobre 2008, la législation malgache comporte des textes discriminant à l'égard des femmes : l'homme est le chef de la famille et le tuteur légal des enfants et la femme ne peut obtenir une copie du

---

<sup>37</sup> Organisation des Nations Unies, *Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes* [en ligne], <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/gender.shtml> (consulté le 9 août 2012).

<sup>38</sup> REPUBLIQUE DE MADAGASCAR, *Plan d'Action National Genre et Développement – Madagascar*, Antananarivo, octobre 2003, p.8, 18.

<sup>39</sup> REPUBLIQUE DE MADAGASCAR, *Plan d'Action National Genre et Développement – Madagascar*, Antananarivo, octobre 2003, p.10.

livret de mariage qu'en cas de divorce, l'âge légal du mariage d'une fille est de 14 ans contre 17 pour un homme, une femme mariée à un étranger ne pourra pas transmettre la nationalité à ses enfants alors qu'un homme le pourra. « Ces dispositions reflètent la conviction d'une certaine primauté du mari sur l'épouse – ou tout simplement de l'homme sur la femme<sup>40</sup> ». Selon ce même rapport, la tradition malgache prévoit que lors d'une dissolution de mariage, la femme ne recevra que le tiers des biens matrimoniaux tandis que la loi prévoit un partage équitable. Bon nombre de femmes ignorant leurs droits ne verront pas cette loi s'appliquer. Dans le même ordre d'idées « dans de nombreuses régions de Madagascar, les us et coutumes n'accordent pas aux femmes le droit d'hériter de leurs parents, surtout en matière foncière<sup>41</sup> ».

Nous assistons à une ambivalence entre le désir de supporter les femmes dans leurs besoins, leurs droits fondamentaux, et une représentation traditionnelle de leur rôle au sein de la famille. Pour illustrer nos propos, une étude réalisée en 2007 dans 12 écoles primaires privées et publiques situées dans des circonscriptions différentes montre que les stéréotypes de genre, sont transmis par les enseignants eux-mêmes. Ce phénomène peut expliquer le choix des filles pour certaines filières plus littéraires, moins techniques et moins rémunérées. Il peut aussi pousser les filles à accorder moins d'importance à l'école qu'au mariage. Enfin, il peut aller jusqu'à pousser très tôt les garçons à avoir des attitudes discriminantes à l'égard des filles dans les cours de récréation<sup>42</sup>.

Au cours de notre stage, nous avons pu percevoir cette ambivalence. A notre plus grande surprise, le maire de la commune d'Antanambao-Manampontsy, chef-lieu de district, était une femme. De même, nous avons deux femmes sur trois médecins au dispensaire (la responsable CHD-I et la responsable CSB-II). Le corps enseignant pour le primaire et le collège était très féminisé, sans parler de la journaliste et la chroniqueuse à la radio locale. Les prestations de soins étaient également focalisées sur les problématiques des femmes et leurs enfants : gestion de la procréation au planning familial, suivi de grossesse et accouchement, les plans de vaccination pour femmes enceintes ou nourrissons, etc. Le fait d'avoir autant de services pour les femmes peut être vu comme un avantage ou comme un inconvénient : est-ce parce que la politique de santé reconnaît leur statut ou sont-elles plus vulnérables donc plus consommatrices de soins ? Les deux points de vue coexistent.

A l'inverse, nous avons pu être spectateur du manque d'autonomie des femmes dans leurs vies de famille, notamment face à leurs maris. Cet aspect de leur condition sera abordé plus tard dans ce rapport car nous l'avons identifié comme étant une barrière à la démarche de soins.

Pour clore ce chapitre sur la condition des femmes malgaches, nous souhaitons ajouter les quelques témoignages pris dans la région de Manampontsy. Il nous a été rapporté que les gens, étant très respectueux des anciens, ont une considération particulière pour les

---

<sup>40</sup> *La Violence contre les Femmes à Madagascar* [en ligne], [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/OMCT\\_fr\\_Madagascar42.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/OMCT_fr_Madagascar42.pdf) (consulté le 3 août 2012).

<sup>41</sup> *La Violence contre les Femmes à Madagascar* [en ligne], [http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/OMCT\\_fr\\_Madagascar42.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/docs/ngos/OMCT_fr_Madagascar42.pdf) (consulté le 3 août 2012).

<sup>42</sup> Genre et scolarisation à Madagascar [en ligne], <http://questionsvives.revues.org/710> (consulté le 14 août 2012).



femmes âgées. Elles sont particulièrement écoutées par les femmes plus jeunes qui peuvent bénéficier de leur expérience. Lors de nos interrogatoires auprès des femmes au sujet de leurs connaissances sur le cancer du col de l'utérus, il nous a par exemple été conseillé par le traducteur de ne pas exclure les femmes inéligibles de plus de 60 ans de sorte qu'elles puissent bénéficier des explications que nous donnions et les transmettre aux plus jeunes. Au sujet de la violence conjugale, les rares prises en charge à l'hôpital sont principalement dues à l'alcool. Aucune statistique n'a été effectuée à ce jour car le sujet reste tabou. En ce qui concerne le viol, il y a eu 5 consultations en 7 mois avant notre arrivée en mai. Il s'agissait de petites filles de moins de 13 ans. Enfin, les prostituées, par honte, ne déclarent jamais ouvertement leur statut. Il reste donc très difficile de leur proposer une aide, des soins ou des conseils appropriés.

## **Politique de santé et familiale, la réduction des naissances comme outil de lutte contre la pauvreté**

La politique de santé menée à Madagascar de 2005 à 2010 s'inspire des Objectifs du Millénaire pour le Développement et d'un Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) national. Tous deux placent la santé de la mère et de l'enfant au centre de la lutte contre la pauvreté. Lors de notre stage, le planning familial nous a semblé être un bon exemple de cet effort fait envers les populations vulnérables que sont les femmes et les enfants. Dès nos premiers jours, nous avons remarqué une affiche de prévention mettant en scène une famille heureuse composée d'un couple et de ses deux enfants, tous les quatre en bonne santé, à côté d'une famille nombreuse maigre et mal en point, qui se disputait. Cette manière imagée de montrer la réduction des naissances comme un vecteur de bien-être et un outil de lutte contre la pauvreté nous a interpellés. D'autant plus que dans la région rurale où nous nous trouvons, les femmes que nous rencontrons souhaitent avoir beaucoup d'enfants. Ce paradoxe nous a conduits à mener la réflexion qui suit.

Quel est le lien entre pauvreté, famille nombreuse et santé ? Selon une perspective socio-économique, une famille nombreuse implique tout simplement « plus de bouches à nourrir ». Cela implique d'avoir les ressources nécessaires pour faire subsister chacun des membres de la famille. Nous savons également que le nombre d'enfants fait augmenter l'investissement du ménage pour l'éducation. A Madagascar, bien que l'école publique soit gratuite jusqu'en terminale, les fournitures restent chères pour une famille pauvre. Nous souhaitons rappeler ici que taux de pauvreté (la population pauvre en fonction du seuil de pauvreté) à Madagascar est de 68,7 % en 2005<sup>43</sup>. Or le manque de ressources et le manque d'éducation peuvent être des obstacles dans le recours aux soins, soit parce qu'on n'a pas les moyens de s'offrir les prestations, soit parce qu'on n'envisage pas de la même manière ce qu'il faut faire pour être en bonne santé. Les priorités des dépenses ne sont plus dictées par le bien-être mais par la nécessité.

Il est également vrai que plus une femme est enceinte, plus elle est exposée aux risques liés à la grossesse. A Madagascar, le taux de mortalité maternelle est d'environ 500 pour 100 000 naissances vivantes avec une proportion de naissances assistées par un soignant de 22 % dans le 2<sup>e</sup> percentile plus pauvre entre 2006 et 2010 contre 90% dans le 2<sup>e</sup> percentile plus riche<sup>44</sup>. Plus une femme en aura les moyens, plus elle sera assisté lors de son accouchement et moins elle aura de risque de décéder. Dans la région de Manampontsy, les femmes souhaitent ou ont environ 5 à 8 enfants. Si l'on tient compte du fait que le taux de fausses-couches est également élevé, en raison du manque de moyens lors du suivi ou de l'assistance à l'accouchement, les femmes sont à risque pendant une bonne partie de leur vie reproductrice.

Le renforcement du rôle du planning familial en rendant les contraceptifs accessible au plus grand nombre de femme est une solution apportée aux problèmes que posent les grossesses à répétition. D'une part parce qu'il aide les femmes à contrôler leur fécondité et d'autre part parce qu'il permet d'espacer les naissances et donc d'augmenter la qualité de vie des

---

<sup>43</sup> BANQUE MONDIALE, *Madagascar* [en ligne], [http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar#cp\\_wdi](http://donnees.banquemondiale.org/pays/madagascar#cp_wdi) (consulté le 10 août 2012).

<sup>44</sup> UNICEF, *Madagascar* [en ligne], [http://www.unicef.org/french/infobycountry/madagascar\\_statistics.html#93](http://www.unicef.org/french/infobycountry/madagascar_statistics.html#93) (consulté le 10 août 2012).

femmes « ainsi, elles ne tombent pas enceintes tous les ans mais tous les 3, 4 ans » comme l'a si bien résumé M. Rajerison, chef du district de Vatohary, l'autre district que nous avons visité.

Dans le district de Vatohary, à 155 km au sud de Tananarive (la capitale de l'Est), le taux d'utilisation de la contraception est de 30 %, ce qui est proche du taux national de 40 %. Au dispensaire de Manampontsy, district de brousse, il n'y a que 1 196 utilisatrices régulières, selon le dernier rapport mensuel (mai 2012). Dans ce milieu rural, l'objectif de vie des femmes nous a très clairement été exposé : selon elles, avoir une famille nombreuse est bien plus important que d'aller à l'école et étudier. Nous ne disposons pas de chiffres bien établis, d'autant plus que la grève des enseignants a fait que l'école était fermée durant notre séjour. Néanmoins, il nous a été rapporté que les jeunes filles délaissent très tôt leurs études pour se marier. Dans ce contexte, les connaissances qu'elles acquièrent à l'école ne sont ni entretenues ni valorisées. En observant le mode de vie des femmes que nous avons rencontrées en nous rendant dans différents *fokontany*, nous nous sommes aperçus que dès leur plus jeune âge, les petites filles prennent exemple sur leurs mamans en s'habillant et en se comportant comme elles. Elles s'occupent très vite de leurs frères et sœurs et les portent comme le ferait leur mère.

La vie des femmes dans le district de Manampontsy est complètement tournée vers la maternité : elles peuvent avoir jusqu'à 10-12 grossesses. Nous en avons rencontrés beaucoup qui étaient mamans à 17-18 ans. La règle générale est d'avoir des enfants sitôt le premier rapport sexuel entrepris. En termes de santé, cela se reflète dans les prestations du dispensaire : la vie reproductive, la vaccination des bébés et des enfants, comme nous l'avons dit précédemment, avec les maladies infectieuses, occupant la majeure partie des activités.

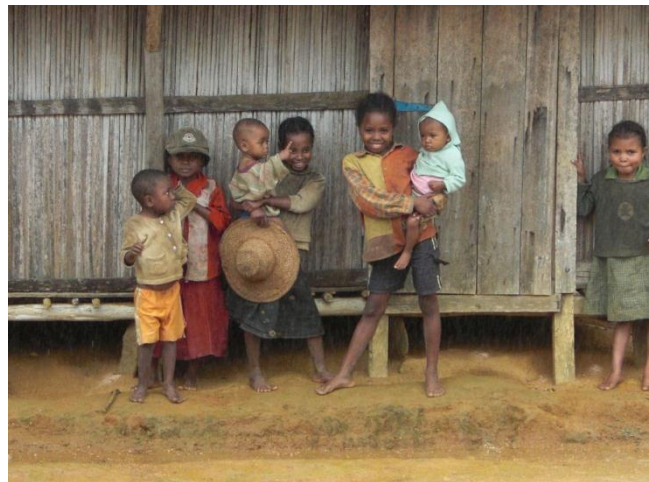


Figure 17 - Petites filles dans le village d'Ambodivanrika à 2 h à pied de Manampontsy. Elles gardent leurs petits frères et sœurs pendant que nous interrogeons leurs mères.

Pourquoi les femmes veulent-elles autant d'enfants alors que les grossesses à répétitions mettent leurs vies en péril et que l'Etat souhaite leur faire faire le lien entre famille nombreuse et pauvreté ? Nous allons tenter de répondre à cette question pour la région dans laquelle nous avons effectué notre stage d'Immersion en Communauté. Il faut savoir que dans cette région rurale, l'essentiel des activités concernent le secteur primaire. La plupart des habitants des villages sont des cultivateurs. Dans ce contexte, avoir une famille nombreuse permet de bénéficier d'une main d'œuvre pour la culture du riz, du maïs, de la canne à sucre, etc. Nous avons également pensé que la mortalité infantile, élevée dans cette région, doit pousser les femmes à multiplier les grossesses afin d'arriver au nombre d'enfants qu'elles considèrent comme idéal. Lorsque nous posons la question autour de nous, la réponse qui revenait le plus souvent est la suivante : puisque le système de retraite n'existe pas dans les familles paysannes, avoir plusieurs enfants permet de se garantir une bonne vieillesse. Enfin, de manière générale, selon une perspective socio-culturelle, les Malgaches aiment être entourés et ont un goût prononcé pour la vie en communauté. Ainsi,

réussir sa vie, pour les femmes de Manampontsy, passe par un bon mariage et de nombreux enfants.

