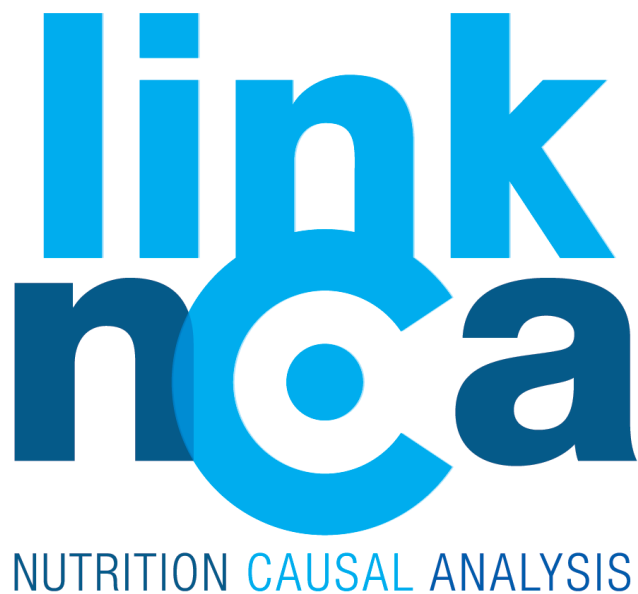


Rapport final



Novembre 2018 – April 2019

District d'Amboasary Sud, Région Anosy
Madagascar



REMERCIEMENTS

L'analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) dans le district d'Amboasary Sud, Région Anosy, Madagascar a été rendue possible grâce au financement du Bureau d'Assistance aux Urgences Internationales de l'Agence des Etats Unis pour le Développement Internationale (USAID-OFDA).

L'étude a été menée par l'Analyste Link NCA, *Lenka Blanárová*, et l'Experte SMART, *Alexandra Humphreys*, sous la supervision des points focaux de cette étude: *Claire Ficini*, Directeur-Pays Adjoint, Action Contre la Faim, Madagascar et *Fabienne Rousseau*, Référente Technique Opérationnelle Santé et Nutrition, Action Contre la Faim, France.

L'équipe Link NCA souhaite d'adresser ses remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à cette étude et/ou ont facilité son déroulement, notamment:

À la Direction Régionale de la Santé (DRS) de la Région Anosy et au Service de District de Santé Publique d'Amboasary Sud pour leur dévouement infatigable dans la lutte contre la sous-nutrition et pour leur disponibilité absolue lors de la collecte des données ainsi qu'à tout personnel des établissements de santé dans la zone d'étude pour leurs franches contributions.

À tous les experts techniques qui ont assisté aux ateliers Link NCA pour le partage de leur riche expertise, assurant ainsi la haute qualité de l'étude.

Aux autorités administratives sur l'étendue du territoire du district d'Amboasary Sud pour l'assurance de sécurité à tous les membres de l'équipe Link NCA; à tous les chefs de fokontany pour leur accompagnement lors de la collecte des données; aux notables de la zone d'étude pour leur accueil chaleureux et orientations précieuses, et à tous les résidents des localités échantillonnées et/ou croisés au hasard pour leur hospitalité et leur franche collaboration.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe quantitative et qualitative pour leurs efforts exceptionnels dans les conditions éprouvantes lors de la collecte des données.

Nous adressons également nos remerciements à l'Unité technique Link NCA d'Action Contre la Faim, France, notamment à Mlle. *Gwenaëlle Luc*, pour sa disponibilité et son encouragement 24/7.

Cette étude n'aurait pas été possible sans le travail et l'engagement exceptionnel de toutes les personnes impliqués.

ABBREVIATIONS

ACF	Action Contre la Faim
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CAP	Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CFSVA	Comprehensive Food Security, Nutrition Security, and Vulnerability Analysis
CHD	Centre Hospitalier de District
CSB	Centre de Santé de Base
CPN	Consultation Prénatale
CRENAM	Centre de récupération nutritionnelle aigüe modérée
CRENAS	Centre de récupération nutritionnelle aigüe sévère
CRENI	Centre de récupération nutritionnelle intensive
DPT3	3 ^{ème} vaccination contre la Diphtérie, Coqueluche et Tétanos
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENA	Emergency Nutrition Assessment (Enquête Nutritionnelle d'Urgence)
ESD	Entretien Semi-Directif
FANTA	Food and Nutrition Technical Assistance
FAO	Food and Agriculture Organization
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
FGD	Discussion de Groupe
HDDS	Household Dietary Diversity Score (Cf. Score de la Diversité Alimentaire des Ménages)
HHS	Household Hunger Scale (Indice de la Faim des Ménages)
IC	Intervalle de Confiance
IDDS	Individual Dietary Diversity Score (Score de la Diversité Alimentaire d'un Individu)
IPC	Integrated Phase Classification (Cadre intégré de classification de la Sécurité Alimentaire)
IRA	Infections Respiratoires Aigües
ISAr	Indice des Stratégies d'Adaptation réduit (Cf. rCSI)
LCD	Litres per capita par jour
Link NCA	Analyse Causale de la Sous-Nutrition
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAHFP	Months of Adequate Household Food Provisioning (Mois d'Approvisionnement Alimentaire Adéquat pour les Ménages)
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MCG	Malnutrition Chronique Globale
MCM	Malnutrition Chronique Modérée
MCS	Malnutrition Chronique Sévère
MSP	Ministère de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONN	Office National de Nutrition
ORN	Office Régional de Nutrition
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCMA	Prise en Charge de Malnutrition Aigue
PPS	Probability Proportionate to Size (Probabilité proportionnelle à la taille)
P/T	Indice Poids/Taille
rCSI	Reduced Coping Strategy Index (Cf. ISAr)
RFS	Risk Factor Survey (Enquête des Facteurs de Risque)
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SDAM	Score de la Diversité Alimentaire des Ménages (Cf. HDDS)

SMART	Standardized Monitoring for Assessment in Relief & Transitions
T/A	Indice Taille/Age
UNICEF	United Nations' Children's Fund

FIGURES

Figure 1	Carte des communes du District d'Amboasary Sud, Madagascar
Figure 2	Résumé des principales barrières aux soins de santé dans le district d'Amboasary Sud
Figure 3	Schéma causal démontrant l'effet des facteurs de risque dans le domaine de la santé maternelle sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud
Figure 4	Schéma causal démontrant l'effet des facteurs de risque dans le domaine de la sécurité alimentaire et moyens d'existence sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud
Figure 5	Schéma causal démontrant l'effet des facteurs de risque dans le domaine de l'eau, l'assainissement et l'hygiène sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud
Figure 6	Schéma causal simplifié pour malnutrition aiguë dans le district d'Amboasary Sud
Figure 7	Schéma causal simplifié pour malnutrition chronique dans le district d'Amboasary Sud

TABLEAUX

Tableau 1	Paramètres utilisés pour le calcul de la taille de l'échantillon pour la collecte de données anthropométriques, District d'Amboasary Sud
Tableau 2	Cadre d'échantillonnage pour l'étude qualitative Link NCA, District d'Amboasary Sud
Tableau 3	Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, District d'Amboasary Sud
Tableau 4	Liste des facteurs de risque hypothétiques validée lors de l'atelier technique initial, y compris la pondération par experts techniques
Tableau 5	Itinéraires thérapeutique pour les maladies infantiles récurrentes
Tableau 6	Calendrier saisonnier pour les maladies récurrentes dans le district d'Amboasary Sud
Tableau 7	Analyse des barrières liées à l'utilisation des moyens contraceptives
Tableau 8	Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas dans les localités échantillonnées
Tableau 9	Perception des risques liés aux pratiques d'allaitement maternel
Tableau 10	Analyse des barrières liées à l'allaitement maternel exclusif
Tableau 11	Analyse des barrières liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois
Tableau 12	Perception des risques liés aux certaines pratiques de soins
Tableau 13	Calendrier saisonnier pour les activités économiques et la sécurité alimentaire dans le district d'Amboasary Sud
Tableau 14	Prix exemplaires de certains aliments basiques avant et après la récolte, collectés lors des observations au marchés locaux dans le district d'Amboasary Sud
Tableau 15	Perception des risques liés à l'utilisation de l'eau
Tableau 16	Analyse des barrières liées au traitement de l'eau
Tableau 17	Perception des risques liés aux certaines pratiques d'hygiène
Tableau 18	Analyse des barrières liées au lavage des mains
Tableau 19	Analyse des barrières liées à l'utilisation des latrines
Tableau 20	Perception des risques liés aux certaines pratiques d'assainissement
Tableau 21	Synthèse des retours sur la prise de décision au ménage
Tableau 22	Résumé des résultats anthropométriques de l'enquête nutritionnelle selon la méthodologie SMART réalisée dans le District d'Amboasary Sud, Mars - Avril 2019, comparés avec les résultats d'autres enquêtes SMART, réalisées en Mars 2017 et Février 2018
Tableau 23	Prévalences de la malnutrition aiguë globale (MAG) désagrégés par sexe selon l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans le District d'Amboasary Sud, Mars - Avril 2019
Tableau 24	Liste des termes locaux utilisés à décrire les différentes formes de sous-nutrition

Tableau 25	Synthèse des résultats de l'exercice de la catégorisation des facteurs de risque communautaire
Tableau 26	Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque
Tableau 27	Grille de catégorisation des facteurs de risque

PHOTOS

Photo 1	Restitution communautaire à Analoalo, Ifotaka
Photo 2	Repas à la base de tamarin
Photo 3	Jeune fille de 10 ans surveille son petit frère de 18 mois à Esatra Bevia, Behara
Photo 4	Jour de marché à Ifotaka
Photo 5	Femme enceinte pile le maïs à Ankilimalaindio 2, Sampona
Photo 6	Source d'eau tout usage après la pluie sur la route principale entre Amboasary et Ifotaka
Photo 7	Enfant urine dans la rivière près de Mahabo où les communautés puisent de l'eau de boisson
Photo 8	Discussion de groupe sur les perceptions communautaires de malnutrition aiguë et de malnutrition chronique à Analoalo, Ifotaka