Lors de ce stage, nous avons été interpellés par le fait que le mode de vie que l'on mène détermine directement l'idéal de vie que l'on peut souhaiter. Dans une société où le rôle de mère et d'épouse est valorisé, les femmes auront tendance à ne pas s'intéresser aux études. Soit parce qu'elles ne sont pas encouragées par leur entourage, soit parce qu'on ne leur a pas appris la valeur de l'école, soit parce qu'une fois les études terminées, il n'y a pas d'autre opportunité que de rester dans son village natal. Pour toutes ces raisons, nous avons pu observer une contradiction entre ce que souhaite faire l'Etat pour lutter contre la pauvreté et ce qu'il se fait effectivement à Manampontsy. Néanmoins, des efforts sont faits au planning familial pour encourager les femmes à utiliser la contraception. Nous aborderons ce sujet un peu plus loin.

## Prise en charge des femmes au dispensaire

### Structures à disposition

La maternité de Manampontsy est composée de trois salles : une salle de consultation, une salle d'accouchement (fig. 18) et une salle de repos de quatre lits (fig. 19).

Deux types de consultation sont proposés aux femmes: le planning familial et la consultation prénatale. Ce sont les sages-femmes qui sont chargées du suivi de grossesse et des accouchements. Les contrôles gynécologiques n'existent pas dans ce centre de soins et les dépistages proposés (syphilis et SIDA) se font à l'occasion de la CPN. Si une femme



Figure 18 - Salle d'accouchement

est atteinte d'une MST ou qu'elle souffre d'un autre problème d'ordre gynécologique, c'est au médecin du dispensaire qu'elle doit s'adresser. Il est souvent remplacé par un infirmier.



Figure 19 - Les quatre lits de la maternité

La CPN a lieu le mardi et le jeudi matin, le PF le reste du temps c'est-à-dire le lundi, le mercredi et le vendredi. Le local de consultation est le même. C'est avant midi que l'on travaille le plus, parce qu'à Madagascar il est dangereux d'être dehors lorsqu'il fait nuit. Le soir tombant tôt (à 17 h 30 il fait nuit noire), la plupart des femmes doivent repartir avant midi car elles habitent en moyenne à 5 h de marche du centre de soins.

La majorité des femmes qui fréquentent le dispensaire sont cultivatrices et il est difficile pour elles de se libérer pour aller se faire soigner. C'est pourquoi la CPN a lieu le mardi et le jeudi, qui correspondent respectivement au jour de congé des cultivateurs et au jour *fady* (tabou), ou jour férié.

## Déroulement des consultations

### PF (planning familial)

Le but du planning familial est d'aider la femme à contrôler sa procréation après avoir déterminé la contraception la mieux adaptée à ses besoins.

Les consultations auxquelles nous avons assisté se sont toujours déroulées dans le cadre d'un suivi, nous n'avons donc malheureusement pas pu assister aux explications données aux nouvelles utilisatrices. Chaque femme a ensuite rendez-vous tous les trois mois pour un bilan et le renouvellement du contraceptif.

Voici comment se déroule une consultation du PF: la sage-femme commence par demander à la servante de peser la patiente qui est ensuite invitée à s'asseoir. Elle pose deux questions: Etes-vous satisfaite de votre contraception? De quand datent vos dernières règles? Les réponses sont notées dans un grand cahier qui résume les consultations du jour.



Figure 20 - Contraceptifs proposés à la maternité d'Antanambao-Manampontsy

Il arrive qu'une femme oublie son rendez-vous et vienne avec un retard de plusieurs jours, voire de quelques semaines. Dans ce cas, la sage-femme lui demande si elle a ses règles en ce moment. On considère qu'une femme est perdue de vue à partir d'un mois de retard.

Ce panneau, affiché au mur de la salle de consultation, résume les différents contraceptifs proposés. La majorité des femmes préfère les injections car elles sont pratiques («on ne peut pas oublier comme la pilule») et efficaces. On voit que le stérilet n'existe pas à Manampontsy, il est peu utilisé de manière générale à Madagascar. Quant aux pilules, deux types sont à disposition: une œstro-progestative et une progestative pour les femmes qui allaitent. Il existe aussi des colliers permettant de se repérer dans le cycle et d'éviter les rapports au moment de l'ovulation.

A Vatmandry, l'autre centre de soins que nous avons visité, l'éventail de prestations est plus large: on propose en plus des spermicides et deux procédures chirurgicales de stérilisation, la vasectomie et la ligature des trompes.

Depuis 2007-2008, les contraceptifs sont gratuits grâce au FNUAP «United Nations Population Fund», une organisation internationale qui promeut le droit de la femme et de l'enfant et le PSI, «Population Services International», un organisme fondé en 1970 et dont le but est d'améliorer la santé reproductive dans les PVD.

Bien qu'environ 30 % de la population malgache soit catholique (plus de la moitié de la population de Madagascar étant chrétienne), la religion n'est pas, d'une manière générale,

un obstacle au planning familial. (La seule contraception admise par l'Eglise catholique est « l'observation des rythmes naturels de la fertilité de la femme lorsque le couple traverse des circonstances graves »). Les Malgaches sont pratiquants, mais l'adhésion à l'une ou l'autre des religions chrétiennes ne les empêche pas de respecter en même temps les Ancêtres (ou religion traditionnelle) et d'aller consulter le sorcier de leur village.

### **CPN (consultation prénatale)**

Il faut savoir qu'à Manampontsy les tests de grossesses ne sont en vente qu'en pharmacie (pas disponibles au dispensaire) et que l'écrasante majorité de la population n'y a jamais accès à cause de son prix. Une fois enceinte, la femme a rendez-vous au 3<sup>e</sup> mois, au 5<sup>e</sup> mois et tous les mois jusqu'à l'accouchement à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse.

La consultation commence par l'estimation du terme. Cela n'est pas facile car souvent les femmes n'ont aucune idée de la date de leurs dernières règles. Elles essaient généralement de se repérer avec les fêtes, les événements importants du village ou les jours de récolte. A ce propos, nous avons un jour rencontré une femme nommée Baodalala» (littéralement « née sur la route ») : ne connaissant pas toujours la date du terme, il est fréquent que les femmes accouchent au bord du chemin. La sage-femme demande ensuite le nombre de grossesses et les vaccins effectués. Elle note tout dans le carnet de santé de la patiente. Pendant ce temps, l'accoucheuse traditionnelle pèse la femme et lui fait les piqûres nécessaires. C'est ensuite au tour de la servante de mesurer la taille de l'utérus et d'apprécier la mobilité du bébé ainsi que sa présentation pour l'accouchement. S'il s'avère difficile, la patiente sera envoyée à Vatomandry (CHDII, ou centre de soins doté d'une salle de chirurgie). La servante est aussi chargée d'écouter le cœur du bébé, elle dispose pour cela d'un instrument spécial (un stéthoscope de Pinard).

La sage-femme nous apprend que la prise de tension est théoriquement obligatoire mais qu'elle n'est pas systématique ici, à cause du manque de personnel. La consultation se termine par les deux dépistages offerts, celui de la syphilis et du SIDA.

La sensibilité d'un test rapide de dépistage de la syphilis est de l'ordre de 80-85 %<sup>45</sup>. Si le résultat est positif, la patiente est d'office traitée avec son partenaire sans passer par la vérification d'un test plus spécifique. Le traitement de la syphilis est gratuit, contrairement à ceux des autres MST. Les patientes ne reçoivent pas d'informations supplémentaires sur la maladie ou l'importance du traitement, peut-être parce que ce problème est très courant à Madagascar et que tout le monde possède déjà les connaissances nécessaires à son sujet.

La plupart des tests de dépistage offerts par le dispensaire sont basés sur le même principe (SIDA, malaria...). Le SIDA semble être une préoccupation moindre à Madagascar que le paludisme (première cause de décès), parce que plusieurs des femmes que nous avons rencontrées n'en avaient jamais entendu parler. De plus, il arrive que ces sets de dépistage soient périmés. Ce n'est jamais le cas lorsqu'il s'agit de la syphilis ou du paludisme.

La durée de la consultation ne dépasse pas 3 minutes en tout, ce qui laisse peu de temps pour investir la relation médecin-patient mais s'avère probablement nécessaire pour voir

---

<sup>45</sup> *The use of rapid syphilis test (WHO)* [en ligne], [http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/TDR\\_SDI\\_06.1\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/TDR_SDI_06.1_eng.pdf) (consulté le 18 août 2012).

toutes les femmes avant midi. Les médecins et leurs patientes ont un rapport à la confidentialité différent du nôtre parce qu'ils ne semblent pas importunés par la présence de plusieurs soignants, passants et autres malades qui, ennuyés de devoir attendre leur tour, cherchent à se distraire en participant à la consultation. Les portes et fenêtres semblent encourager ces comportements car tout reste toujours ouvert, et il nous a semblé que la patiente ne se serait pas sentie très rassurée si on lui avait proposé de faire différemment. La timidité des femmes est assez frappante ; elles ne paraissent jamais très à l'aise durant les consultations et il n'est pas facile de savoir si c'est par timidité naturelle (tous les types d'exams physiques n'ont lieu que sur demande du patient), ou parce que la sage-femme nous a dit ne pas être très motivée par l'investissement d'une relation de confiance (« on dit le minimum parce que de toute façon les femmes oublient ou ne comprennent pas »).

Durant la grossesse, plusieurs médicaments sont offerts aux femmes : sulfadoxine (prophylaxie du paludisme), albendazole (antiparasitaire), acide folique et fer.

La césarienne fait aussi partie de la prestation de base mais elle ne peut pas avoir lieu à Manampontsy qui est un CHDI. Ce qui reste problématique pour les femmes, c'est le transport jusqu'à Vatomandry (CHDII) qu'elles doivent payer de leur poche. Nous avons pu nous en rendre compte lorsqu'un soir nous avons été appelés pour assister à un accouchement.

Une femme de vingt ans très maigre était couchée sur la table, entourée de sa famille. La sage-femme semblait inquiète parce qu'elle réalisait en ce moment même que la jeune femme ne pourrait pas accoucher au dispensaire et qu'il faudrait l'envoyer d'urgence à Vatomandry. La patiente présentait une forte fièvre et malheureusement sa famille n'avait pas les moyens de payer le transport jusqu'au CHDII. Un retour au village (3 h de marche) fut décidé, en pleine nuit. C'était sa deuxième fausse-couche. Nous avons proposé de payer le transfert, on nous a répondu qu'il faudrait d'abord faire une visite de courtoisie au médecin-inspecteur pour demander la permission. Le Dr Botoson nous a reçus dans son salon. Il nous a fait asseoir et nous a présenté sa femme; il a posé plusieurs questions sur le stage, sur notre séjour, nous a demandé si nous étions satisfaits, s'il pouvait améliorer quelque chose. Finalement, nous avons pu partir à la recherche de l'ambulance mais elle n'était plus utilisée pour le transport des patients. La voiture du médecin inspecteur était tombée en panne quelques mois auparavant et il s'en servait désormais pour ses déplacements. Le personnel soignant est parti en quête d'une autre voiture et pour finir, après une injection d'antibiotique par voie intraveineuse, la patiente a pu s'en aller. Nous avons appris que son enfant était mort-né mais nous n'avons jamais su si elle est restée en vie.

## **Accouchement et avortement**

A Madagascar huit femmes en moyenne meurent chaque jour en accouchant<sup>46</sup>. Comment expliquer ce chiffre? Selon le ministre de la santé, Pascal Jacques Rajaonarison<sup>47</sup>, beaucoup de femmes dans les zones enclavées meurent d'une complication d'accouchement. Il aborde aussi le sujet des accoucheuses traditionnelles, qui travaillent dans des conditions sanitaires non conformes aux normes en vigueur. Il explique qu'il arrive souvent que celles-ci se

---

<sup>46</sup> *Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar* [en ligne], <http://madagascar.unfpa.org/docs/Rapport%20final%20EB%20SONU.pdf> (consulté le 18 août 2012)

<sup>47</sup> *L'Express de Madagascar*, numéro 4852, février 2011.



rendent compte trop tard qu'elles n'arriveront pas à assurer l'accouchement, alors que le centre de santé la plus proche est situé à plusieurs kilomètres. Il dénonce enfin certains remèdes ou « tisanes » utilisées par les femmes pour se soigner et qui s'avèrent en réalité être dangereuses pour la santé.