TABLEAU DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
ABBREVIATIONS.....	3
FIGURES	4
TABLEAUX.....	4
PHOTOS	5
SYNTHÈSE EXÉCUTIVE	7
I. INTRODUCTION	10
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	12
III. MÉTHODOLOGIE	13
A. ÉTAPES CLÉS DE L'ÉTUDE	13
B. ECHANTILLONAGE POUR L'ENQUETE QUANTITATIVE	15
C. ECHANTILLONAGE POUR L'ETUDE QUALITATIVE.....	16
D. COLLECTE DE DONNÉES QUANTITATIVES	18
E. COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES.....	19
F. TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES	22
G. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	22
H. LIMITES DE L'ÉTUDE	23
IV. RÉSULTATS	24
FACTEURS DE RISQUE HYPOTHÉTIQUES	24
A. SANTÉ.....	25
B. NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS.....	40
C. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE	54
D. EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE	69
E. GENRE	78
F. SOUS-NUTRITION.....	88
G. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES.....	89
H. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES MECANISMES CAUSAUX DE LA SOUS-NUTRITION.....	93
I. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE	94
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	98
VI. ANNEXES	101

SYNTHÈSE EXÉCUTIVE

Habité par quatre ethnies différentes, le district d'Amboasary Sud fait face à la persistance de problèmes nutritionnels qui impactent les différents secteurs de développement. Suite à la crise politique de 2009 et des sécheresses récurrentes au cours des 10 dernières années qui ont érodé les capacités socioéconomiques de la population, les ménages n'ont pas reconstitué son capital et reste vulnérable. Les ressources en eau ne sont pas revenues à la normale, les terres agricoles ont une faible productivité et la réduction de l'épargne des ménages interdit la reprise des activités normales. Les analyses du Cadre Intégré de Classification de la Sécurité Alimentaire (IPC) mettent en évidence la faible résilience de la population, estimant que 40% de la population du district d'Amboasary Sud s'est trouvé en Septembre 2018 dans la phase 3 (crise) et 4 (urgence)¹.

Les effets cumulatifs de la sécheresse et du phénomène El Niño ont une incidence directe sur la sécurité nutritionnelle de la population. Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART, réalisée en Mars 2019 en tant que partie intégrale de cette étude Link NCA, le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) au niveau de 11,9% [8,6-16,1 IC 95%] est considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018, avec la valeur plus haute de l'intervalle de confiance au-dessus du seuil d'urgence de 15%. Le taux de la malnutrition aiguë sévère (MAS) a légèrement diminué (1,9% [1,0-3,6 IC 95%]) pendant que la prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) a augmenté à 44,0% [38,7-49,4 IC 95%].

Face à l'ampleur et à la persistance de ces problèmes nutritionnels, leurs origines multiples, leurs impacts sur les différents secteurs de développement, il a été jugé essentiel qu'une synergie des programmes dans les multiples domaines soit recherchée pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition. La réalisation de l'étude de l'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA permet l'élaboration d'un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la malnutrition aiguë et chronique et relier l'analyse causale à la réponse programmatique.

PRINCIPALES CONCLUSIONS

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis d'identifier 19 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur l'incidence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, six (6) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, cinq (5) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et huit (8) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur.

Les six principaux facteurs de risque couvrent chaque secteur et ainsi soulignent l'aspect multisectoriel des mécanismes causaux de la sous-nutrition. Ils comprennent le faible accès aux services de santé, les faibles pratiques d'allaitement maternel, le faible accès aux aliments, les faibles capacités de résilience de ménage, le faible accès à l'eau et le faible état nutritionnel des femmes.

Les analyses permettant la détermination d'associations statiques entre les facteurs de risque et l'émaciation ou le retard de croissance a permis de différencier les mécanismes causaux de ces

¹ Analyse IPC pour le Grand Sud et le Grand Sud Est de Madagascar, Juin 2018.

deux formes de sous-nutrition et de simplifier des schémas assez complexes à des fins opérationnelles.

Malnutrition aigue

Le schéma causale principale (Figure 6), susceptible d'expliquer une majorité de cas de malnutrition aigüe dans la zone étudiée, démontre clairement des interconnexions entre le rôle et l'état nutritionnel de la mère et celui de l'enfant. Ainsi, la malnutrition aigüe est à la fois causée par le faible état nutritionnel de la mère qui, dû au faible accès aux aliments, n'arrive pas subvenir aux besoins de son fœtus (lors de la grossesse) et son nourrisson (après l'accouchement). Autrement dit, la mère malnutrie peut souffrir de l'insuffisance du lait, motivant une complémentation précoce en aliments solides à son enfant à bas âge et, par conséquent, le rendant plus vulnérable aux infections et/ou autres complications médicales.

D'ailleurs, la surcharge de travail de la mère couplée avec le faible accès à l'eau peut résulter en faibles pratiques de soins, se dévoilant sous forme de faibles pratiques d'hygiène corporelle de l'enfant qui - en conjonction avec la présence des animaux et/ou leurs excréments dans l'espace de jeux des enfants – peuvent augmenter le risque de contamination et des infections successives de l'enfant. Pourtant, la surcharge de travail de la mère peut aussi aboutir au faible accès et l'utilisation des services de santé pour les soins curatifs ainsi que préventifs, potentiellement débouchant sur la détérioration graduelle de l'état nutritionnel de l'enfant.

Malnutrition chronique

Le schéma causale principale (Figure 7), susceptible d'expliquer une majorité de cas de malnutrition chronique dans la zone étudiée, est considérablement plus simple. La croissance de l'enfant semble de dépendre moins de l'état nutritionnel de sa mère, même si les pratiques d'allaitement continuent de jouer leur rôle, notamment du point de vue de sevrage ou la complémentation de l'alimentation de l'enfant par le lait maternel. Vu la faible diversité alimentaire au ménage, le lait maternel semble de protéger l'enfant contre le retard de croissance pendant que le sevrage, brusque ou précoce, peut contribuer à la dégradation de l'état nutritionnel de l'enfant.

D'ailleurs, le faible accès à l'eau résultant en épisodes répétitives des maladies diarrhéiques ainsi les faibles pratiques de l'hygiène corporelle avec le même effet, potentiellement aggravés par le recours aux soins inadéquats, contribuent à la détérioration de l'état nutritionnel de l'enfant et retardent sa croissance.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Sur la base de ces résultats, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans un plan d'action multisectoriel afin de répondre aux facteurs de risque identifiés. Les recommandations sont présentées par secteur thématique d'intervention mais doivent être prises en compte de manière dynamique et complémentaire pour une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle dans la zone d'étude.

- Renforcer l'autonomisation des communautés afin de les permettre de détecter les problèmes et d'identifier les solutions locales, en facilitant, entre autres, l'accès à l'information;
- Améliorer la qualité des soins, notamment l'accueil et la communication avec les patients, par un renforcement continu des compétences et des capacités du personnel de santé afin de construire une relation de confiance entre les soignants et les soignés;

- Renforcement des activités IEC/CCC aux établissements de santé sur la santé maternelle et infantile, en modifiant les messages clés au niveau de connaissances des communautés, y compris les tabous culturels ;
- Augmenter des moyens/sources de revenu de ménages, en facilitant leur accès au micro-crédit et en renforçant leurs connaissances sur des bonnes pratiques agricoles et promouvant les techniques de transformation et de conservation des produits locaux ;
- Améliorer l'accès physique aux points d'eau via construction/aménagement des puits, forages ou pompes, accompagnée par la formation en gestion des biens publics ;
- Promouvoir les foyers améliorés, encourageant la production locale (en tant que l'activité génératrice de revenu) et en les subventionnant aux ménages les plus vulnérables afin de diminuer la charge de travail des femmes ainsi que l'impact de la collecte de bois de chauffe sur l'environnement.

I. INTRODUCTION

Madagascar est une île de l'Afrique subsaharienne située dans le sud-ouest de l'Océan Indien, à 400 km des côtes orientales africaines du Mozambique. D'une superficie de 590 000 km², Madagascar est considérée comme un mini-continent (île continent) avec plus de 5 000 kilomètres de côtes. Le pays allie les chaînes des hautes montagnes, souvent volcaniques, aux vastes plaines alluviales de l'ouest et du sud-ouest en passant par les grands reliefs uniformes des Tampoketsa sur le versant occidental, les étroites plaines côtières marécageuses du littoral est et le paysage semi-aride de l'extrême-sud.²

L'économie malgache est primaire et à ressources naturelles très variées. Malgré la diversité de ces ressources, Madagascar est encore classée parmi les pays en développement, 161^{ère} sur 189 pays, avec un Revenu National Brut (RNB) estimé à 1,358 USD par habitant³. L'agriculture, y compris la pêche et la foresterie, est un pilier de l'économie, représentant plus d'un quart du PIB et employant environ 80% de la population. Cependant, la déforestation, l'érosion, les techniques de débroussaillage, et l'utilisation du bois de chauffage constituent de sérieuses préoccupations pour l'économie dépendante de l'agriculture.⁴

Dans le Sud de Madagascar, la crise politique de 2009 et des sécheresses récurrentes au cours des 10 dernières années ont érodé les capacités socioéconomiques de la population. Le plus puissant El Niño depuis 35 ans a aggravé la situation, ce qui a entraîné des pertes généralisées de récoltes et de bétail, et ainsi des taux élevés d'insécurité alimentaire. Bien que le phénomène El Niño ait officiellement pris fin en 2017, la population n'a pas reconstitué son capital et reste vulnérable. Les ressources en eau ne sont pas revenues à la normale, les terres agricoles ont une faible productivité et la réduction de l'épargne des ménages interdit la reprise des activités normales. Les analyses du Cadre Intégré de Classification de la Sécurité Alimentaire (IPC) mettent en évidence la faible résilience de la population, estimant que 40% de la population du district d'Amboasary Sud s'est trouvé dans la phase 3 (crise) et 4 (urgence) en Septembre 2018⁵.

Les effets cumulatifs de la sécheresse et du phénomène El Niño ont une incidence directe sur la sécurité nutritionnelle de la population. L'enquête SMART menée dans le district d'Amboasary en février 2018 a montré un taux de MAG de 12,9% [10,3 - 16,2 IC de 95%]⁶ qui est légèrement inférieur aux résultats de 2017 mais reste dans les seuils d'alerte. Le taux de MAS de 3,1% [2,0 à 4,8 IC à 95%], considéré comme « grave » par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), figure parmi les principales causes de décès chez les enfants de moins de 5 ans. Une analyse des résultats anthropométriques selon l'indice P/T désagregés par sexe a mis en évidence que les garçons (15,7%) sont plus affectés par la malnutrition aigüe que les filles (10,0%) et cette différence est statistiquement significative (OR 1,67 [95% IC 1,04-2,69]) (p=0,035). Le taux était également plus haut chez les garçons pour la MAM (11,1% contre 8,4%) et la MAS (4,5% contre 1,6%). D'ailleurs, la prévalence de la malnutrition chronique parmi les enfants de 6 à 59 mois est de 40,7% [36,0-45,5] ce qui est au-dessus de 40%, considéré comme seuil « critique » par l'OMS.