Nous avons pu constater nous-mêmes que les accoucheuses traditionnelles ont une place centrale en ce qui concerne l'accouchement, que ce soit dans les *fokontany* (petits villages) ou au dispensaire. Bien que la sage-femme et les infirmiers incitent leurs patientes à venir accoucher dans le centre de soins, celles-ci ne s'y présentent la plupart du temps qu'en cas de complications importantes et souvent trop tard. Le Dr Botoson, médecin-chef, nous apprend qu'un taux élevé de femmes venant accoucher au dispensaire est un indice de bon fonctionnement de celui-ci. Cependant, il semble qu'il faille aussi se poser la question de la capacité des centres de soins à accueillir des femmes. Comme mentionné plus haut, la salle de repos de la maternité de Manampontsy ne dispose que de 3 lits alors que la région drainée par le dispensaire est assez vaste. On nous dit sur place que le nombre de lits devrait être plus important mais qu'il a été revu à la baisse par manque de moyens: « L'Etat gère mal les ressources ».

Nous avons eu la chance de rencontrer l'accoucheuse traditionnelle du dispensaire de Manampontsy. En discutant avec elle, nous avons appris qu'elle travaille dans le centre de soins depuis 1959. Formée par le biais de stage effectués en même temps que les sages-femmes, elle travaille gratuitement: « J'aime aider à la naissance ». Ses enfants lui apportent l'argent dont elle a besoin, sinon elle cultive aussi un peu de riz pour subvenir à ses besoins.

Elle aide les médecins à sensibiliser les femmes à venir accoucher au dispensaire et assiste environ 15-20 accouchement par mois. De manière générale, ses après-midi sont libres, sauf si un accouchement est prévu. Son rôle implique surtout les soins du bébé: elle coupe le cordon avec 2 pinces et l'entoure ensuite avec du fil de couture qu'elle serre vigoureusement. Comme depuis un an le fil de couture vient à manquer, il arrive qu'elle ne puisse pas toujours effectuer ce soin. Elle doit ensuite laver le bébé, sortir le placenta et vérifier qu'il soit entier. La tradition veut qu'on enterre le placenta pour «encore avoir d'autres enfants», « il faut l'enterrer profondément sinon les chiens peuvent le déterrer ». Cela se fait sans cérémonie particulière, mais c'est une coutume importante. Les enfants mort-nés sont enterrés dans le tombeau familial.

Bien que les grossesses compliquées (mauvaise présentation de l'enfant, hydramnios...) soient envoyées à Vatomandry, le personnel de Manampontsy doit parfois faire face à des complications comme des ruptures utérines ou des hémorragies graves. Les grossesses gémellaires sont courantes, mais les membres du personnel soignant n'ont jamais eu à prendre en charge des triplés.

Une fois l'enfant né, la famille organise une fête durant laquelle est tué un poulet. On mange aussi beaucoup de riz et on boit de l'alcool.

L'accoucheuse traditionnelle du dispensaire nous a appris que depuis 2006 une formation dans tous les *fokontany* a été proposée. Cette offre a malheureusement eu peu de succès. Mis à part aux périodes de moissons où les conditions sont plus fastes qu'à l'ordinaire, les

femmes n'ont pas souvent les moyens de se rendre l'hôpital. Les soignants des dispensaires ne se déplacent pas non plus, car ils n'ont pas le temps.

Nous avons eu la chance d'assister à un accouchement. Il fut rapide. La mère est restée silencieuse durant toute sa durée, et ce malgré l'absence de péridurale. De grosses larmes coulaient sur son visage mais elle n'a pas prononcé un mot. La seule substance qu'on a procuré c'est de l'ocytocine, fréquemment utilisée à Manampontsy lorsque le bébé met du temps à venir. Souvent, ce médicament est administré trop tard et l'enfant meurt avant de naître.

Lorsque l'accoucheuse traditionnelle est en possession de l'enfant elle commence par le baigner. Le nouveau-né est pâle et apathique, nous le pensions mort. Le personnel soignant est resté optimiste : « il a aspiré du liquide amniotique mais ça arrive souvent et l'enfant va survivre ». Après son bain, l'enfant est énergiquement frictionné puis suspendu par les pieds et vigoureusement secoué. Toujours pas de réaction de sa part. L'accoucheuse traditionnelle saisit alors le stéthoscope de Pinard et s'en sert pour aspirer le liquide qui empêche le nouveau-né de respirer. L'enfant tousse, les manœuvres sont plusieurs fois répétées et le bébé ouvre enfin les yeux.

Pratiquer l'IVG est condamné par la loi malgache, sauf si la vie de la mère est en danger ou si le fœtus présente une malformation grave. L'auteur de l'avortement est passible d'un emprisonnement allant de 6 mois à 10 ans et/ou d'une amende de 360 000 à 21 600 000 Ar (environ 180 à 10 800 CHF). La sage-femme du dispensaire nous a pourtant affirmé que les IVG sont fréquentes, dans des conditions parfois terribles, mais qu'il est difficile d'estimer le nombre de femmes y faisant recours.

### **Consultation gynécologique, par le généraliste**

En cas de problème gynécologique, la femme se rend à la consultation générale. Le médecin commence par collecter la plainte (dyspareunie, abcès génital, aménorrhée...). Il est important de savoir que les femmes ne viennent consulter qu'en cas de problème grave ou très handicapant, parce qu'elles sont particulièrement gênées d'aborder ces sujets tabous. Par honte, elles ne communiquent pas toutes les informations et atténuent souvent leurs symptômes.

Les examens physiques n'ont lieu que sur demande : un jour arrive une femme qui nous dit avoir un gros abcès génital. Le médecin prescrit un traitement sans demander à la patiente si elle serait d'accord de se faire examiner. Malheureusement, lorsqu'une femme demande qu'on l'examine (généralement pour cause d'infertilité) elle est la plupart du temps atteinte d'une maladie déjà très avancée.

## Barrières d'accès aux soins

Nous avons déjà abordé le problème de l'accès aux soins, mais nous voudrions maintenant illustrer quelques-unes de ces barrières en prenant comme point de vue la prise en charge des femmes à Manampontsy.

Les barrières culturelles sont importantes, car il est tabou pour les femmes de trop se dévoiler. Même à la plage, elles se baignent habillées. Cela se répercute sur leur santé car les contrôles gynécologiques sont impossibles.

La pauvreté est aussi un obstacle considérable à un accès aux soins équitables, non seulement les femmes ne peuvent pas se rendre dans le centre de soins adaptés car elles ne peuvent payer le transport, mais en plus il peut être dangereux en cas de grossesse difficile d'avoir à se déplacer pour se rendre jusqu'au dispensaire. Nous nous sommes rendues chaque jour dans un village différent afin d'interroger les femmes au sujet du cancer du col de l'utérus, et il était parfois difficile d'imaginer qu'une femme malade ou enceinte ait à se déplacer sur ces routes détruites par la pluie ou exposées à un soleil de plomb.

Nous avons aussi constaté que les femmes sont dépendantes de leurs maris dans leurs prises de décisions : il doit approuver certaines interventions médicales comme un examen gynécologique, la prise de la pilule, le déplacement au centre de soins, le transfert d'un enfant aux urgences. Est-ce par soucis d'organisation de la vie familiale ou pour contrôler l'autonomie et la sexualité des femmes ? Voici un exemple pour illustrer l'emprise de l'homme sur la femme et les répercussions sur sa santé : une matinée, une femme est venue à la consultation pour des douleurs et des démangeaisons intimes. Elle souffrait d'abcès vaginaux. Comme dans toute MST, le traitement des deux partenaires est préconisé. Le mari étant en déplacement pendant deux semaines, le couple n'allait pas prendre le traitement de manière synchronisée. Le médecin a ainsi expliqué qu'ils devraient s'abstenir tous les deux pendant deux semaines, le temps que chacun soit guéri. La patiente a répondu qu'elle craignait que ce ne soit pas possible. D'abord parce que son mari refuse de se traiter et de venir au dispensaire, ensuite parce qu'elle ne peut pas lui dire non ni employer de préservatifs. Nous savons que ce genre de problématique arrive aussi en Suisse et n'est pas un cas isolé mais nous avons tout de même été profondément choqués de l'attitude de cet homme. La doctresse nous a ensuite expliqué que cela arrivait malheureusement fréquemment et qu'elle était déçue des risques que cet homme faisait prendre à sa femme et à lui-même. Le traitement étant une antibiothérapie combinée, il y a de fortes chances pour qu'il échoue si la femme subit des contaminations à répétitions.

## Prévention MST

Face à la prévalence élevée des maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis, la gonorrhée, la blennorragie, etc. nous nous sommes demandé quelles sont les actions préventives mises en place dans le district de Manampontsy et par quels moyens la sensibilisation se fait-elle ?

Nous nous proposons de commencer par l'éducation sexuelle des jeunes générations. Les hommes malgaches de Manampontsy n'ont pas pour habitude de parler de sexualité à leurs enfants. Ceci est considéré comme un *fady*, un tabou. La seule exception est faite pour les hommes qui travaillent dans la santé. Leur statut leur confère la responsabilité de parler de santé publique. Ainsi, ce sont toujours les femmes qui parlent de sexualité à leurs enfants. Cependant, « beaucoup de mères sont gênées et ne le font pas, surtout avec leurs garçons » nous a-t-on rapporté. Une femme ne parlera jamais de sexualité devant toute la fratrie, elle profitera plutôt d'un face à face avec l'un de ses enfants. On peut deviner que de tels moments doivent être rares quand la famille est nombreuse et vit dans une grande promiscuité. Entre frères et sœurs, le sujet n'est pas non plus abordé car cela constitue également un *fady*. Nous voyons ainsi que les occasions de parler de sexualité sont rares à la maison et que la sexualité reste un tabou dans beaucoup d'esprits. Voici un témoignage qui résume bien la situation : « Les enfants apprennent en regardant faire leurs aînés aux bals populaires ».

Une éducation sexuelle se fait à l'école à partir du collège (équivalent du cycle en Suisse). La population qui quitte l'école avant le collège ne bénéficie donc pas du savoir transmis lors de ces sessions. Or d'après les chiffres, en 2005, le taux d'inscription national dans les collèges n'est que de 30 % avec un taux d'achèvement de 19 %, contre un taux d'achèvement du primaire de 57 %<sup>48</sup>. Nous supposons que comme les indicateurs dans les régions rurales sont très souvent en deçà des indicateurs nationaux, la part d'enfants au collège de Manampontsy doit-être moindre. Ainsi, la proportion de jeunes qui auront eu une éducation sexuelle n'est pas très élevée.

Dans la région de Manampontsy, pour les MST, c'est la sage-femme qui délivre l'essentiel de ce qu'on appelle l'IEC : Informations et Communications. Les IEC peuvent concerner toutes sortes de problématiques de santé publique mais nous parlons ici des IEC au sujet des MST. L'IEC délivrée par la sage-femme se fait à des occasions variées : à l'école, en Consultation Périnatale (CPN) ou au Planning Familial (PF).

Une fois par an, la sage-femme de Manampontsy se rend au collège pour faire une sensibilisation sur le thème de la syphilis et elle propose un dépistage gratuit. Cette année, la rencontre n'a pas eu lieu car les réactifs nécessaires sont en rupture de stock au dispensaire. Les informations au sujet du comportement sexuel, qui auraient pu être données même sans le dépistage, ne l'ont pas été non plus. Nous n'avons pas réussi à savoir si c'était parce que les jeunes n'écouteront pas si on ne leur propose pas quelque chose d'attractif et d'utile ou si c'est par manque de temps de la part du personnel soignant. Nous n'avons pas non plus réussi à savoir le contenu des rencontres à cause de la barrière de la langue.

---

<sup>48</sup> *La documentation dans le système éducatif malgache* [en ligne], <http://www.cndp.fr/savoirscdi/societe-de-linformation/international/regard-sur-dautres-continent/la-documentation-dans-le-systeme-educatif-malgache.html> (consulté le 13 août 2012).

Une IEC est prévue lors d'une première consultation au PF. Elle aborde les risques de la contraception, les signes qui nécessitent une consultation et les MST. Cette IEC n'a lieu qu'une fois. Il n'y a pas de rappel prévu.

A la CPN, la prévention MST se fait par le biais d'un test rapide du VIH/SIDA et de la syphilis. Ce sujet a déjà été abordé lors de la description des prestations fournies à la CPN. Les autres sujets de prévention et sensibilisation à la CPN sont : les signes qui méritent une consultation gynécologique, la vaccination de la femme enceinte (DTPolio principalement), les médicaments de la grossesse, le danger de l'accouchement à domicile versus les bénéfices d'un accouchement assisté, la déclaration de naissance. En un mois, nous n'aurons jamais entendu parler de ces problématiques à une patiente. Toutefois, lors de l'interrogation que nous avons pu faire auprès des femmes, nous nous sommes rendu compte que plus elles avaient d'enfants, plus elles semblaient à l'aise de parler des MST et de sexualité, preuve qu'une forme d'éducation a quand même lieu au fil des rencontres à la maternité. De même, les femmes qui avaient été au collège avaient plus d'aisance à parler des MST, même si leurs connaissances étaient partielles ou inexactes. Preuve que plus on aborde ces sujets-là, plus on y est confronté, plus on y est réceptif. De cette expérience humaine, nous retenons l'importance de l'éducation des femmes : celles qui étaient instruites osaient plus facilement donner leur avis. D'une part parce qu'elles avaient quelques notions auxquelles se raccrocher et d'autre part parce qu'elles étaient moins impressionnées par nous.