Il y a malheureusement peu de données disponibles pour bien comprendre le contexte d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), mais selon l'enquête SMART de 2017, le taux d'initiation opportune d'allaitement dans le District d'Amboasary Sud représentait 88,5%, la

² Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM), INSTAT, 2016.

³ Human Development Report Office, 2018.

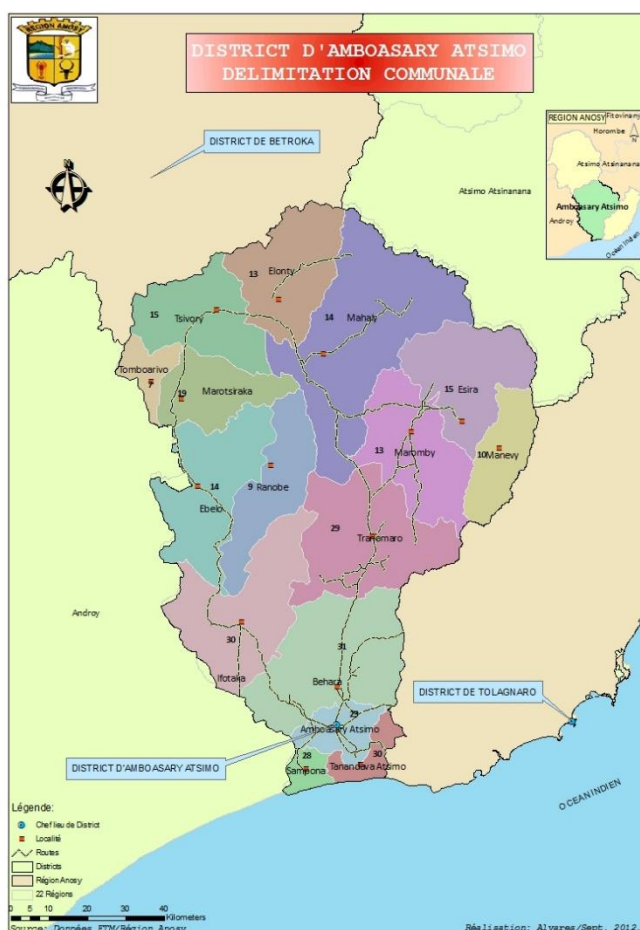
⁴ Enquête sur les Indicateurs du Paludisme à Madagascar (EIPM), INSTAT, 2016.

⁵ Analyse IPC pour le Grand Sud et le Grand Sud Est de Madagascar, Juin 2018.

⁶ Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo, Madagascar, 2018.

continuation de l'allaitement à 1 an s'élevait à 93,1%, pourtant la continuation de l'allaitement à 2 ans n'était que 24,0%. Ainsi, malgré que l'allaitement soit largement pratiqué et poursuivi jusqu'à l'âge d'un an, il est moins courant jusqu'à l'âge de deux ans.

En outre, le district d'Amboasary Sud connaît un sérieux problème d'accès à l'eau potable. On estime que plus de 270 000 personnes, soit 89,8% de la population, dépend du fleuve Mandrare et de ses affluents comme source principale d'eau pour boire, cuisiner et se laver.⁷ Pendant la saison sèche, les sources d'eau se raréfient et les gens doivent parcourir plusieurs kilomètres pour trouver de l'eau. Selon une analyse des barrières réalisée en décembre 2017, seulement 21% de la population pratique le lavage des mains avec du savon ou de la cendre et moins de 5% utilisent les latrines⁸, ce qui augmente la vulnérabilité de la population aux maladies hydriques.



Justification de l'étude

Face à l'ampleur et à la persistance de ces problèmes nutritionnels et de santé, leurs origines multiples, leurs impacts sur les différents secteurs de développement, il a été jugé essentiel qu'une synergie des programmes dans les multiples domaines soit recherchée pour une meilleure efficacité et durabilité des interventions en matière de nutrition. La réalisation de l'étude de l'analyse causale de la sous-nutrition Link NCA permet l'élaboration d'un consensus basé sur des données factuelles sur les causes plausibles de la malnutrition aigüe et chronique et relier l'analyse causale à la réponse programmatique.

Figure 1 : Carte des communes du District d'Amboasary Sud, Madagascar

⁷ Ministère de l'eau, de l'énergie et de l'hydraulique, 2018.

⁸ Analyse des barrières, Action Contre la Faim, 2017.

Zone de l'étude

L'étude a été réalisée dans le District d'Amboasary Sud dans le Grand Sud de Madagascar qui se trouve dans les zones MG22 (riz, oignon), MG24 (cassave, maïs, patate douce, bétail) et MG26 (cassave, maïs, bétail) selon la classification des zones de mode de subsistance à Madagascar.

Le District d'Amboasary Sud compte une population totale estimée à 300 775 habitants. Avec une vaste superficie de 10 211 km², la densité de la population est d'environ 30 habitants au km².

Le district est composé de 18 communes subdivisées en 303 fokontany (villages) eux-mêmes subdivisées en hameaux.

Le District est habité par quatre ethnies différentes, principalement les Antandroy et les Antanosy, avec les communautés de Betsileo et Bara au nord. Les Antandroy est un groupe ethnique traditionnellement nomade, donnant une grande importance aux zébus ; les Antanosy sont connus pour leurs activités pêcheurs; les Betsileos sont les riziculteurs pendant que les Bara sont distinctement des éleveurs des zébus et des chèvres, souvent en migration à la recherche de nouveaux pâturages. Les langues les plus parlées dans le district sont l'Antandroy, l'Antanosy, le Bara et le Malgache, avec une petite partie de la population qui parle français.

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Objectif global

Comprendre les mécanismes de la sous-nutrition, identifier ses causes majeures et ses mécanismes au niveau local en vue de contribuer à l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des stratégies de lutte contre la sous-nutrition et plus largement des programmes de sécurité nutritionnelle dans le District d'Amboasary, Région Anosy, Madagascar.

Objectifs spécifiques

- Identifier et catégoriser les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition (malnutrition aigüe ainsi que malnutrition chronique) parmi la population de la zone étudiée et estimer la prévalence de ces facteurs de risque;
- Comprendre comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition interagissent afin de déterminer les schémas causaux de la sous-nutrition susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition dans la zone étudiée;
- Comprendre comment les facteurs de risque responsables de la sous-nutrition au sein de la population de la zone étudiée ont évolué au fil du temps et/ou évoluent au cours de différentes saisons;
- Identifier les groupes vulnérables à la sous-nutrition, mettant l'accent particulier sur les différences de vulnérabilité désagrégées par sexe;
- Identifier avec les communautés, les leviers et les barrières susceptibles d'influencer les principaux mécanismes de causalité de la sous-nutrition;
- Identifier les besoins et les capacités des communautés pour répondre aux mécanismes sous-jacents identifiés;
- Élaborer des recommandations pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle dans la zone étudiée et soutenir l'élaboration d'une stratégie multisectorielle globale.

III. MÉTHODOLOGIE

Une analyse causale de la sous-nutrition (Link NCA) étudie les multiples facteurs responsables de la sous-nutrition. Elle représente un point de départ pour améliorer l'efficacité et la pertinence des programmes de sécurité nutritionnelle dans un contexte donné⁹. La méthode qui sera utilisée dans le cadre de la présente étude est une méthode mixte, combinant un important volet qualitatif avec une analyse quantitative, visant à répondre aux questions de recherche suivantes:

- Quelle est la prévalence et la gravité de la malnutrition aiguë et chronique dans la population cible?
- Quelle est la prévalence des principaux facteurs de risque connus responsables de la sous-nutrition dans la population?
- Quels mécanismes et schémas causaux sont susceptibles d'expliquer la plupart des cas de sous-nutrition?
- Comment l'état et les causes de la malnutrition aiguë et/ou chronique dans cette population ont évolué a) avec le temps du fait de tendances historiques, b) de manière saisonnière du fait d'épisodes cycliques, c) du fait de chocs récents?
- En se basant sur les résultats de l'analyse causale, quelles recommandations peuvent-être émises pour améliorer les programmes de sécurité nutritionnelle? Quel ensemble de facteurs de risque et mécanismes causaux sont susceptibles de pouvoir être influencés par l'action des acteurs en présence, dans un contexte et à une période donnée? Comment relier l'analyse à une réponse programmatique?

La Link NCA est une étude structurée, participative et holistique qui s'appuie sur le schéma causal de l'UNICEF, ayant pour objectif l'élaboration d'un consensus basé sur les causes plausibles de la sous-nutrition dans un contexte local. Elle permet de relier:

- Les acteurs de différents secteurs;
- Les facteurs de risque et la sous-nutrition afin d'identifier les mécanismes causaux;
- Des sources d'information variées pour en extraire un schéma de causalité;
- L'analyse causale à la réponse programmatique.

Une revue de la littérature et des données secondaires, des entretiens avec des informateurs clés, la réalisation de groupes de discussion et d'enquête quantitative au niveau de ménages ainsi qu'un processus d'analyse itérative fondée sur des consultations régulières d'acteurs techniques locaux formeront le corps du processus Link NCA.

• ÉTAPES CLÉS DE L'ÉTUDE

Phase préparatoire (Octobre 2018)

La phase préparatoire de l'étude a permis de déterminer les paramètres clés tels que les objectifs spécifiques, la couverture géographique et la faisabilité de l'étude Link NCA. Pour cela, il a fallu s'assurer que les informations sur la prévalence de la sous-nutrition et l'intensité/gravité des facteurs de risque fondamentaux soient disponibles, suffisantes, représentatives de la zone et suffisamment récentes. Cette phase a compris également les étapes de préparation et de planning nécessaires à tout type d'étude: développement de termes de référence, identification et sécurisation des ressources, recrutement d'un Analyste Link NCA pour conduire l'étude et définition d'un planning.

⁹ Pour plus d'informations sur la méthodologie, veuillez consulter www.linknca.org.

Identification des hypothèses de facteurs de risque et de leurs mécanismes (Novembre 2018)

Une des premières tâches de l'Analyste Link NCA était d'identifier un premier groupe de facteurs de risque et les mécanismes qui pourraient expliquer la sous-nutrition dans le contexte local. Cette étape a été réalisée grâce à une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « *Pathways to undernutrition* » et la littérature grise¹⁰ disponible localement), des données secondaires et de premiers entretiens avec des informateurs clés. Lors d'un atelier technique initial¹¹, qui a eu lieu le 9 Novembre 2018 à Amboasary, les hypothèses ont été examinées, discutées et validées comme hypothèses à tester lors de l'enquête qualitative et quantitative.

Collecte de données au niveau communautaire (Novembre 2018 – Mars 2019)

La méthodologie Link NCA s'appuie sur la triangulation de données qualitatives et quantitatives. Pour cela, une étude qualitative a été suivie par une enquête nutritionnelle SMART et une enquête des facteurs de risque.

Enquête qualitative

L'enquête qualitative au niveau communautaire répondait à six objectifs:

- Développer une définition locale de la sous-nutrition et comprendre la perception de la sous-nutrition par les communautés;
- Caractériser la sécurité alimentaire, la santé et les soins au sein de la communauté;
- Explorer les perceptions des communautés sur les causes et conséquences d'une situation en sécurité alimentaire, santé et de soins inadéquats en relation avec la sous-nutrition;
- Identifier les tendances saisonnières et historiques de la sous-nutrition et des facteurs de risque;
- Comprendre comment la communauté hiérarchise ces facteurs ;
- Engager les communautés dans le développement des recommandations/solutions communautaires.

La collecte de données qualitatives a duré quatre semaines, du 17 Novembre au 15 Décembre 2018. Les données ont été collectées exclusivement par l'Analyste Link NCA, accompagnée de deux traducteurs et deux facilitateurs communautaires. Elle consistait en une étude approfondie sur tous les facteurs de risque identifiés et validés aux étapes précédentes par le biais d'entretiens semi-directifs et de discussions de groupe, constituant deux méthodes principales de collecte de données. Les données collectées ont été enregistrées par écrit sous forme de notes, puis reproduites par voie électronique.

Enquête quantitative

L'enquête quantitative comprenait:

- Une enquête nutritionnelle SMART qui suit un protocole standard et évalue le statut anthropométrique des enfants de moins de 5 ans afin d'estimer la prévalence de la sous-nutrition dans cette population;
- Une enquête des facteurs de risque transversale pour estimer l'intensité et la gravité des facteurs de risque nutritionnels fondamentaux (définis à partir du schéma causal de l'UNICEF,

¹⁰ Rapports annuels, rapports de projets techniques et de recherche, documents de travail, évaluations, stratégies, etc., rédigés par des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des universités ou des sociétés/consultants privés.

¹¹ Les participants comprenaient 10 experts techniques couvrant divers secteurs, tels que la santé/nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que l'éducation.

adapté au contexte et des hypothèses). Les 43 indicateurs à tester ont été choisis en fonction des hypothèses validées lors de l'atelier technique initial.

La collecte de données quantitatives, s'est déroulée entre 20 Mars et 8 Avril 2019. Les questionnaires ont été déployés sur des appareils mobiles et les données collectées ont été téléchargées et compilées dans un KoboToolBox¹².

Synthèse des résultats et élaboration d'un consensus technique (Avril 2019)

Une fois les données collectées, l'Analyste Link NCA les a synthétisées et entrepris une série d'analyses qu'elle a utilisé pour classer les facteurs de risque en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition et pour décrire qualitativement les relations dynamiques entre les facteurs de risque et leurs effets sur la sous-nutrition. La classification de l'Analyste a pris en compte toutes les sources d'information recueillies au cours de l'étude. Lors de l'atelier de travail final, qui a eu lieu 3 Mai 2019 à Amboasary, l'Analyste a présenté les résultats de l'étude et a animé un processus participatif pour élaborer les recommandations programmatiques pour adresser des causes plausibles de la sous-nutrition dans la zone étudiée.

Communication des résultats et planification de la réponse (Avril 2019)

Les résultats de la Link NCA ont été présentés aux acteurs opérationnels et décisionnaires, afin d'établir un plan d'utilisation des résultats de l'étude Link NCA pour l'amélioration de la programmation des interventions de sécurité nutritionnelle.

• ECHANTILLONAGE POUR L'ENQUETE QUANTITATIVE

Taille d'échantillon

La taille de l'échantillon a été définie à l'aide du logiciel ENA (version actualisée du 09 juillet 2015) selon les paramètres détaillés dans le Tableau 1 ci-dessous.

MAG estimée ¹³	Précision	Effet de grappe ¹⁴	Taille échantillon enfants	Taille moyenne ménage ¹⁵	Proportion enfants ¹⁶	Non-répondants	Taille échantillon ménages	Grappes ¹⁷
12,9%	3,5%	1,3	499	5,3	19,2%	5%	573	64

Tableau 1: Paramètres utilisés pour le calcul de la taille de l'échantillon pour la collecte de données anthropométriques, District d'Amboasary Sud

L'échantillon effectif de l'enquête quantitative dans le district d'Amboasary Sud s'est composé de 516 ménages, répartis en 64 grappes. Le nombre effectif de ménages Antadroy, concerné par les analyses approfondies, était 416 ménages avec 416 enfants ≤ 5 ans, soit 363 enfants de 6 à 59 mois.

Le nombre de grappes a été calculé de manière à permettre à l'équipe de collecte de données de finaliser une grappe par jour. Il a été estimé qu'après le temps de déplacement et les pauses, chaque équipe disposerait de 6.5 heures (390 minutes) pour travailler, et que la durée moyenne de l'entretien dans les ménages serait de 40 minutes; à savoir $390/40 = 9,8$ soit 9 ménages par grappe.

¹² Outil gratuit pour la collecte de données dans des environnements difficiles, www.kobotoolbox.org.

¹³ Selon les résultats de l'Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo, Madagascar, 2018.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem,

¹⁷ 9 ménages par grappe.

Les estimations de la population totale résidant dans le district ont été obtenues via le Service de District de Santé Publique. Pour des raisons d'insécurité et/ou d'inaccessibilité, 2 communes du district, notamment Tomboarivo et Manevy, ainsi que 15 fokontany d'autres communes ont été exclues du cadre d'échantillonnage de l'enquête quantitative. Pour cela, la taille de l'échantillon a été calculée à la base de la population restante du district, c'est-à-dire 274 699 habitants, soit 91.3% de la population totale du district.

Procédure d'échantillonnage

Une procédure d'échantillonnage par grappes à deux degrés selon la méthodologie SMART a été utilisée. Pour l'échantillonnage au 1er degré, les grappes à enquêter ont été identifiées d'une manière représentative et aléatoire par le logiciel ENA - ce qui a assuré que les fokontany soient tirés au sort avec une probabilité proportionnelle à la taille (PPT). Le logiciel a également tiré des grappes de réserve à utiliser lorsque moins de 90% des grappes ou moins de 80% de l'échantillon attendu pour les enfants soit atteint.

Dû à la légère augmentation de l'insécurité dans le district lors de la collecte de données, parmi les 64 grappes prévues, 7¹⁸ n'ont pas pu être enquêtées. Pour cela, les grappes de réserve étaient utilisées pour achever un échantillon suffisant (Cf. *Annexe A*).

Ensuite, la méthode de segmentation était utilisée dans les fokontany qui comprenait plus de 150 ménages ou qui était géographiquement trop étendu. Cette méthode utilise soit les subdivisions existantes (comme les villages/hameaux) ou bien des repères naturels ou artificiels, par exemple les rivières, les routes, les églises, pour diviser les fokontany en sections plus petites.

Pour l'échantillonnage au 2ème degré, une liste de tous les ménages dans le fokontany, préparé par le chef de fokontany a été utilisée. À partir de cette liste, 9 ménages étaient tirés aléatoirement au sort soit par un logiciel pour la génération de nombres aléatoires sur les tablettes soit avec la méthode « de chapeau » pour bien engager les membres de la communauté dans le processus. Un ACN, un chef de fokontany ou un résident connaissant bien le fokontany, assistait à l'identification des ménages sélectionnés.

• ECHANTILLONAGE POUR L'ETUDE QUALITATIVE

L'objectif du cadre d'échantillonnage de l'étude qualitative Link NCA n'est pas d'être statistiquement représentatif de la population cible, mais plutôt d'être qualitativement représentatif des différents segments de la population vivant dans le district. Afin que les données qualitatives collectées représentent les réalités de la majorité des ménages, un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner des communes et des fokontany (villages). Une attention particulière a été accordée à la représentativité des zones de moyens d'existence, à la composition ethnique et à la distance des établissements de santé.

Vu que l'étude Link NCA couvrant 8 communes les plus touchées par la sous-nutrition, réalisée en 2017 par CAETIC Développement pour l'UNICEF¹⁹, a couvert deux communes dans le district d'Amboasary (Tanandava Sud et Behara), ces deux communes ont été préalablement exclus de l'échantillonnage qualitatif afin d'éviter la répétition de la collecte de données dans les mêmes endroits. De préférence, les communes alternatives dans les zones portant les mêmes caractéristiques ont été sélectionnées, comme détaillé dans le Tableau 2 ci-dessous. De même manière, les communes souffrant de l'insécurité, classées comme zones « no-go » pour le staff

¹⁸ 6 grappes n'ont pas pu être enquêtées dû à l'insécurité et 1 grappe à cause de l'inaccessibilité.

¹⁹ http://linknca.org/etude/sud_de_madagascar.htm.

d'Action Contre la Faim, ont été aussi exclus de l'échantillonnage qualitatif mais les communes portant les mêmes caractéristiques dans les memes zones ont été sélectionnées pour pouvoir récolter les données représentatives de ce contexte.