Tout au long du stage, nous avons très bien pu mettre en évidence qu'à chaque étape de la vie sexuelle d'une femme, il est prévu de parler des MST : au collège, à la CPN, au PF et à la consultation normale si nécessaire. Toutefois, nous n'avons pas été en mesure de pouvoir apprécier la qualité de cette prévention. Soit parce que nous n'avons pas pu assister à ces échanges, soit parce que nous nous sommes aperçu que les femmes n'avaient que quelques notions élémentaires : « il faut être fidèle et ne pas multiplier les partenaires et se protéger ». Il n'y a pas de programme d'évaluation des connaissances de la population et nous n'avons aucune idée de la prévalence et de son évolution actuelle. Les gens reconnaissent l'importance de lutter contre les MST mais nous avons eu du mal à voir les fruits de cette lutte et son étendue. Nous nous sommes aussi demandé comment les hommes étaient inclus dans ces programmes de prévention. Nous nous sommes alors aperçu qu'un homme ne rentrera en contact avec cette problématique que si une campagne de prévention extraordinaire a lieu ou s'il est lui-même atteint et qu'il va à la consultation médicale. Là, il n'est pas certain qu'il aura des informations autres que « comment se soigner ».

## **Vaccination**

L'effort mis en œuvre pour vacciner les bébés, les enfants et les femmes enceintes est un bel exemple de lutte contre la mortalité infantile et maternelle. Ces deux thématiques sont, elles aussi, des points clés des Objectifs du Millénaire. Nous avons donc prêté une attention particulière à l'organisation du service de vaccination du dispensaire de Manampontsy.

Dès notre première semaine, nous avons pu constater que les jeudis matin sont des matinées particulièrement animées ! Des femmes de tous âges (de 16 à 40 ans) viennent des villages alentours pour venir faire vacciner leurs protégés. Des locaux spéciaux ont été mis à disposition uniquement pour cette activité du dispensaire. Trois membres du personnel soignant sont mobilisés à cette occasion : une infirmière qui pèse, vérifie la courbe de croissance, met à jour le carnet du patient en inscrivant ces données et les vaccins administrés ainsi que la date du prochain rendez-vous ; deux servants, l'un pique, l'autre tient à jour le registre des vaccins en inscrivant l'âge, le poids, le vaccin du patient.

Le plan de vaccination national est assez similaire au nôtre. Il prévoit diphtérie et tétanos, polio, BCG, rougeole, coqueluche.

Le financement des vaccins se fait par des ONG puisqu'ils sont délivrés gratuitement.

## **Etude « Connaissances, attitudes et pratiques relatives à la prévention du cancer du col utérin parmi des femmes malgaches en milieu rural » : faire une étude épidémiologique dans un pays en développement.**

Au niveau mondial, le cancer du col de l'utérus est le cancer féminin le plus meurtrier après le cancer du sein ; c'est pourtant le premier à tuer les femmes entre 15 et 44 ans. Il cause le décès de près de 300'000 femmes chaque année. Environ 90 % de ces décès ont lieu dans les pays en voie de développement et selon un rapport de l'OMS fait à Madagascar, un peu plus d'un millier de femmes par an décèdent de cette maladie. La femme ayant au sein de sa famille une place centrale et son rôle économique n'étant pas négligeable, les répercussions socio-économiques de cette affection sont importantes. Cependant, ce cancer est aujourd'hui facile à éviter si l'on détecte précocement les femmes atteintes.

Nous avons été très heureux de pouvoir participer à une étude sur le sujet, parce qu'elle nous a donné la possibilité d'effectuer notre stage tout en nous rendant utiles. Notre objectif était d'interroger des femmes pour apprécier l'état de leurs connaissances autour de la problématique du cancer du col et d'apprendre, au travers de leurs témoignages, ce qui se fait réellement dans leur centre de santé (c'est-à-dire au dispensaire de Manampontsy). A plus long terme, l'objectif serait de définir la manière la plus adaptée de proposer un dépistage et un traitement accessible au plus grand nombre.

Comme les résultats n'ont pas encore été exploités et qu'ils ne nous appartiennent pas étant donné que nous avons simplement joué le rôle d'enquêteur, vous comprendrez que nous ne divulguerons rien de très significatif. Néanmoins, nous souhaitons partager une part de l'expérience intense que nous avons pu vivre en partant à la rencontre de ces femmes malgaches.

L'échantillon requis pour notre étude a été évalué à 250 femmes âgées de 18 à 60 ans. Avec ce paramètre, notre principale inquiétude a été de rencontrer ces 250 femmes. Avant toute chose, il a fallu obtenir l'autorisation des autorités locales pour mener cette étude. Il a été facile de récolter les autorisations car nous avons été très favorablement accueillis par les deux médecins chefs que nous avons rencontrés, ainsi que par M. le chef de district et Mme la maire de Manampontsy. Tous étaient très intéressés par notre projet et l'aide que nous souhaitions apporter. Cependant, il nous a fallu faire preuve de patience et d'adaptation. D'abord parce que les visites de courtoisie et d'exposition de nos projets ont duré plusieurs jours, ensuite parce que bien que les femmes qui consultent au dispensaire soient nombreuses, l'organisation de la vie à Manampontsy ne les rend pas forcément aussi disponibles que nous le pensions. En effet, sauf en cas d'urgence, les femmes ne viennent que deux à trois jours par semaines à l'occasion de la CPN, du PF ou de la vaccination. Mis à part les horaires du dispensaire, la barrière de la langue a été un autre obstacle majeur. Nous avons eu besoin de deux jours de plus pour trouver un traducteur qui nous introduise auprès des femmes. Nous sommes très reconnaissants envers le personnel du dispensaire de Manampontsy qui, en nous fournissant un traducteur à temps plein, M. Félix, et un autre à temps partiel, M. Joseph, ont grandement contribué à ce que notre étude se passe dans les meilleures conditions possibles. En plus de nous traduire, M. Félix et M. Joseph ont été de vrais guides en nous introduisant auprès des chefs de *fokontany*. Ils nous ont permis de

découvrir une Madagascar que nous n'aurions jamais connue autrement. Grâce à eux, nous avons pu aller de village en village, à la rencontre des femmes qui ont accepté de nous répondre, voir leur mode de vie, leurs coutumes, leurs activités. Nous avons été particulièrement touchés par l'hospitalité malgache. Ils nous ont accueillis dans leurs propres maisons le temps d'une journée tout en nous proposant de nous restaurer. Ce furent des moments très riches sur les plans intellectuels, physiques et émotionnels. Pendant près d'une semaine, nous nous sommes levés de bonne heure pour marcher. Lors des trajets, nous réalisons la peine que se donnent toutes ces femmes lorsque enceintes ou malades elles doivent parcourir ces mêmes kilomètres pour trouver de l'aide. Sans cet aspect du voyage, nous serions passés à côté de toute une réalité de la vie à Madagascar. Dans la ville de Manampontsy, Mme la maire nous a grandement aidés en faisant une annonce à la Radio pour informer les femmes de l'existence de notre enquête. Ce geste a permis d'augmenter notre probabilité de rencontre avec des femmes malgaches.

Au cours de notre stage, on nous a raconté que les femmes sont intimidées par les *vazaha* (les étrangers blancs). Dans ce contexte, pour que la suite du projet puisse être réalisable auprès des populations rurales, il faut miser sur la collaboration des locaux pour leur inspirer confiance. A Manampontsy, ils ont déjà vu des étrangers mais ça reste un événement rare et on l'a bien vu à la manière dont les habitants nous dévisageaient.

Nous retiendrons de cette expérience qu'informer le personnel soignant est une priorité. Nous avons appris par l'infirmier du dispensaire que des campagnes d'information sur le cancer du col avaient déjà été organisées au dispensaire. Lorsque nous en avons parlé à la sage-femme, elle nous a dit être intéressée par ce que nous pourrions lui dire sur le sujet parce qu'elle n'en avait que vaguement entendu parler. Comme la majorité de ce que savent les femmes sur les MST provient de la sage-femme, il convient d'insister sur l'importance de sensibiliser le personnel soignant. Intéresser les femmes à ce problème majeur et sensibiliser leur mari est crucial. Nous avons été surpris qu'un de nos deux traducteurs n'ait jamais accepté que sa femme réponde à notre questionnaire. Le prochain objectif est d'identifier les obstacles à l'instruction du personnel soignant, des femmes et de leur mari. Nous espérons cependant avoir pu contribuer, à notre échelle, à rendre un jour accessible le dépistage et le traitement du cancer du col à Madagascar.

Les données concernant la prévalence du cancer du col à Madagascar ne sont que des estimations, mais comme on suppose la maladie très fréquente, nous aimerions illustrer comment nous pensons avoir rencontré le cancer du col à la consultation du dispensaire<sup>49</sup>.

Une femme de soixante ans ayant entendu parler de l'enquête est venue nous trouver un soir car elle croyait être atteinte de la même maladie que celle sur laquelle nous travaillions. Elle souffrait d'hématurie, de douleurs au niveau du bas-ventre, de saignements importants et d'une forte fatigue. Lorsqu'elle nous a appelés, elle était déjà connue de longue date pour ces problèmes. Il lui a été proposé à de nombreuses reprises d'aller à Vatomandry faire des examens complémentaires qu'elle a toujours refusés. Personne ne sait réellement ce qu'elle a, mais compte tenu de l'évolution des symptômes, le diagnostic de cancer avait déjà été évoqué. Le dépistage n'étant disponible qu'à Antananarivo et le traitement trop onéreux, même la certitude du diagnostic de cancer ne permettrait pas sa guérison. La patiente a

---

<sup>49</sup> Voir consultation 11, annexe 6.



reçu un traitement contre la bilharziose parce que la ligne de conduite du dispensaire est de proposer un traitement pour les problématiques les plus fréquentes. Même si l'on pense que le patient n'en est pas atteint, on cherche à écarter les maladies que l'on pourrait guérir. On lui a aussi recommandé d'aller se faire transfuser à Vatomandry, pour traiter l'anémie et remédier à sa fatigue.

## Prostitution et tourisme sexuel

Pour l'instant, on cite Antananarivo, les îles Nosy Be et Foulpointe comme théâtres paradisiaques du tourisme sexuel. Le ton à ce sujet est bien vite donné. Les affiches de prévention sont la première chose que l'on remarque en arrivant à l'aéroport. Ces mêmes affiches sont intégrées dans un petit fascicule distribué aux touristes dans l'avion.

Nous avons nous-même été confrontés à cette réalité lorsque nous avons voyagé dans l'île. Comment ne pas s'interroger lorsque l'on croise sur une plage ou dans l'enceinte d'un hôtel un couple composé d'une jeune fille d'à peine 18 ans avec un blanc qui semble avoir 4 fois son âge ? Une journaliste témoigne « Le soir, au bar, errent des vieux Blancs, débarqués la veille ou il y a des années, qui s'arrangent avec des rabatteurs pour leur trouver une fille du village. Les insulaires sont disposés à ce sacrifice, seule alternative sur une île qui devient, au fil des années, un piège qu'on ne peut quitter par manque de moyens<sup>50</sup> ». Plusieurs profils existent. Il y a ceux, souvent avec un esprit colonisateur, qui viennent uniquement pour ça et qui en profitent pour vivre hors des lois. Il y a ceux qui, un peu ivres, se font entraîner dans un système qu'ils ne maîtrisent plus. En effet, parfois, ce sont les filles qui sont demandeuses, pour l'honneur de côtoyer « un blanc, un riche ».

A Vatomandry, ville côtière où nous avons brièvement séjourné, le médecin chef inspecteur, M. Rajerison nous a dit à ce sujet : « Dans notre district, il n'y en a pas tant que ça mais on fait tout de même de la sensibilisation dans tout Madagascar, à titre préventif car c'est un phénomène en expansion ». La prévention se présente sous forme de poster, annonces radiophoniques (très écoutées à Manampontsy car les gens n'ont pas la TV), TV. On a même retrouvé des affiches dans des *fokontany* reculés. A Madagascar c'est l'ONG *Acting for life* et l'UNICEF qui mènent tout un combat, en partenariat avec l'Etat pour lutter contre l'exploitation des enfants.