Zone	Communes	Composition ethnique	Caractéristiques	Commune échantillonnée	Fokontany
Nord-ouest*	Marotsiraka Tomboarivo Tsivory Elonty Mahaly	Antanosy Bara	Production agricole (riz, céréales, culture vivrières) Zone carrefour de commerce des vêtements venant d'Antananarivo	Tsivory	Bevahy Pop. : 802 Distance CSB : 15 km, pas sur la voie principale
				Mahaly	Amboangy Pop. : 1422 Distance CSB : 0 km, sur la voie principale
Est	Amboasary Behara ¹⁵ Tranomaro Maromby Esira Manevy	Antandroy Antanosy Bara Betsileo Merina	Production agricole (riz/haricots) Production minière Production de bois/charbon Commerce Zone enclavée Passage de fleuve de Mandrare	Maromby ²⁰	Tsiloakarivo Pop. : 910 Distance CSB : 18 km, pas sur la voie principale
				Behara	Esatra Bevia Pop. : 514 Distance CSB : 15 km, pas sur la voie principale
Centre	Mahabo Ranobe	Antandroy	Rareté de l'eau (zone calcaire → difficulté à faire des forages, utilisation des eaux de pluies/fleuves) Insécurité alimentaire	Mahabo	Mahabo Pop. : 668 Distance CSB : 0 km, sur la voie principale
Ouest	Ebelo Ifotaka	Antandroy Bara	Agro-pastoralisme Commerce Appui considérable des ONG	Ifotaka	Analoalo Pop. : 838 Distance CSB : 5 km, pas sur la voie principale
Sud	Tanandava Sud ²¹ Berano Sampona	Antandroy Tatsimo	Pêche Production agricole (sisal, haricots, maïs, manioc et patate douce) Manque de l'eau de boisson (08-10), bidon 20L= 1000-1500 AR	Sampona	Ankilimalaindio 2 Pop. : 899 Distance CSB : 5 km, pas sur la voie principale

Tableau 2: Cadre d'échantillonnage pour l'étude qualitative Link NCA, District d'Amboasary Sud

Pourtant, suite à la détérioration de la situation sécuritaire dans le district à la fin de l'année 2018, l'équipe qualitative n'a pas pu réaliser la collecte de données dans la zone Nord-Ouest pendant que son accès à la zone Est a été aussi restreint. Pour cela, le fokotany de Tsiloakarivo dans la commune de Maromby a été remplacé par le fokontany d'Esatra Bevia dans la commune de

²⁰ Absence du réseau téléphonique.

²¹ Commune échantillonnée lors de l'étude Link NCA 8 communes (2017).

Behara. Dû à ces changements, l'ensemble de la collecte de données dans le District d'Amboasary Sud a été limité à l'espace Antadroy.

Au niveau des villages, les catégories suivantes de participants seront sélectionnées pour participer aux entretiens semi-structurés ou discussions de groupe:

- a. Leaders communautaires (chefs de fokontany, chefs religieux et autres personnalités clés de la communauté);
- b. Guérisseurs ou accoucheuses traditionnels;
- c. Personnel des centres de santé (médecins, infirmières, agents de santé communautaire);
- d. Directeurs d'école ou enseignants;
- e. Représentants d'organisations communautaires;
- f. Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans;
- g. Grands-parents d'enfants de moins de 5 ans;
- h. Personnel du gouvernement clé et personnel des partenaires humanitaires/de développement mettant en œuvre des projets dans le district d'Amboasary.

• COLLECTE DE DONNÉES QUANTITATIVES

Composition et formation de l'équipe quantitative

L'équipe de la collecte de données quantitatives était composée de 4 équipes de 4 personnes et 4 superviseurs, dont un responsable d'enquête. Chaque équipe était quotidiennement accompagné par un superviseur mais les superviseurs ont circulé entre les équipes différentes afin d'assurer la complémentarité des approches et/ou de soutien et d'assurer la haute qualité de données. A l'intérieur de chaque équipe, le chef d'équipe était responsable de mener les introductions et l'échantillonnage ; l'enquêteur a posé des questions ; l'opérateur de tablette a saisi des données en temps réel et le mesureur a pris des mesures anthropométriques avec l'appui du chef d'équipe.

Tous les membres de l'équipe quantitative ont reçu une formation de 8 jours qui a eu lieu à Amboasary ville du 11 au 18 mars 2019. La formation a compris, entre autres, les modules sur l'échantillonnage, les mesures anthropométriques, le développement du calendrier local des événements ainsi que l'utilisation de KoboCollect sur les tablettes et l'adaptation des questions pour le contexte du district. Tous les membres d'équipe ont participé à un test de standardisation et un test pilote²² afin d'évaluer leurs capacités techniques et d'assurer la haute qualité de données.

Outils de la collecte de données

Les données quantitatives ont été collectées via un questionnaire électronique, téléchargé sur les tablettes. Les données d'anthropométrie et de mortalité étaient également enregistrées sous forme papier. Le questionnaire couvrait tous les domaines d'intérêt liés à des facteurs de risque hypothétiques validés, organisés dans les sous-sections relatives au chef de ménage, à la mère d'enfant <5 ans ou à l'enfant <5 ans. Par contre, vu sa longueur et la surcharge successive de ménages par le questionnement, certains indicateurs jugés moins importants suite à l'étude qualitative ont été supprimés afin de ne pas dépasser 45 min dans le ménage.

Le questionnaire était traduit en malgache et administré en Antadroy et Antanosy, dépendamment des connaissances linguistiques de ménages enquêtés.

²² Test pilote a eu lieu le 16 Mars 2019.

Lors de la collecte de données, tous les enfants 0-59 mois dans les ménages échantillonnés étaient éligibles pour la prise de mesures anthropométriques selon les consignes méthodologiques de l'enquête nutritionnelle SMART. La prise de mesures par le périmètre brachial (PB) a été limitée aux enfants 6-59 mois comme son utilisation n'est pas standardisée pour les enfants âgés de moins de 6 mois. L'équipe a utilisé les rubans standards tricolores et a enregistré les valeurs au 0,1 mm. La taille (ou la longueur) de l'enfant était mesurée en utilisant les toises en bois et les valeurs ont été enregistrées au 0,1 mm. Le poids était mesuré en utilisant une balance SECA électronique avec la fonction mère/enfant double pèse et les valeurs ont été enregistrées au 0,1 kg. Les œdèmes étaient détectés par l'application de pression modérée sur les deux pieds. Aucun cas de kwashiorkor était dépisté lors de la collecte de données quantitatives.

Défis majeurs

- Taux de non-réponse: Dû à l'augmentation de l'insécurité dans le district d'Amboasary lors de la collecte de données quantitatives, le renforcement des règles de sécurité d'Action Contre la Faim a raccourci les heures de travail des équipes dans les grappes échantillonnées. Étant donné que la période de la collecte de données coïncidait avec la période de la récolte des arachides, les ménages étaient souvent aux champs mais les équipes n'avaient pas suffisamment de temps de les aller chercher. Pour cette raison, le taux de non-réponse pour cette enquête est plus élevé que prévu (10,5% contre 5,0%). Pour cette raison, il est possible que les résultats de cette enquête montrent une sous-estimation de ménages agriculteurs.
- Estimation de l'âge d'enfant: Étant donné que 115 enfants <5 ans, soit 37% de tous les enfants inclus dans l'échantillon, n'ont pas eu leur acte de naissance ou un carnet de vaccination comme l'évidence d'une date de naissance exacte, l'âge de ces enfants était estimé utilisant un calendrier des événements. Pour cette raison, il est possible que la qualité de données par rapport à l'âge d'enfants a été un peu affectée.
- Méfiance de ménages enquêtés de partager un nombre réel des animaux en leur possession: Lors de la collecte de données, la question de la propriété des animaux a été jugée la plus sensible. En fait, 80 de 416 ménages enquêtés, soit 19,2% de ménages inclus dans l'échantillon, ont refusé d'en répondre. D'ailleurs, les équipes de la collecte de données ont observé que les ménages avaient tendance de sous-estimer le nombre des animaux dans leur troupeau. D'après nos analyses, les ménages craignaient de rapporter les vrais chiffres par peur d'être ciblés par les malaso (Cf. *Kizo, rekotso, dahalo et malaso – les visiteurs non grata*) et/ou par peur qu'ils puissent perdre une opportunité d'être ciblés comme bénéficiaires de l'aide extérieure si le nombre de bétail en leur possession est jugé comme élevé. Pour cette raison, les résultats de l'enquête quantitative en lien avec cette question doivent être étudiés avec précaution.
- Manque d'intimité lors du questionnement des mères d'enfants <5 ans: Il est important à noter que le questionnement des femmes a été assujéti à l'approbation préalable de leurs maris et souvent ceux derniers ont été souvent présents pour observer quels types de questions ont été posées à leurs épouses et comment elles ont répondu. Cet arrangement a été particulièrement perturbant lors des questions en lien avec le pouvoir de décision au sein de ménage - les réponses des femmes étant modifiées par peur d'être réprimandées. Pour cette raison, les résultats de l'enquête quantitative en lien avec le pouvoir de décision doivent être étudiés avec précaution.

• COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES

Composition et formation de l'équipe qualitative

La collecte de données qualitatives a été menée par l'Analyste Link NCA avec l'aide de deux traducteurs (M/F), deux facilitateurs communautaires (M/F) et d'un mobilisateur communautaire recruté localement dans chaque fokontany. Le principal rôle des mobilisateurs communautaires

était d'assurer la sélection équitable des participants pour chaque discussion de groupe en coordination avec les leaders communautaires et d'assumer toutes les fonctions d'appui, selon les besoins.

Avant le début de la collecte des données, les membres de l'équipe ont suivi une formation détaillée de deux jours, qui s'est déroulée à Amboasary du 15 au 16 Novembre 2018. La formation comprenait, entre autres, des modules sur la méthodologie Link NCA et les outils de la collecte de données, ainsi qu'une explication des considérations éthiques à respecter lors de l'étude. Une série de tests pratiques a été intégrée dans un processus d'apprentissage afin de vérifier un niveau de compréhension des concepts et des pratiques clés par les membres de l'équipe et de garantir le haut niveau de qualité de la collecte des données.