Une prévention a été mise en place auprès des travailleuses du sexe (TDS). Elle prend la forme d'une sensibilisation pour motiver à aller consulter et se faire dépister périodiquement. Le dépistage de la syphilis est systématique à chaque consultation pour une TDS car c'est une MST très répandue à Madagascar. Au contraire, le test rapide SIDA est trop onéreux pour être effectué chaque fois. Des campagnes de dépistage du SIDA ont été faites



Figure 21 - Affiche retrouvée dans un carnet destinés aux touristes

<sup>50</sup> *Tourisme sexuel : Madagascar, l'île des femmes colonisées* [en ligne], <http://www.rue89.com/2010/11/30/tourisme-sexuel-madagascar-lile-des-femmes-colonisees-178296> (consulté le 14 août 2012).

dans le passé mais elles révélaient un très faible taux de séropositifs donc cette pratique a été abandonnée. Le dépistage est réservé aux femmes enceintes et n'est pas non plus délivré aux sujets volontaires. On n'a certes aucune donnée sur la prévalence du SIDA à Madagascar mais le virus ne semble pas très répandu parce que les cas de personnes décédées de cette maladie sont peu fréquents. Les médecins n'en rencontrent/entendent parler qu'une ou deux fois durant leur parcours professionnel. Des ONG sont cependant investies dans le domaine de la prévention SIDA, en raison de la forte prévalence des autres MST. Cette forte prévalence laisse présager une hausse du SIDA dans les années à venir si les gens continuent à ne pas se protéger. Des préservatifs sont distribués gratuitement dans les TBH (Tenanciers, Bars et Hôtels) mais ils ne sont pas forcément utilisés de la bonne manière. Les gens utilisent le lubrifiant comme cosmétique.

# Impressions personnelles

## Céline Broquet

Madagascar est un très beau pays, j'étais triste de rentrer. Ayant très rarement eu l'occasion de voir un pays sous d'autres aspects que ceux du tourisme, cette expérience m'a beaucoup touchée. Nous avons vraiment de la chance d'avoir eu l'opportunité de faire un stage à l'étranger, même si c'était loin d'être tous les jours facile.

Le plus dur, c'est de voir autant de personnes malades alors qu'on ne sait rien faire. Je me suis souvent sentie mal à l'aise parce qu'il est arrivé que des patients aient des attentes à notre égard (certains nous ont demandé de venir chez eux soigner un membre de leur famille déclaré condamné, d'autres sont venus sonner à notre porte afin de recevoir des médicaments...) : j'aurais aimé être plus utile.

Durant mes premiers jours au dispensaire, j'avoue avoir regardé la sage-femme, l'infirmier et les médecins d'un œil plutôt méprisant : Comment peuvent-ils laisser les poules dormir avec les malades ? Pourquoi ne se lavent-ils jamais les mains, même après avoir touché les lésions dermatologiques d'un patient ? Pourquoi prescrivent-ils systématiquement des antibiotiques ? J'ai ensuite regretté de les avoir si mal jugés parce que je crois qu'il faut vraiment avoir du courage pour continuer à se lever tous les matins quand on doit soigner autant de monde avec si peu de moyens. J'ai appris à les respecter parce qu'au-delà des différences qui peuvent exister dans leur manière de pratiquer la médecine, ils sauvent quand même des vies et s'ils n'étaient pas là personne d'autre ne le ferait à leur place. Un des infirmiers du CSB va d'ailleurs prendre sa retraite l'année prochaine et il ne sera pas remplacé, ce qui sera une grande perte pour le dispensaire.

La première chose qui m'a frappée durant le stage, c'est le rapport des Malgaches à la mort. J'ai eu l'impression qu'il était très différent du nôtre. Ils l'acceptent plus facilement : c'est comme si elle faisait partie d'un cycle normal. Je me suis plusieurs fois demandé comment les choses font pour tourner malgré toutes ces personnes qui meurent, et leur manière de voir les choses m'a fait réfléchir. Je me suis alors aperçue que la mort d'un, de dix, ou même de cent hommes, n'empêche pas le monde de tourner : on peut se croire indispensable, mais l'est-on jamais vraiment ?

On dit souvent que partir dans un pays en voie de développement aide à réaliser que certaines personnes sur terre naissent et grandissent dans des conditions désastreuses. J'ai pourtant l'impression qu'après ces cinq semaines je suis encore loin de comprendre ce que vivre là-bas signifie vraiment : nous avons des médicaments à disposition et au moindre problème on nous aurait rapatriés et soignés. Lorsque ça ne dure que quelques semaines on trouve plutôt amusant d'aller chercher de l'eau dans un puits, mais comment comprendre ce que cela signifie au quotidien ?

Si l'occasion se présente j'aimerais retourner un jour dans un pays comme Madagascar, avec cette fois un projet de santé publique et un peu plus de temps pour observer la dynamique du pays et son système de soins : je pense que lorsque que l'on ne comprend pas une manière de fonctionner on a tendance à la rejeter et je n'aimerais pas faire cette erreur.

J'ai eu par la suite la chance de visiter une bonne partie de l'île en tant que touriste. Je dois dire que je reste encore impressionnée par la beauté des paysages et la richesse culturelle du lieu qui mélange 18 ethnies provenant de diverses régions du monde : sur la côte Est vivent des populations à phénotype asiatique, alors que près des magnifiques plages du Nord logent des peuples originaires d'immigrations arabes. C'est dans le sud, région sèche qui abrite de nombreux baobabs, qu'habite l'ethnie au type africain le plus prononcé. Dans chaque région on parle un malgache un peu différent et après avoir parcouru quelques kilomètres de route on en vient souvent à se demander si on est toujours sur la même île.

Il est dommage pour l'économie du pays que Madagascar n'ait jamais vraiment connu d'essor touristique. A part les plages de Nosy Be au nord la plupart de l'île reste peu visitée. Les destinations comme celle-là se font rares, parce que comme l'a dit Claude-Lévi Strauss : « L'humanité s'installe dans la monoculture ; elle s'apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. Son ordinaire ne comportera plus que ce plat ». Madagascar est justement un des rares lieux qui reste encore préservé des effets dévastateurs de la mondialisation et je suis très heureuse d'avoir eu la chance de le visiter.

## Sylvain Budry

A l'instar des saisons inversées entre les deux hémisphères, les mentalités suisses et malgaches sont également aux antipodes l'une de l'autre. Que ce soit lors des préparatifs d'organisation, le matériel, l'administratif ou les précautions médicales, l'existence d'un certain décalage se dessinait petit à petit. Premièrement, de la part de l'employé délivrant les visas à l'aéroport, nous reçûmes le conseil d'indiquer une fausse date de retour afin de payer moins de taxes touristiques (!) Ensuite, face aux douaniers malgaches, il a suffi d'agiter notre épais classeur de paperasserie diverse pour qu'ils renoncent à faire l'effort d'examiner, de fouiller nos innombrables bagages et de mettre péniblement en règle notre situation peu crédible (avec plusieurs valises pleines de médicaments destinés, en théorie, à notre usage). Enfin, sur la route de Vatomandry, les innombrables contrôles de gendarmerie furent passés sans encombre grâce à un laissez-passer factice obtenu pour trois fois rien auprès de la première patrouille. Ces événements nous ont fourni un bel aperçu des autorités malgaches et mon avis quant au fonctionnement de ce pays commença à se former...

Comme le veut la tradition malgache, les nouveaux venus doivent se plier aux visites de courtoisie des innombrables autorités locales. Il ne s'y passe pour ainsi dire rien d'autre que des salutations et de brèves explications concernant notre présence, mais cela prend énormément de temps et semble totalement inutile face à une administration d'un tel immobilisme où les employés du médecin-inspecteur jouent toute la journée à la pétanque devant leurs bureaux. Cherchant à tout planifier dans les moindres détails, à prendre des garanties et prévoir des plans B, nous n'avions pas encore adopté l'adage malgache *mora-mora*, signifiant « doucement-doucement ». Une sorte d'insouciance du lendemain et de fatalité semblent planer sur ce pays dont une large majorité de la population a visiblement lâché prise, ne vivant plus qu'au jour le jour, découragé par la situation économique et politique de leur pays depuis trop longtemps envenimé.

Peu après notre arrivée à Vatomandry, on apprend que le dispensaire d'Ifasina I est en grève. Nicolas et moi étions censés y effectuer une partie de notre IMC afin de voir la médecine malgache dans les régions les plus reculées. Ceci n'étant du coup plus possible, on nous contraint donc à rester avec les filles, le temps que M. Louis (maire d'Ifasina I) parte voir de quoi il retourne et règle quelques affaires. Nous annonçant son retour pour le surlendemain, nous croyions encore la situation sous contrôle. Enfin, profitant d'être à Antanambao-Manampontsy nous avons bien fait de découvrir les infrastructures locales avec les filles, car trois semaines plus tard nous n'avions toujours aucune nouvelle de lui... C'est par hasard, dans une rue de Vatomandry, que nous l'avons enfin recroisé et que sans aucune gêne, ni mot d'excuse, il nous expliqua qu'il était occupé mais qu'il passera nous voir le soir même. Que nenni, on ne l'a plus jamais revu et impossible de le recontacter par la suite. Pas très professionnel pour un maire, mais malheureusement à l'image de leur administration : aucune garantie, une fiabilité des plus incertaines et une irresponsabilité stupéfiante.

Après avoir suivi nos premières consultations, observé le savoir-faire et les décisions de l'infirmier, je doutais sérieusement de ses compétences : il ne se désinfectait jamais des mains, ni les plaies, ni la peau avant de piquer, toussait et se curait le nez face aux patients, distribuait des antibiotiques à tort et à travers et avait visiblement un sérieux penchant pour la boisson... Bref, mes premières impressions furent de l'effarement et une certaine consternation vis-à-vis de leur système de santé. Soit, ils n'ont pas beaucoup de moyens et

essaient certainement de faire au mieux, mais c'était à mes yeux des fautes flagrantes. Par la suite, en discutant avec l'infirmier en question et avec ses collègues, il s'avérera que cette manière de faire est basée sur ses trente ans d'expériences et épaulée par des guidelines qui ont montré une certaine efficacité statistique à travers l'île. Le manque de fonds pour acquérir par exemple des désinfectants ainsi que le manque de formation du personnel médical sont également responsables de cette situation. S'ajoute encore à ces raisons la déplorable volonté du gouvernement de ne plus repourvoir les postes de médecins partant à la retraite. Cela provoque une délégation de responsabilité sur du personnel moins formé, moins qualifié et n'augure rien de bon. Des ONG essaient tant bien que mal d'encourager des médecins à venir travailler en brousse, mais elles ne créent que peu d'engouement car les conditions de vie ne sont pas faciles et que le travail est très peu gratifiant. En effet, le fait est que presque n'importe qui peut suivre bêtement des guidelines pour les maladies les plus fréquentes et se résigner à envoyer dans les grands centres urbains les cas qui sortent un tant soit peu de l'ordinaire.

Au-delà de mon désappointement et de mes doutes quant au fonctionnement du centre de Tan/Manampontsy, je vivais assez mal le fait de ne pas pouvoir aider les patients. Malgré toutes les connaissances acquises au cours du Bachelor, notre inexpérience et notre manque de savoir-faire étaient frustrants, surtout lorsque des patients avaient la conviction que nous avions le pouvoir de les soigner, voire de les sauver. Heureusement que nous avons apporté des médicaments et des habits, histoire de ne pas être totalement inutiles.

Force est de constater que la population doit se contenter de ce qu'elle a, consciente des difficultés nationales qui privent les dirigeants du secteur de la santé de faire plus, ou mieux. Dans un système aussi pervers, comment lutter contre le gouvernement qui ne cherche que le profit et qui place les membres de son entourage aux postes clés à tous les échelons ? Le député de Tan/Manampontsy que nous avons visité vit clairement mieux que ses concitoyens et semble bénéficier de quelques privilèges contre l'occupation de ce poste et la tâche de maintenir les villageois tranquilles... Surtout qu'il ne travaille pas, vu que le Parlement et l'assemblée nationale ont été dissous suite au coup d'état de 2009, et qu'il ne semble pas trop préoccupé par la misère qui l'entoure. Comment fournir des services de qualité alors que l'éducation est en grève, la santé en convalescence, les routes à l'abandon et les autorités corrompues ? Les tensions politiques ne laissant malheureusement que peu de chances à des élections démocratiques de se tenir prochainement, ils risquent la guerre civile et la situation est préoccupante.

Une fois le stage terminé, j'en ai profité pour visiter l'île en mode routard le long de la nationale 7, jusqu'à Tuléar. Presque mille kilomètres de route plus ou moins goudronnée, des taxi-brousses tels des boîtes de sardines, des paysages extrêmement variés et des gens toujours souriants et accueillants ont jalonné mon voyage. J'ai pu me rendre compte de l'importance cruciale que représente le tourisme pour la grande île.

Ce voyage m'a également beaucoup appris sur moi-même, m'a prouvé que j'étais capable de m'adapter à des conditions de vie moins confortables et m'a fait prendre conscience de la chance que nous avons en Suisse. Je regarderai dorénavant plus attentivement les informations en provenance de Madagascar et y retournerais avec plaisir dans le cadre d'un projet humanitaire ou de santé publique qui me permettrait d'aider plus activement la population. Comment continuer à vivre sans retenue dans un tel luxe en ayant vu de près la misère qui règne à Madagascar ?

## **Abran Loïs Kouakou**

### **Pourquoi partir à Madagascar ?**

Partir à Madagascar a été une expérience bouleversante à de nombreux points de vue. J'ai toujours vécu dans un milieu multiculturel, bon nombre de mes amis sont malgaches et depuis toute petite, j'ai très souvent entendu parler de cette île. L'île rouge, l'île aux lémuriers, l'île du riz et de la sieste. J'avais l'impression de déjà la connaître. Aller à Madagascar signifiait également aller dans un pays en développement. Je souhaitais découvrir comment se traduisent au quotidien les indicateurs que nous avons, peut-être avec indifférence, pu lire en préparant notre voyage. Mettre des visages, des expériences et une réalité derrière les chiffres. Enfin, il me tenait particulièrement à cœur d'aller en Afrique car, métisse franco-ivoirienne, je n'ai encore jamais eu la chance de visiter mon pays natal.

### **Mes impressions générales sur le contexte du stage**

A notre arrivée, et durant toute la durée du séjour, j'ai trouvé que tout était exactement comme on me l'avait décrit mais en même temps tellement nouveau et différent ! Cet état d'esprit résume bien la perplexité dans laquelle m'a plongée l'une ou l'autre de nos rencontres. Madagascar représente à présent pour moi le pays de la débrouillardise où les gens ont tellement d'ingéniosité et de joie de vivre qu'ils deviennent capables de tout faire à partir de rien. J'ai vraiment été impressionnée par leur force de vivre. Mais à côté de ça, j'ai pu constater avec regret la résignation des gens face à la misère ou l'injustice de la corruption. Parfois l'avidité à l'égard du *vazaha* (l'étranger occidental) qui vient en faisant miroiter l'existence d'un monde tellement plus alléchant. La résignation que donne aussi aux jeunes le manque d'opportunités et de perspectives d'avenir.

De par mes origines, je me suis sentie à l'aise dans ce pays qui m'a très bien accueillie. D'une part parce que physiquement je ressemble beaucoup aux femmes malgaches. Cette situation m'a donné l'avantage de passer plus ou moins inaperçue et de facilement rentrer en contact avec les gens. D'autre part, parce que vivant entre deux cultures, j'ai appris à facilement m'adapter et à envisager les choses suivant des points de vue différents. J'ai particulièrement apprécié l'accueil que l'on nous a réservé à chacune des étapes de notre stage et la liberté que nous avons de rencontrer et d'interroger des personnes venant de tant d'horizons divers ou appartenant à des catégories sociales différentes. Des paysans, des fonctionnaires, des députés, des étudiants, des membres de plusieurs ONG, des occidentaux résidants ou de passage. Tous avaient des points de vue différents. Ils m'ont permis de parfaire ma connaissance d'une société aux multiples facettes que, sans cesse, nous cherchions à comprendre.

Comment parler de ce voyage sans parler de notre expérience du *mora-mora* (tranquille-tranquille) ? Tout au long de la préparation du stage, nous avons senti qu'il nous faudrait être moins exigeants que nous en avons l'habitude. Ceci s'est confirmé lors du séjour : nos plans ont de nombreuses fois changé d'orientation et nous avons fait la moitié de tout ce qui nous a été proposé au départ. En arrivant, nous avons eu la surprise de constater que la totalité des personnes que nous devions rencontrer pour démarrer le stage étaient en formation ! Nous l'avons pris avec humour malgré quelques petites frayeurs quant à la faisabilité de notre enquête dans ces conditions. Lorsqu'une personne ne savait pas comment répondre à l'une ou l'autre de nos questions elle répondait « oui, demain ». J'ai



souvent eu le sentiment que, loin de notre société étourdissante de rapidité, la vie malgache évolue avec une lenteur déconcertante. Il nous est arrivé d'attendre pendant plusieurs heures, voire des journées. On finit par avoir l'impression que le temps reste figé, que rien n'avance. Un Malgache répondra sûrement que les choses doivent simplement se faire en temps voulu. Pour ma part, j'ai pu expérimenter à quel point l'arrivée de l'Internet et des Smartphones, l'omniprésence des médias dans nos vies ont un impact considérable sur notre perception du temps. J'ai tout de même été un peu interpellée lorsque nous avons vu le personnel administratif de santé de tout un district jouer à la pétanque à longueur de journée, par « manque d'électricité ».

## **Ce que j'ai appris**

### ***Influence de la politique sur la santé***

Avant ce stage ma conception du rôle d'un Etat était purement théorique : voter un budget, créer des lois, avoir des ministres, soutenir des formations et organiser des préventions en tout genre. Autant de mécanismes qui, bien qu'essentiels, me paraissaient ordinaires et éloignés des préoccupations réelles des gens. Sur le plan de la santé, j'avais du mal à me représenter l'impact de la politique sur les préoccupations des patients au moment de la consultation. La situation politique à Madagascar m'a permis d'envisager les choses sous un angle nouveau. En effet, notre séjour s'est effectué dans un climat de revendications contre le gouvernement de transition, aussi bien au sein du corps enseignant qu'au niveau du corps médical. Les activités de ces deux corps professionnels m'ont semblées « gelées » : les écoles publiques étaient fermées avec pour conséquence le désœuvrement d'enfants et de jeunes, certains médecins étaient en grève alors que les institutions rurales de santé essayaient de fonctionner malgré le désinvestissement de l'Etat. Ce phénomène s'est traduit à Manampontsy par un manque de personnel qualifié aggravé du non-remplacement des départs à la retraite, le manque de moyens financiers et matériels. Un dispensaire flambant neuf a été construit par la Croix-Rouge mais il reste inoccupé faute de personnel. Les bâtiments sont insalubres. A Vatomandry, le Dr Serge nous a expliqué que la situation politique a influencé l'organisation du personnel médical en politisant d'autant plus le domaine de la santé. La corruption et le trafic de médicaments ne sont pas tout à fait étrangers aux dirigeants de la santé. Ainsi, notre voyage m'a ouvert les yeux sur la nécessité du soutien des politiques et d'une législation solide. Qu'il s'agisse de mobiliser des fonds, de soutenir l'éducation et la prévention auprès des patients ou tout simplement de répartir les ressources de manière équitable. Tous ce que nous avons observé au dispensaire est le fruit de la politique de santé menée depuis 2004. Les actions menées sont subventionnées par l'Etat en partenariat avec des ONG. A long terme, nous nous demandons ce qu'il va advenir de ce pays.

### ***La difficulté de se sentir inutile***

A ce stade de nos études, tous les étudiants sont d'accord pour dire qu'il est difficile de rencontrer des patients sans être encore capables de leur venir en aide. Ce sentiment s'est vu amplifié dans un pays où le pouvoir d'achat de la population est si faible et les besoins si grands. A plusieurs reprises, soit par curiosité, soit par nécessité, des personnes nous ont demandé de venir faire une consultation pour un proche. Nous avons dû refuser avec embarras et impuissance. Mon sentiment d'inutilité s'est aussi exprimé lorsque j'ai pris conscience de la complexité des besoins de la population de Manampontsy : l'enclavement, le manque d'éducation, la pauvreté...

### ***L'enquête***

A travers l'enquête concernant les connaissances, les attitudes et les pratiques du cancer du col de l'utérus faite auprès de 262 femmes, j'espère pouvoir être d'une certaine manière utile à ce pays qui nous a largement ouvert les bras. Beaucoup de femmes entendaient nos explications pour la première fois. La reconnaissance de certaines m'a émue. Cette expérience a été riche à tout point de vue : nous avons découvert comment vivent les femmes malgaches en milieu rural, visité leurs villages, goûté à leurs plats et à leur hospitalité, rencontré leurs enfants et appris un peu de leurs coutumes.

### ***L'emploi des antibiotiques***

Les premiers jours de stage ont véritablement été un choc culturel. Chacun de nous se souviendra de la première matinée de consultation avec un infirmier qui a prescrit des antibiotiques à chacun des patients sans exception. Le choc a été d'autant plus grand que nous venions de sortir de l'unité infection et des cours donnés par le Professeur Didier Pittet au sujet de l'émergence de résistance aux antibiotiques. Le manque d'arguments médicaux de notre interlocuteur nous a d'abord sidérés. Par la suite, nous avons compris qu'il était chargé d'une fonction qui ne lui revient normalement pas. Cependant, le besoin de soignants pousse à devoir faire appel aux compétences de chacun jusqu'à leurs limites les plus reculées. Par la suite, nous avons vu de quoi cet homme est capable « pour la santé de ses malades » et son dévouement nous a forcés au respect. Si j'ai l'occasion un jour de retourner à Madagascar, je crois qu'il vaut vraiment la peine de revenir avec un programme de santé publique de type : hygiène des mains ou emploi des antibiotiques à bon escient. Les soignants à qui nous avons montré comment se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique n'en avaient encore jamais vue !

### ***Corruption et niveau de vie de la population***

Bien plus que chez nous, l'écart de niveau de vie entre un citoyen lambda et un député est frappant. Il n'y a pas de mots quand on peut voir la misère et le luxe se côtoyer face à face. Nous avons été attristés de voir la poignée d'hommes « élus » parcourir le pays en voiture de luxe alors que plus de la moitié du reste de la population a tout juste de quoi se chausser et se vêtir.

### ***Illustration du lien entre santé et éducation***

Prenons un exemple vécu. Pour les représentants de la santé, la priorité de santé numéro un consiste en l'éradication du paludisme. Dans ce but, des distributions de moustiquaires imprégnées ont lieu. En revanche, pour un citoyen qui doit subvenir à ses besoins dans un contexte hostile, une des priorités premières sera de se nourrir, se vêtir et avoir un toit. C'est ainsi que beaucoup de paysans se servent de ces mêmes moustiquaires comme filets à poisson. Mais à long terme, en plus des risques de pollution, on assiste à un gaspillage des ressources. Selon moi, une des solutions à ce problème passe par l'éducation. Celle-ci peut servir à faire prendre conscience que plutôt que de guérir, on a tout intérêt à prévenir et anticiper : il y a un bénéfice certain en terme de productivité à éviter de tomber gravement malade et à long terme, on dépense moins. A quoi cela sert-il de pêcher tout le poisson que l'on veut si on tombe malade et qu'à long terme l'eau est tellement polluée que l'on ne peut ni la boire ni pêcher dedans ?

## Conclusion

Je pense que ce voyage m'a changée. Je n'envisage plus les rapports Nord-Sud de la même manière. Par exemple, il est différent d'entendre parler de colonisation en classe, dans nos écoles européennes, et de voir tout ce que ce système économique a laissé comme traces aussi bien dans les paysages que dans les esprits. Les rapports entre les *vazaha* et les Malgaches sont encore aujourd'hui très complexes. Le contraste entre richesse et pauvreté a été vraiment saisissant et m'a permis de prendre conscience de cette réalité. Je pense que sur le plan de ma carrière médicale, cette expérience m'a été très profitable dans le sens où il me paraît aujourd'hui inimaginable d'être médecin sans connaître ce qu'est la misère et la détresse dans laquelle nous plonge le manque de ressources et le défaut de soins. Je me suis également rendu compte de l'ambiguïté que confère le statut de médecin : selon un point de vue humaniste, nous souhaitons faire profiter de nos connaissances à nos patients mais d'un point de vue économique nous tirons nos revenus de la souffrance, de la détresse de la maladie. J'espère, au cours de ma carrière, pouvoir trouver le juste équilibre pour résoudre ce problème de conflit d'intérêt.

## Nicolas Meyer

C'était avec impatience que j'attendais le début de ce stage. Notre premier stage en hôpital, ma première expérience dans un pays en voie de développement. Etant depuis bien longtemps attiré par l'aide humanitaire, l'idée d'enfin pouvoir découvrir la réalité du terrain me réjouissait. En écoutant les conseils qu'on me donnait à gauche à droite, j'essayais de partir sans aucune idée préconçue (bien plus facile à dire qu'à faire à force d'entendre moult choses sur les « pays pauvres en Afrique » !). C'est en tout cas dans un esprit de découverte que j'ai essayé de me mettre avant le départ. Même en partant avec l'esprit ouvert, j'ai été surpris – en bien et en moins bien – par ce pays aux paysages magnifiques.

### **Des réalités de vies bien différentes...**

En repensant à ce stage, la première chose qui me vient à l'esprit est les conditions de vie dans lesquelles nous vivions. J'ai pu mieux me rendre compte de ce qu'est la réalité quotidienne d'une population d'un pays défavorisé. On entend bien souvent parler, dans nos médias, de la dure vie des habitants des pays pauvres, mais il était pour moi difficile de réaliser vraiment ce que vivent ces gens puisque ces reportages occupent bien moins de temps sur nos écrans que des débilisés de télé-réalité et que j'ai malheureusement tendance à tout mettre au même niveau d'importance...

Ce voyage m'a permis, en vivant chez l'habitant, de voir ce qu'implique le fait de ne pas avoir d'électricité toute la journée, ni d'eau courante. Même si j'ai conscience d'avoir été, lors de notre séjour en brousse, dans une des plus belles maisons du village, cela m'a donné un aperçu plus proche de la réalité que ce que je pouvais voir à travers la télévision et que je considérais plus comme de la fiction.