Outils de la collecte de données

L'équipe qualitative a utilisé des entretiens semi-directifs et des discussions de groupe comme deux méthodes principales de la collecte de données. Toutefois, afin d'éviter un biais d'information dû à une longue histoire d'interventions humanitaires dans la zone créant potentiellement une dépendance de la communauté à l'égard de l'assistance extérieure, l'équipe qualitative a utilisé divers outils participatifs visant à révéler les véritables déterminants de la sous-nutrition dans le district. La sélection des outils participatifs comprenait, sans toutefois s'y limiter:

- a. Calendrier historique
- b. Calendrier saisonnier
- c. Classement
- d. Narration
- e. Activités quotidiennes
- f. Composition des repas
- g. Dépenses ménagères
- h. Itinéraire thérapeutique
- i. Boîtes de genre
- j. Jeu d'accord/désaccord
- k. Courage de changer
- l. Jeu de risques

Les entretiens semi-directifs et les discussions de groupe ont été guidés par des guides d'entretien couvrant les principaux thèmes liés aux facteurs de risque validés lors de l'atelier technique initial. Le contenu des guides d'entretien a tenu compte des données disponibles pour le district d'Amboasary et, au lieu de répéter certaines enquêtes, il a visé à approfondir la compréhension des facteurs de risque et de leurs interactions dans la zone étudiée.

Pour plus d'informations sur les méthodes et les outils de l'étude qualitative, veuillez-vous référer au Guide qualitatif en Annexe C.

Collecte de données

L'étude qualitative a été réalisée dans les communautés échantillonnées du 17 Novembre au 15 Décembre 2018.

L'équipe qualitative a passé environ 6 jours consécutifs dans chaque communauté échantillonnée. La durée des entretiens semi-directifs ou des discussions de groupe a été limitée à 1h ou 1h15 maximum. Les discussions de groupe ont eu lieu exclusivement entre 11h du matin et 15h de l'après-midi afin de s'adapter à la disponibilité de la communauté et à son quotidien.

Localité	Discussions de groupe / Exercices participatifs	Entretiens semi-directifs	Observations	Restitution comm.	Jours	No. participants (total)	No. participants (fém.)
Sampona	17	12	3	1	6	159 (+30*)	115 (+15*)
Ifotaka	21	17	3	1	6	163 (+30*)	108 (+15*)
Mahabo	14	14	3	1	4	112 (+30*)	62 (+15*)
Behara	22	18	3	1	6	143 (+30*)	83 (+15*)
TOTAL	74	61	12	4	22	577 (+120*)	368 (+60*)

* Nombre des participants per restitution communautaire.

Tableau 3: Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative Link NCA, District d'Amboasary Sud

Le dernier jour de la collecte de données dans chaque communauté échantillonnée a été consacré à la restitution des résultats aux représentants de la communauté dans le but de solliciter leurs commentaires sur l'interprétation des données collectées et, plus important encore, de les impliquer dans le développement de solutions communautaires aux problèmes identifiés et à leur hiérarchisation.



Photo 1: Restitution communautaire à Analoalo, Ifotaka

Défis majeurs

- Composition de l'équipe: Dû à un manque d'assistants de recherche expérimentés, l'équipe de la collecte de données qualitatives était composée uniquement d'une analyste Link NCA, de deux traducteurs et de deux facilitateurs communautaires. Cela a abouti à une charge de travail élevée, redistribuée entre tous les membres de l'équipe de façon la plus efficace possible. Par contre, faute de manque d'expérience nécessaire dans la collecte de données qualitatives, certains échanges n'ont pas été aussi approfondis qu'ils auraient dû être alors qu'il n'était pas possible de les remplacer et/ou approfondir à une autre occasion dû aux délais préétablis pour cette collecte de données. Cependant, l'effet de ces défis sur la qualité des données collectées est jugé potentiellement faible.

- Barrière linguistique: En raison de l'origine non-malgache d'une analyste Link NCA, sa communication avec les membres de la communauté reposait fortement sur les compétences des traducteurs. Ceux-ci l'ont aussi aidé à communiquer avec les facilitateurs communautaires qui avaient des difficultés de s'exprimer en français et éventuellement ont eu des difficultés de comprendre leurs tâches. Par conséquent, cela a abouti à un sur-usage des traducteurs qui ont assumé des responsabilités complémentaires d'accompagner les facilitateurs pendant les débriefings journaliers ainsi que de traduire leurs notes en français. Bien qu'il s'agisse d'un processus très fastidieux ayant des implications sur la qualité des données, son influence sur les résultats de l'étude est considérée limitée.
- Faible autonomisation des communautés en termes de résolution de problèmes: En raison d'une longue histoire d'assistance humanitaire du côté « bénéficiaire », plutôt que du côté « partenaire²³ », les communautés sélectionnées ont eu des grandes difficultés lorsqu'elles ont été invitées à formuler des propositions de solutions aux problèmes identifiés. Le plus souvent, ils manquaient d'idées quant à la manière d'aborder un obstacle au niveau local, plutôt que d'attendre une aide de l'extérieur sous la forme d'une assistance du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales. S'ils parvenaient à proposer une solution, il s'agirait d'un message de sensibilisation qui s'est révélé entre-temps inefficace ou inapproprié dans leur contexte. Pour cette raison, l'équipe de collecte de données a dû modifier son approche et planifier les consultations sur la résolution de problèmes à une date ultérieure afin de recueillir les réactions pertinentes.

• TRAITEMENT ET ANALYSE DE DONNÉES

Les données quantitatives ont été collectées sous forme papier ainsi que saisies sur les tablettes en temps réel, utilisant un questionnaire électronique. Les données ont été régulièrement téléchargées et compilées en ligne dans un KoboToolBox. Les résultats étaient analysés grâce au logiciel ENA et STATA 15.1. Uniquement les ménages identifiés comme Antandroy (basé sur le chef de ménage) étaient analysés pour cette Link NCA.

Les données qualitatives ont été enregistrées manuellement dans un cahier et reproduites électroniquement à la fin de chaque période de la collecte de données dans une communauté échantillonnée. Les données ont été regroupées par thèmes pour une analyse plus efficace, garantissant la confidentialité des locuteurs. Toutes les vues ont ensuite été analysées à l'aide de méthodes qualitatives d'analyse de contenu.

• CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les dispositions suivantes ont été respectées au cours de cette étude Link NCA:

- a. L'Office National de Nutrition (ONN) à travers son bureau régional à Fort Dauphin ainsi que la Direction du District Sanitaire d'Amboasary Sud ont été tenus informés au préalable de l'objectif et des modalités de l'étude Link NCA. Leur autorisation et leur collaboration ont été requises et accordées le 26 Octobre 2018 et le 2 Octobre 2019, respectivement.
- b. Les participants ont été sélectionnés de manière équitable et leur consentement éclairé a été recherché afin de s'assurer qu'ils participent volontairement à l'étude;

²³ Partie prenante dans la mise en œuvre du projet, ayant ses droits mais aussi les responsabilités; en contraste avec le concept d'un « bénéficiaire » qui « reçoit mais n'est pas obligé de donner » (excluant ainsi sa participation, entre autres, dans la mise en œuvre des activités.)

- c. Les participants à l'étude qualitative ont pu assister à plus d'une discussion de groupe, s'ils le souhaitent, mais compte tenu de leur charge de travail élevée, il a été conseillé aux leaders communautaires de répartir la sélection des participants sur l'ensemble de fokontany;
- d. Les leaders communautaires ont été informés de la sélection de leur communauté aux fins de cette étude au moins deux jours à l'avance. Lors de la réunion initiale, ils ont reçu un planning détaillé des activités de recherche dans leur fokontany afin de faciliter le processus de la sélection des participants et d'assurer leur disponibilité à des moments définis. La planification détaillée a pu être modifiée si les membres de la communauté l'exigeaient. L'équipe qualitative a adapté à sa routine autant que possible, en tenant compte des contraintes de temps de l'étude;
- e. L'anonymat des participants a été assuré à toutes les étapes de l'étude (collecte de données, analyse de données et stockage de données). Leurs noms n'ont pas été ni recueillis ni partagés;
- f. L'équipe qualitative a organisé une discussion de restitution au cours de la dernière journée de la collecte de données afin de permettre aux communautés de réviser leurs conclusions, de classer les facteurs de risque identifiés et de hiérarchiser les actions à suivre.
- g. Tous les enfants âgés de 6 à 59 mois identifiés comme atteint de malnutrition aiguë sévère et/ou d'autres complications médicales ont été référés au centre de santé le plus proche pour un traitement approprié.

• LIMITES DE L'ÉTUDE

- Estimations de prévalence des facteurs de risque: Les estimations de prévalence des facteurs de risque présentées dans ce rapport ont été calculées à partir d'un ensemble de données quantitatives, certaines entrées pouvant avoir été doublées ou triplées pour les ménages comptant plus d'un enfant de moins de 5 ans. Pour cette raison, elles ne peuvent pas être considérées comme statistiquement représentatives et ne devraient pas être utilisées comme référence dans les propositions de projet et/ou dans tout autre document nécessitant des preuves quantitatives solides. Elles ont été intégrées dans un texte de base de ce rapport à des fins purement comparatives, malgré leur valeur approximative. Bien qu'elles aient tendance à s'aligner avec les conclusions des enquêtes précédentes, leur valeur statistique ne peut être garantie.
- Associations statistiques: Il est conseillé d'évaluer les associations statistiques avec précaution car les liens observés ne prouvent pas nécessairement la causalité, tandis que les liens non observés ne signifient pas que la causalité n'existe pas. Les corrélations doivent donc être considérées dans un cadre plus large, triangulées avec d'autres sources de données, et à ce titre peuvent être utilisées pour hiérarchiser les interventions actuelles et futures.
- Limitation à l'espace Antadroy: Vu le haut niveau de l'insécurité dans le district d'Amboasary pendant la collecte de données qualitatives ainsi que quantitatives, les résultats présentés dans ce rapport se limitent à l'espace Antadroy et ne peuvent pas être automatiquement appliqués aux autres groupes ethniques présents dans le district. D'ailleurs, tandis que l'enquête SMART était menée sur l'ensemble du territoire du district d'Amboasary et tous les ménages étaient éligibles, seulement les ménages Antadroy²⁴ ont été retenus pour les analyses quantitatives approfondies. La taille d'échantillon de l'enquête quantitative a été ainsi réduite à 416 ménages, soit 72,6% de tous les ménages enquêtés.

²⁴ L'affiliation ethnique de ménage a été déterminée selon l'affiliation du chef de ménage.

IV. RÉSULTATS

FACTEURS DE RISQUE HYPOTHÉTIQUES

L'identification des facteurs de risque hypothétiques a été basée sur une revue systématique de la littérature (en utilisant le module Link NCA « *Pathways to undernutrition* » et la littérature grise²⁵ disponible localement), des données secondaires et de premiers entretiens avec des informateurs clés ayant une connaissance approfondie ou une expérience de travail dans la zone d'étude. Lors d'un atelier technique initial²⁶, qui a eu lieu le 9 Novembre 2018 à Amboasary, les hypothèses ont été examinées, discutées et validées comme hypothèses à tester lors de l'enquête qualitative et quantitative.