Sur le plan des différences de mentalité, le fait de partir en groupe a été très instructif. En effet, même en étant depuis plusieurs semaines à Madagascar, les attitudes ou les réflexes qui restaient chez l'un ou l'autre membre du groupe (moi y compris) rappelaient aux autres combien nous avons grandi dans un univers différent des habitants du village qui nous accueillait.

En revenant de Madagascar, il a fallu un moment de réadaptation à notre monde de surconsommation et de gaspillage. Des gestes anodins auparavant comme prendre une douche chaude qui coule avec de la pression sans rien faire d'autre que d'ouvrir un robinet ou brancher un ventilateur quand il fait trop chaud nous rappellent combien nous sommes favorisés par rapport à d'autres.

### **Le *mora-mora***

Un second aspect du stage qui me revient en mémoire est la philosophie nationale du *mora-mora* (littéralement : « doucement-doucement »). Certes, si dans certaines conditions, notamment dans l'organisation et l'anticipation, cette mentalité a pu avoir tendance à nous tendre, j'en garde un très bon souvenir. Cette idée veut que ça ne serve à rien de se presser, de se stresser, et que de toute façon on a le temps. Pour illustrer cette mentalité reposante, je prendrai l'exemple de ce fonctionnaire du trésor public que nous avons rencontré dans les rues d'Antanambao-Manampontsy. Prenant une pause durant ses heures de travail, il nous a croisés devant le bâtiment de gestions des comptes du district. Il était si content de pouvoir exercer son français avec des *vazaha* (étrangers), qu'il nous a suivis, nous a guidés dans le village et s'est posé pendant une heure, avec nous, au bord de la rivière. Il prenait

son temps et ne se faisait pas de soucis quant à son absence de plus d'une heure alors que son chef l'attendait.

Il est vrai que par moment, cette philosophie nous déstabilise quand par exemple un des responsables nous donne rendez-vous à « 8 h peu précises », et qu'à 11 h, il arrive sans aucun remord de nous avoir fait attendre. Après un certain temps d'adaptation, nous nous y sommes faits et c'est vrai qu'un peu de *mora-mora* dans nos mentalités ultra-stressée n'est pas déplaisant.

### **La politique...**

Un des points les plus négatifs que je retiendrai de Madagascar est la politique. Doux mélange de corruption, de copinage et d'inégalité. En effet, les exemples de corruption sont légions. Je retiendrai surtout les douaniers à la fin de notre voyage qui ne voulaient nous laisser passer qu'à condition qu'on leur verse un pot-de-vin. Fort heureusement il ne nous restait plus un centime sur nous et nous leur avons fait comprendre que nos revenus d'étudiants n'avaient pas pour mission d'entretenir une équipe de douaniers. Ce qui est vraiment dommage, c'est que plus l'uniforme est important, plus les fonctionnaires peuvent prendre de l'argent. Cela dit, je ne généralise pas la corruption à l'ensemble des fonctionnaires. Il existe, fort heureusement, de nombreux dotés d'une éthique juste. De plus, même si ce comportement corrompu peut nous tendre, il nous est difficile de juger, car ces fonctionnaires ont un salaire de misère et c'est peut-être le seul moyen de subvenir aux besoins de leurs proches.

Au-delà de cette corruption généralisée, les hommes politiques ont un niveau de vie bien supérieur à leurs concitoyens. Certes cette différence existe aussi dans nos pays, mais à Madagascar, c'est flagrant car la majorité de la population vit dans une extrême pauvreté. Après avoir rencontré le député de la Transition d'Antanambao-Manampontsy, nous avons été invités chez lui. Un homme très sympathique, des enfants bien élevés. Comme c'était la période de l'Euro 2012 de football, il nous a même invités à regarder un match sur son grand écran plat. Etant un passionné de foot et étant coupé de ce sport depuis un mois, j'acceptai volontiers sa proposition. J'étais donc au milieu de la brousse en train de regarder un match par diffusion satellite sur un écran qui devait consommer autant d'électricité que la moitié du village. On s'accommode très bien du confort, même si autour de nous c'est la misère. Ce n'est qu'en rentrant où je logeais que la réalité du village m'est revenue. Certes, je me sentais mal d'avoir regardé ce match, mais j'ai aussi pris conscience qu'il est extrêmement facile d'oublier que des gens sont dans une situation plus que précaire, même si l'on n'est séparé d'eux uniquement par un mur et une clôture...

### **Pour conclure...**

Malgré les quelques désagréments de ce stage (les deux semaines de nausées à cause de la Malarone et les 8 kg perdus), j'en garde un excellent souvenir. C'est vraiment une expérience que je recommande à toute personne désirant s'ouvrir à d'autres horizons. En tout cas, j'y retournerai, mais cette fois, pas qu'en observateur. J'aimerais pouvoir y être utile et j'espère que cette envie n'est pas qu'une parole en l'air dictée par la nostalgie de ce magnifique pays, mais que je pourrai y retourner et apporter mon aide dans la mesure de mes capacités.

# Annexe 1 – Questionnaire Makalioka



Association **MAKALIOKA**  
Coopération, Solidarité, Culture

[www.makalioka.com](http://www.makalioka.com)

## Questionnaire de pré-sélection pour les intervenants à Madagascar

### Identité et adresse

Comment avez-vous connu Makalioka ?

Avez-vous déjà un engagement associatif (précisez dans quel type d'association et votre degré d'engagement) ?

Quelles sont vos précédentes missions humanitaires ?

Etes-vous déjà allé(e) dans un pays en voie de développement ? Si oui, précisez.

Comptez-vous aider la population malgache

à court terme       à moyen terme       à long terme

Qu'attendez-vous de votre séjour à Madagascar ?

Que pensez-vous pouvoir apporter à la population ?

Dans le cadre de la mission, préférez-vous :

garder votre mode de vie       vivre en communauté  
 adopter le mode de vie malgache       vivre de façon indépendante

Etes-vous prêt(e) à financer votre séjour à Madagascar (transport, nourriture, hébergement, action Makalioka...) ?

Que savez-vous de la situation géographique, économique, politique et environnementale de l'île ?

Citez et situez les principales ethnies qui composent la population malgache et leurs coutumes et croyances principales

Citez quelques ingrédients principaux de la cuisine traditionnelle malgache

Etes-vous prêt(e) à travailler dans des conditions difficiles (manque de matériel, problèmes de transport en brousse,...) ?

**Quelles sont vos qualités les plus utiles dans le cadre de votre mission ?**

**Avez-vous de grandes capacités d'adaptation (citez des exemples) ?**

**Avez-vous l'esprit d'équipe ?**

**Avez-vous déjà encadré un groupe et si oui à quelles occasions ?**

**Avez-vous des problèmes de santé (précisez lesquels)?**

**Suivez-vous un traitement pour :**

diabète    problèmes cardiaques    hypertension    hémophilie    autres

**Suivez-vous un régime alimentaire particulier et si oui lequel ?**

**Avez-vous des remarques ou questions à formuler ?**

L'association Makalioka vous remercie d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire qui restera strictement confidentiel.

**Association loi 1901**  
**35, av. des Borromées Bt.Q 13012 Marseille (France)**  
**Tél/fax : 04 86 12 91 56 E-mail: [contact@makalioka.com](mailto:contact@makalioka.com)**



REGION PACA



CONSEIL GENERAL  
DEPARTEMENT DES BOUCHES-DU-RHÔNE

## Annexe 2 – Documents administratifs à fournir



Association **MAKALIOKA**  
**Coopération, Solidarité, Culture**

[www.makalioka.com](http://www.makalioka.com)

### **PIECES A FOURNIR POUR LES INTERVENANTS DANS LA SANTE, ELEVES STAGIAIRES EN MEDECINE ET EN SOINS INFIRMIERS**

- lettre de motivation adressée à Monsieur le Ministre de la Santé Malgache.
- Objectif de votre stage,
- attestation d'hébergement délivrée par Ass. Makalioka,
- attestation d'assurances diverses (couverture assurance maladie, responsabilité civile, assurance de rapatriement...)
- attestation de transport (attestation de billet d'avion)
- certificat de scolarité,
- Convention de votre Ecole.

L'hôpital de Vatomandry ne prend pas de stagiaires pour le moment et jusqu'à nouvel ordre. Donc, vous effectuerez votre stage aux Centres de Santé de Base (CSB ou dispensaires) dirigés par Dr Marcel RAJERISON. Par ailleurs, nous vous remercions de bien mentionner dans votre lettre de motivation et notamment dans la convention de votre école que vous effectuerez votre stage aux CSB du District de Vatomandry dirigé par le Dr Marcel RAJERISON.

Lettre de motivation à adresser à : **Monsieur le Ministre de la Santé Malgache**  
**Ministère de la Santé et du Planning Familial**  
**BP 88**  
**101 ANTANANARIVO**  
**MADAGASCAR**

Le Ministre de la Santé actuel : **Alain TEHINDRAZANARIVELO**

Le Médecin Inspecteur Responsable des CSB et de l'hôpital de Vatomandry, puis représentant du Ministère de la Santé : **Dr Marcel RAJERISON**

**Le dossier est à constituer en 2 exemplaires :**

- **le 1er à adresser :** Association Makalioka  
Protection Sociale et Familiale  
Lot IDD 03 Tanambao  
517 VATOMANDRY  
MADAGASCAR
- **le 2e à adresser :** Association Makalioka  
BAT Q les Borromées  
13012 MARSEILLE

En sachant la lenteur de l'administration malgache, c'est Makalioka qui s'engage, d'ores et déjà, à transmettre votre dossier au Ministère et vous renvoyer le double de la convention de votre école dûment signée et approuvée par le Dr Marcel RAJERISON.



**RAPPORT DE STAGE DES ANCIENS ELEVES EN SOINS INFIRMIERS  
SOINS RENCONTRES :**

- dépistage, test paludisme, IST
- injections sous-cutanées, intraveineuses.
- pose de perfusion
- pansements, suture,
- consultation pré-natale, vaccination,
- planification familiale,
- participation accouchement,
- prévention sur l'hygiène des mains et l'hygiène bucco dentaire.

**BESOINS EN FOURNITURES ET MEDICAMENTS :**

- compresses, sparadrap, fils de suture, coton,
- tensiomètre, thermomètre,
- antalgiques (paracétamol),
- antipyrétiques,
- anti-diarrhéiques,
- antibiotiques,
- antiseptiques (bétadine)
- vitamines (calcium, magnésium, etc.)

**Remarque :**

La population rencontrée est relativement jeune. Les motifs de consultations sont souvent récurrents tels que des épigastralgies, IST, paludisme, diarrhées, parasitoses, grippe...

Les consultations sont gratuites dans les dispensaires mais les médicaments sont payants, c'est pourquoi les malades viennent au dernier moment et essaient d'abord de se soigner avec les plantes médicinales.

*Association loi 1901*  
*35, av. des Borromées Bt.Q 13012 Marseille (France)*  
*Tél/fax : 04 86 12 91 56 E-mail: [contact@makalioka.com](mailto:contact@makalioka.com)*



REGION PACA





## Annexe 4 – Inventaire des médicaments

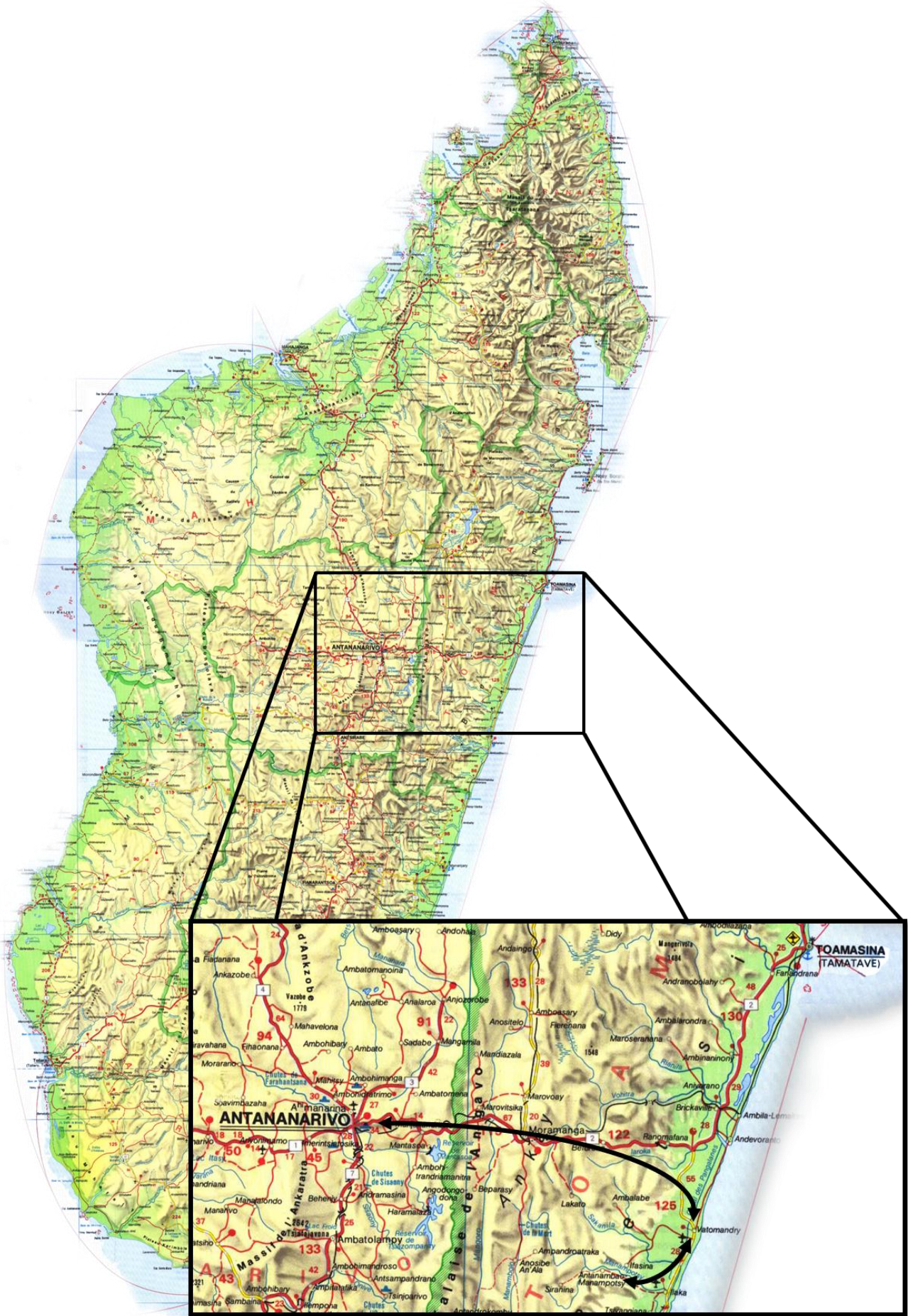
Médicaments récoltés à destination du dispensaire d'Antanambao-Manampontsy.

Ixprim (tramadol)	37,5/325 mg	10 boîtes de 20
Panos (tétrazépam)	50 mg	1 boîte de 20
Tétrazépam	50 mg	1 boîte de 20
Trimébutine	100 mg	1 boîte de 30
Trimébutine	200 mg	1 boîte de 30
Phloroglucinol	80 mg	2 boîtes de 10
Arixtra	2,5 mg	2 boîtes de 7 seringues
Surgam (a. tiaprofénique)	200 mg	1 boîte de 15
Pyostacine (pristinamycine)	500 mg	2 boîtes de 16
Esoméprazole	40 mg	1 boîte de 28
Esoméprazole	20 mg	1 boîte de 28
Egery	250 mg	1 boîte de 40
Coumadine (warfarine)	2 mg	1 boîte de 20
Atarax	25 mg	1 boîte de 30
Clopidogrel	75 mg	1 boîte de 30
Clopidogrel	75 mg	1 boîte de 24
Celebrex (célécoxib)	200 mg	1 boîte de 30
Adancor (nicorandil)	10 mg	1 boîte de 30
Nifuroxazide	200 mg	1 boîte de 12
Lectil	16 mg	1 boîte de 45
Lopéramide	2 mg	4 boîtes de 60
Imodium lingual	2 mg	1 boîte de 12
Cosaar	50 mg	1 boîte de 42
Enatec 10 (énalapril)	10 mg	1 boîte de 98
CoOlmotec	20/12,5 mg	1 boîte de 75
Meteospasmyl	60/300mg	4 boîtes de 20
Augmentin	1g/125 mg	3 boîtes de 8
Co-Amoxiciline	625 mg	6 boîtes de 20
Augmentin	500/62,5 mg	2 boîtes de 24
Ciprofloxacine	500 mg	5 boîtes de 20
Batrim forte	800/160 mg	1 boîte de 10
Avalox (moxifloxacine)	400 mg	1 boîte de 7
Avalox (moxifloxacine)	400 mg	1 boîte de 9
Zinat (céphalosporine)	500 mg	1 boîte de 14
Dafalgan	500 mg	20 boîtes de 100
Dafalgan	1 g	1 boîte de 24

Mefenacid	500 mg	1 boîte de 10
Voltaren Rapid 50	50 mg	1 boîte de 20
Irfen 400 (ibuprofen)	400 mg	1 boîte de 50
Aspegic	500 mg	4 boîtes de 20
Carbolevure	100 mg	5 boîtes de 20
Carbolevure	100 mg	5 boîtes de 30
Calcium-Sandoz + vitamines		10 boîtes de 20
Calcium-Sandoz	100 mg	10 boîtes de 20
Calcium-Sandoz	1000 mg	10 boîtes de 20
Calcium-Sandoz Formule+		10 boîtes de 20
Magnesium (Mg Complexe)		6 boîtes de 100
Berocca (vitamines)		10 boîtes de 15
Calperos D3	500mg/400 UI	1 boîte de 180
Calcium-Sandoz+ vit D3	500 mg	6 boîtes de 30
Vitrion (vitamines)		6 boîtes de 30
Mag 2 (magnésium)	1,5 g	6 boîtes de 30
Béthadine		10 bidons de 500 ml

+ de nombreux sets à pansements, compresses et autres consommables médicaux.

# Annexe 5 – Carte de Madagascar



## Annexe 6 – Matinée de consultations

Ces 18 consultations ont été effectuées en une matinée (3 heures) au CBS II d’Antanambao-Manampontsy.

	Patient	Plainte, anamnèse	Investigation	Diagnostic	Suite, traitement
1	Homme, 30 ans	Toux chronique, difficultés respiratoire, sang dans crachats	Auscultation : bruit expiratoire plage moyenne G	Suspicion tuberculose	Collecte de crachat durant la nuit pour confirmer diagnostic <sup>51</sup> . Ensuite début ttt.
2	Femme, 30 ans (a fait 15 km à pied pour venir)	Fièvre, frissons, céphalée, toux	Test palu : flou	Suspicion palu	Paracétamol, anti-palu <sup>52</sup> , amoxicilline.
3	Homme, 45 ans (a fait 30 km à pied pour venir)	Contrôle HTA suite à consultation de la veille	Bras D : 130/70 (veille : 140/100) Bras G : 120/80 (veille : 120/90)	HTA	Aspirine, furosémide (prescrit la veille), boire de l’eau, diminuer alcool, stop café)
4	Garçon, 5 ans (bénéficiaire de la mutuelle de l’hôpital)	Toux, frissons. Mère a donné 500 mg de paracétamol	Test palu : flou	Suspicion palu	Paracétamol (15 mg/kg toutes les 6 heures), anti-palu, amoxicilline
5	Jeune homme, 18 ans	Dit tousser depuis 15 jours, mais en réalité tousse depuis 1 mois <sup>53</sup> , œdème aux yeux <sup>54</sup> , douleur. Camarade tuberculeux, pas de sang dans crachats	Anamnèse, pas d’auscultation	Suspicion tuberculose	Collecte de crachat durant la nuit pour confirmer diagnostic. Ensuite début ttt.
6	Homme, 50 ans	Enrhumé, lombalgie, HTA connue	Contrôle TA : 120/90	Etat grippal	Vitamine C, chlorophénylalanine
7	Jeune femme, 19 ans	Fièvre	Test palu : positif	Palu	Anti-palu
8	Femme, 45 ans	Diarrhées sanglantes depuis 2 mois <sup>55</sup> , douleurs abdominales, pas de fièvre	Anamnèse	Suspicion de bilharziose	Proziquantel délivré une fois que l’analyse de selle aura été faite.
9	Femme, 45 ans	Aménorrhée depuis 2 mois, douleurs	Palpation : splénomégalie	Ne peut être enceinte ni ménopausée <sup>56</sup>	Ttt homéopharma : remède à base de plante pour protéger

<sup>51</sup> Malheureusement, le laborantin est absent durant un mois et personne ne peut faire son travail.

<sup>52</sup> L’anti-palu distribué gratuitement est de l’Artesunate/Amodiaquine

<sup>53</sup> Les patients ont peur (ou honte) de la tuberculose alors ils vont souvent mentir sur le nombre de jours depuis lesquels ils toussent. Ils minimisent toujours leurs symptômes. Il faut savoir que quand la toux dépasse 3 semaines, on analyse systématiquement les crachats pour dépister la tuberculose.

<sup>54</sup> Un des problèmes est qu’en brousse il n’y a pas du tout de collyre. On se concentre donc sur sa toux.

<sup>55</sup> Elle ne vient que maintenant car avant elle n’avait pas assez d’argent, l’analyse des selles coûtant 1 000 Ar (0,40 CHF).

<sup>56</sup> Elle ne peut être enceinte selon elle, et elle ne peut déjà être ménopausée selon le médecin car elle a eu 10 enfants (et ne touche pas à son stock d’ovules durant ce temps-là).

		épigastriques, hématurie		Suspicion ulcère estomac <sup>57</sup>	l'estomac
10	Femme, 28 ans	Cervicalgie depuis 1 mois, prend une pilule contraceptive depuis 1 mois <sup>58</sup>	TA : 140/90, pas de fièvre	HTA liée aux œstrogènes	Changer de contraceptif
11	Femme, 60 ans	Sondée la veille car globe, hématurie, métrorrhagie, constipation	Inspection : anémie Examen des selles impossible car constipation Examen des urines impossible ici	??? Cancer ?	Comme on ne peut de toute façon rien faire contre le cancer, on traite à l'aveugle contre la bilharziose Doit être transfusée dans un grand centre, mais refuse <sup>59</sup>
12	Bébé, 5 mois (bénéficiaire de la mutuelle de l'hôpital)	Toux	Anamnèse Pas d'auscultation	Infection pulmonaire	Amoxicilline <sup>60</sup> On n'a ni antitussif ni expectorant
13	Femme, 45 ans	Toux sèche depuis 5 jours	Pas d'auscultation		Ttt homéopharma : remède à base de plante contre la toux
14	Femme, 23 ans	Dysménorrhée, leucorrhée, écoulement génitaux malodorants	Pas d'analyse	On traite à l'aveugle une MST	Spasfon, AINS, kit contre écoulement génital <sup>61</sup> (doxycycline, céphalosporine), métronidazole
15	Bébé, 9 mois	Toux, diarrhée	Test palu : positif	Palu	Paracétamol, anti-palu, cotrimoxazole
16	Garçon, 4 ans	Fièvre	Test palu : négatif	Infection	Amoxicilline
17	Fille, 11 ans	Fièvre, céphalée	Test palu : négatif	Etat grippal	Paracétamol, vitamine C
18	Homme, 40 ans	Douleur abdominale depuis des mois, analyse selles : négatives	Palpation : masse flanc droit	Hépatomégalie ? Tumeur ?	Spasfon <sup>62</sup>

<sup>57</sup> C'est un problème fréquent en brousse, car d'après le médecin, le manioc (source principale d'alimentation en brousse) attaque l'estomac.

<sup>58</sup> Normalement, elle prend sa contraception par injection de progestérone, mais le mois dernier, le planning familial était en rupture de stock et lui a prescrit une pilule œstro-progestative.

<sup>59</sup> Elle finira par accepter après avoir négocié avec le médecin pour qu'il lui donne une poche de sérum avant de partir.

<sup>60</sup> Comme il n'y a pas de médicament dont la prise soit adaptée aux bébés, le médecin invite la mère à ouvrir la gélule gastro-résistante et à mélanger la poudre à de l'eau.

<sup>61</sup> Pour elle et son partenaire.

<sup>62</sup> Ne peut pas aller dans un grand centre pour un diagnostic car il doit s'occuper de sa mère.

# Table des matières

Avant-propos.....	2
Remerciements .....	2
Introduction.....	3
Contexte du pays.....	3
Contexte du stage .....	9
Le système de santé à Madagascar.....	12
Organisation .....	12
Politique de santé.....	15
Accès aux soins.....	20
La santé des femmes à Madagascar .....	23
Place de la femme (société, famille, maltraitance).....	23
Politique de santé et familiale, la réduction des naissances comme outil de lutte contre la pauvreté .....	26
Prise en charge des femmes au dispensaire .....	29
Déroulement des consultations .....	30
Barrières d'accès aux soins .....	35
Prévention MST.....	36
Vaccination.....	38
Etude « Connaissances, attitudes et pratiques relatives à la prévention du cancer du col utérin parmi des femmes malgaches en milieu rural » : faire une étude épidémiologique dans un pays en développement. ....	39
Prostitution et tourisme sexuel.....	42
Impressions personnelles.....	44
Céline Broquet.....	44
Sylvain Budry .....	46
Abran Loïs Kouakou.....	48
Nicolas Meyer.....	52
Annexe 1 – Questionnaire Makalioka .....	54
Annexe 2 – Documents administratifs à fournir .....	56
Annexe 3 – Annonce récolte habits .....	58
Annexe 4 – Inventaire des médicaments .....	59
Annexe 5 – Carte de Madagascar.....	61
Annexe 6 – Matinée de consultations.....	62
Table des matières .....	64