De l'ensemble des facteurs de risque standards, 19 facteurs de risque ont été retenus pour être testés sur le terrain. Les experts techniques ont ensuite été invités à classer les facteurs de risque en fonction de leur contribution anticipée à la sous-nutrition dans la zone d'étude sur l'échelle de 1 (facteur de risque susceptible à contribuer marginalement à la sous-nutrition) à 5 (facteur de risque censé à contribuer substantiellement à la sous-nutrition). Les résultats de cet exercice sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous²⁷.

	Facteurs de risque	Note moyenne
A	Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels	3.33
B	Grossesses rapprochées / Faible utilisation du planning familial	3.83
C	Niveau de stress maternel élevé	3.17
D	Pratiques d'allaitement maternel non-optimales	3.50
E	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales	3.33
F	Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins	2.50
G	Faible accès aux aliments	3.33
H	Utilisation des revenus non-bénéfique à l'état nutritionnel des enfants et des mères	2.83
I	Faible diversité, accès et disponibilité des sources de revenus pour les ménages	3.33
J	Faible capacité de résilience	3.33
K	Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité)	4.33
L	Gestion de l'eau non-optimale	3.50
M	Faibles pratiques d'assainissement	2.83
N	Faibles pratiques d'hygiène	3.50
O	Surcharge de travail des femmes	3.00
P	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	2.67
Q	Grossesses précoces	3.67
R	Faible état nutritionnel des femmes	3.83
S	Migration	2.33

Tableau 4: Liste des facteurs de risque hypothétiques validée lors de l'atelier technique initial, y compris la pondération par experts techniques

²⁵ Rapports annuels, rapports de projets techniques et de recherche, documents de travail, évaluations, stratégies, etc., rédigés par des agences gouvernementales, des organisations non gouvernementales, des universités ou des sociétés/consultants privés.

²⁶ Les participants comprenaient 10 experts techniques couvrant divers secteurs, tels que la santé/nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que l'éducation.

²⁷ Les cellules en orange désignent les 3 facteurs de risque les plus susceptibles de contribuer substantiellement à la sous-nutrition dans la zone d'étude, tandis que les cellules en vert désignent les facteurs de risque susceptibles de contribuer à la sous-nutrition marginalement.

A. SANTÉ

Le district sanitaire est doté d'un hôpital à Amboasary Ville et 29 centres de santé de base (CSB) répartis dans toutes les communes du district, soit un CSB pour 10 371 habitants²⁸. Les CSB sont gérés par des infirmiers (un chef de poste) avec l'assistance des sages-femmes. Seul le CSB à Amboasary Ville est géré par un médecin.

Vu la taille du district et les distances importantes entre certaines communes et le chef-lieu du district et/ou certains fokontany et le chef-lieu de la commune, les participants aux groupes de discussion ont régulièrement souligné un problème d'accès géographique aux services de santé. Pour les plus chanceux, le trajet vers le CSB le plus proche ne prend qu'une heure de marche. Pour les autres, il se traduit en 5-8h de marche avec la nuitée requise à proximité d'un centre de santé. Selon les résultats de l'enquête quantitative, la durée moyenne de déplacement entre le fokontany d'origine de l'enquêté et le CSB le plus proche est de 1.68 heures [1,23-2,14 IC 95%]. Considérant que le seuil de l'OMS prévoit la distance agréable entre le domicile et le centre de santé le plus proche à 5 km aller unique, la durée moyenne de déplacement dans le district d'Amboasary semble dépasser ce seuil, posant des graves difficultés au ressortissants de fokontany plus éloignés.

Ces résultats ont été ensuite analysés en prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage mais ils n'ont pas mis en évidence une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que la distance à un établissement de santé n'est pas un facteur de risque principal conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Par contre, dans le cas d'une distance de déplacement importante entre le fokontany et le CSB le plus proche, les visites aux CSB sont naturellement reportées jusqu'au moment de l'urgence, et remplacées, entre temps, par les soins plus disponibles, soit l'automédication et/ou les soins traditionnels.

Les produits pharmaceutiques étant facilement disponibles²⁹ sur les marchés locaux, la population peut accéder même aux antibiotiques sans avoir visité un professionnel de santé pour au moins la diagnostique d'une maladie. D'après le personnel de santé, la population ne fait recours au CSB qu'en cas d'échec de ce traitement et vu que ce traitement n'était pas efficace, ils demandent le traitement par injections.

“La population arrive au centre de santé quand l'état de patient a déjà considérablement détérioré. Ils refusent le traitement en comprimés parce qu'ils ont déjà essayé et cela ne marchait pas.”

Personnel de santé³⁰

De l'autre côté, les participants aux discussions de groupe ont expliqué qu'ils préfèrent d'acheter les médicaments sur le marché parce qu'une visite au CSB se traduit généralement en traitement par injections et le coût élevé, par conséquent. Les participants aux groupes de discussion ont régulièrement cité une somme de 10.000-20.000 AR pour 2-4 injections (qui représente un traitement complet) et/ou plus de 50.000 AR pour l'administration d'un sérum³¹. Vu la situation

²⁸ Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo, Madagascar, 2018.

²⁹ Sans faisant allusion à leur qualité et/ou efficacité.

³⁰ Pour des raisons de confidentialité, l'auteur de ce document exerce son droit de ne pas divulguer le lieu exact où ces données ont été collectées.

³¹ Le prix standard d'un traitement de la diarrhée chez l'enfant, tel que rapporté par les participants aux groupes de discussion : 5.000 AR ou jusqu'à 20.000 AR (avec les injections).

économique précaire de ménages dans la zone, une telle visite au CSB a des conséquences importantes sur la sécurité alimentaire du ménage concerné - qui aboutit souvent à sa décapitalisation pour pouvoir payer les factures.

“Dans la plupart de cas, ils ne nous donnent que des injections. Ils font plus de l’argent comme ça. Parfois nous pensons qu’ils pourraient nous donner des comprimés mais ils insistent sur les injections. Payer la facture de 20.000 AR n’est pas du tout facile. Nous sommes obligés de vendre des assiettes ou des poules pour le faire.”

Participants au groupe de discussion³⁰

Certains participants aux groupes de discussion ont exprimé une méfiance ouverte envers le personnel de santé. D’après eux, le personnel de santé fausse la diagnostique des maladies pour pouvoir imposer un traitement couteux.

“Nous sommes toujours étonnés quand ils nous disent que l’enfant souffre du paludisme. Chaque fois c’est le paludisme et les injections sont très couteuses. Parfois nous n’avons pas des moyens pour payer le traitement alors nous revenons chez nous et essayons de traiter la maladie par d’autres moyens. Nous n’avons pas le traitement pour le paludisme alors on donne à l’enfant des tisanes³² contre la fièvre. L’enfant guérit ! Alors comment nous pouvons croire que c’est le paludisme si l’enfant guérit avec des tisanes ?”

Participants au groupe de discussion³⁰

Dans une autre localité, la méfiance envers le personnel de santé tourne autour l’aggravation de l’état de santé de l’enfant suite aux injections.

“Une fois, le personnel de santé a donné des injections à un enfant dynamique. Ensuite, il a fait une crise et la famille était obligée de dépenser beaucoup de l’argent pour lui soigner. Suite à cet épisode nous ne faisons plus la confiance aux médecins.”

Participants au groupe de discussion³⁰

A part de ces perceptions de coût élevé des soins au CSB en lien avec la diagnostique des morbidités, la mobilisation du ménage pour rechercher des soins au centre de santé dépend également de l’approche soignant-soigné. Cette relation est aussi asymétrique que d’autres liens intracommunautaires. Autrement dit, le soignant domine le soigné - ce qui se manifeste dans sa façon de se comporter envers le soigné. Dans les localités à proximité de centre de santé, les participants aux groupes de discussion ont exprimé une satisfaction générale avec l’approche des professionnels de santé.

“Ils sont très gentils et disponibles de nous soigner même en cas d’urgence³³. Quand nous n’avons pas assez de moyens, ils nous donnent une semaine - jusqu’au prochain jour du marché - pour payer notre facture.”

Participants au groupe de discussion³⁰

Par contre, la population dans les localités éloignées n’a pas l’accès à la même bienveillance en cas d’incapacité de payer leurs factures. Le comportement du personnel de santé en lien avec leurs difficultés financières représente ainsi une barrière majeure à l’accès aux soins biomédicaux.

³² Par voie orale et inhalation.

³³ En dehors des heures d’ouverture de CSB.

“Si nous avons de l’argent, ils sont gentils et ils nous expliquent tout bien. Si nous n’avons pas de moyens, ils nous jettent dehors. Il vaut mieux aller chez le guérisseur traditionnel qui ne nous traite jamais ainsi.”

Participants au groupe de discussion³⁰

Les guérisseurs traditionnels jouissent une haute réputation dans les communautés Antadroy. Depuis les siècles, ils recueillent la sagesse des ancêtres et traitent l'homme dans son intégralité – le corps ainsi que l'esprit. Cette approche « holistique » au traitement leur rend plus fiables que les professionnels de santé. Pour cela, ils continuent d'être choisis comme le premier recours aux soins pour certaines pathologies, telles que la fontanelle³⁴, les plaies aux muscles ou les inflammations. Leur avantage réside dans leur proximité à la population – géographique ainsi que sociale. Les campagnes de communication contre leur usage et/ou contre l'administration des plantes médicinales validées par des longues années de traitement réussies accentuent les tensions existantes entre « l'extérieur » et « l'intérieur » ou bien la culture autochtone et la culture étrangère³⁵.

Dans les communautés au Sud de Madagascar, le *vazaha*³⁶ est perçu comme une force qui défavorise les habitants natifs et qui est responsable de la détérioration de leur situation de vie. D'après les aînés, le *vazaha* manipule la population à travers les enseignements de l'église, les mettant en opposition avec leurs coutumes ancestrales. Par conséquent, le non-respect de ces normes sociales compromet leur bien-être (Cf. *Nous contre eux*). La perception de la manipulation se dévoile même dans le domaine de la santé, surtout quand ils sont confrontés à un rejet plutôt catégorique d'anciennes pratiques, telles que l'administration des tisanes.

“Depuis nos ancêtres nous traitons les maladies avec les tisanes. Les gens guérissent. Mais lorsque le vazaha vient, nous sommes interdits de les utiliser. Ils nous disent que c'est le poison et nous devrions soigner les maladies au CSB. Si nous refusons, ils nous apportent des maladies que nous ne connaissons pas. Ils nous disent que les enfants sont atteints de cette maladie et nous sommes obligés de payer pour les soins.”

Participants au groupe de discussion³⁰

³⁴ « L'arrêt (précoc) de la fontanelle », c'est-à-dire l'espace membraneux situé entre les os du crâne des nouveau-nés. Quand la fontanelle arrête de se fermer (souvent dû à la déshydratation ou la malnutrition), l'enfant souffre de la fièvre et cesse de s'alimenter.

³⁵ Selon les informations recueillies, le Ministère de la Santé a développé un guide, voire une politique sur l'usage des plantes médicinales mais sa diffusion et/ou sa mise en application semble être retardée et/ou en contradiction avec son contenu.

³⁶ Etranger.

L'ensemble des barrières à l'accès aux soins, comme discutés avec les participants aux groupes de discussion, figurent dans le schéma ci-dessous.

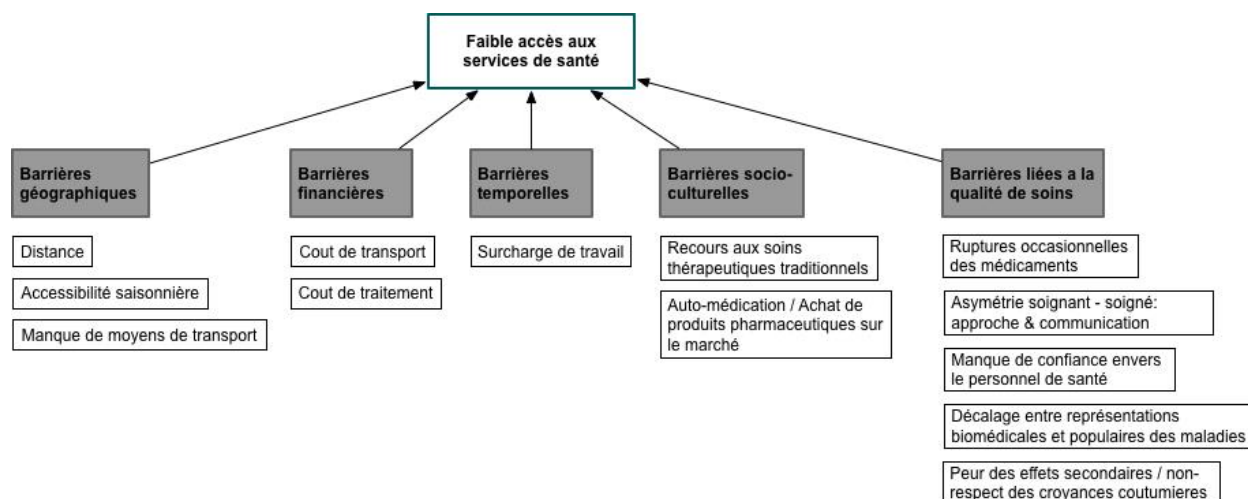


Figure 2: Résumé des principales barrières aux soins de santé dans le district d'Amboasary Sud

Maladies récurrentes

“Un enfant en bonne santé est costaud, dynamique et mange avec l'appétit.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Les maladies récurrentes chez les enfants ≤ 5 ans incluent les troubles intestinales, telles que la diarrhée ou la bilharziose³⁷, les infections respiratoires aiguës et le paludisme. La description détaillée de leurs causes et itinéraires thérapeutiques associés se trouve dans le tableau 5 ci-dessous. Il est important à noter que le traitement traditionnel³⁸ représente les soins de premier recours pour une bonne partie des maladies et le recours au CSB dépend de l'interprétation des symptômes de la maladie de l'enfant ainsi que de la facilité de l'accès aux soins (Cf. *Santé*).

Maladie	Cause	Traitement	Justification communautaire + informations complémentaires
Maladies respiratoires toux <i>kohaka</i> / toux chronique <i>kehakehake</i>	Froid Vent	Traitement traditionnel pendant la période de soudure ou CSB pendant la période post-récolte. ³⁹	Le traitement traditionnel inclut l'administration des tisanes 3 fois par jour : <i>tambuarike</i> , <i>bedokoke</i> , <i>voapike</i> ou <i>lahirozake</i> . Il est aussi efficace de préparer une concoction à la base des coquillages jaunes et de citron, qui doit se reposer pendant 3 jours et puis servie à l'enfant 3 fois par jour jusqu'à la guérison.

³⁷ Communément appelée schistosomiase, la bilharziose est une maladie parasitaire qui conduit à une hépatomégalie ou splénomégalie, notamment au nord du district.

³⁸ Compte tenu de l'usage fréquent des plantes médicinales, le tableau en Annexe D résume les tisanes les plus souvent citées pour le traitement des maladies infantiles ou le rétablissement d'une mère après l'accouchement. Il est important à noter que l'équipe qualitative n'était pas en mesure d'identifier tous les noms scientifiques des plantes médicinales citées par les participants aux groupes de discussion et/ou vérifier leurs propriétés médicinales et/ou leurs effets potentiellement néfastes sur la santé des enfants ≤ 5 ans. Ainsi, cette liste devrait être étudiée avec précaution. Pourtant, elle pourrait servir comme un point de départ pour la recherche plus approfondie selon les besoins ou intérêts des parties prenantes.

³⁹ Le choix de traitement dépend de la disponibilité des ressources financières au ménage au moment de la maladie.

Fièvre <i>tazo</i>	-/-	Automédication ou CSB	L'automédication inclut une administration d'un paracétamol. Si les parents soupçonnent le paludisme, ils précipitent au CSB « <i>parce que le paludisme peut être mortel.</i> »
Paludisme <i>tazo moka</i>	Moustiques Baignade dans la rivière ⁴⁰	Traitement traditionnel ou CSB	Le traitement traditionnel pour le paludisme n'existe pas. Le traitement traditionnel est utilisé seulement dans les cas d'une interprétation différente de la maladie. D'après certains participants aux groupes de discussion, les symptômes du paludisme peuvent être interprétés comme <i>aretina ary razana</i> , une « maladie des ancêtres » ou une possession par le démon parce que l'enfant fait la crise. Dans ces cas, le traitement inclut l'administration des tisanes : <i>tsambolafotsy</i> , <i>ronba</i> , <i>saronzaza</i> ou <i>mandravarotse</i> (Cf. Crise d'épilepsie/convulsions)
Diarrhée <i>Aretim piralanana</i>	Fontanelle Mauvais aliments ⁴¹	Traitement traditionnel si causée par la fontanelle ; autrement CSB ou tisanes	Pour le traitement de la diarrhée causée par la fontanelle, voir ci-dessous. La diarrhée causée par les mauvais aliments peut être traitée par les tisanes : <i>nonoke</i> , <i>zizimo</i> , <i>toratora</i> , <i>feuilles de coco</i> , <i>tabarike</i> , <i>tamboro</i> , <i>relofa</i> , <i>trongatse</i> , <i>vahombey</i> .
Fontanelle <i>hevo</i>	Toux Soleil	Traitement traditionnel	La fontanelle est traitée chez le guérisseur traditionnel et inclut un massage avec l'huile de coco sur tout le corps. Le bébé rétablit dans un seul jour. La fontanelle peut aussi être traitée par les tisanes : <i>katsakatsagne</i> , <i>halomboro</i> , <i>dagoa</i> , <i>sahondra</i> . L'administration de <i>sagnira</i> et feuilles de patates douces se fait directement sur la tête du bébé.
Bilharziose	Parasites <i>soko</i> (boisson de l'eau non-traitée)	Traitement traditionnel, automédication ou CSB	Le traitement traditionnel inclut l'administration des tisanes: <i>samboto</i> , <i>vahombey</i> , <i>neem</i> , <i>mafaibelo</i> ou <i>trongatse</i> . Les participants aux groupes de discussion ont aussi mentionné une automédication d' <i>albendazole</i> .
Variole <i>drodro</i> Rougeole <i>mongo</i>	Saleté	Traitement traditionnel	Le traitement traditionnel inclut les bains de tisanes: feuilles de pastèque, feuilles de tomate, feuilles de <i>tsy matavy an drano</i> , <i>tingo</i> ou <i>famonty</i>

⁴⁰ D'après les participants aux groupes de discussion, l'enfant peut attraper le paludisme pendant qu'il joue dans la rivière : soit parce qu'il est exposé aux températures différentes (eau/air) ou soit parce qu'il boit de l'eau contaminée dans la rivière.

⁴¹ Consommation des aliments froids, tels que les mangues, le tamarin, le cactus ou les tubercules sauvages.

Crise d'épilepsie / convulsions <i>biloka / mifanintona</i>	Malédiction <i>ajaja azonly razana</i> Démon	Traitement traditionnel ou église ou marabout	La malédiction vient des ancêtres qui se fâchent avec les parents mais la maladie se manifeste sur les enfants. Le traitement nécessite une visite à l'église (pour une cérémonie appelée <i>tub</i> ou une visite chez le marabout qui communique avec les ancêtres ⁴² . Le traitement traditionnel peut aussi inclure l'administration des tisanes : <i>andriambolafotsy</i> ou <i>sarongaza</i> . (Cf. <i>Paludisme</i>) La maladie peut être transmise quand la personne pète au moment de la crise.
Handicap physique <i>kepeke</i>	Polio	Pas de traitement	-/-

Tableau 5: Itinéraires thérapeutique pour les maladies infantiles récurrentes

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 18,9% [11,9-28,7 IC 95%] d'enfants atteints de la fièvre, de la diarrhée ou des infections respiratoires au cours de deux dernières semaines précédentes l'enquête n'ont pas été soignés dans un établissement de santé. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un recours aux soins inadéquats et/ou un manque de soins en cas de maladie constitue un facteur de risque conduisant à un retard de croissance des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

D'ailleurs, les résultats de cette enquête démontrent des prévalences plutôt élevées pour la diarrhée⁴³, la fièvre⁴⁴ et les infections respiratoires⁴⁵ : 35,4% [29,7-41,4 IC 95%], 45,7% [38,8-52,7 IC 95%] et 45,3% [37,1-53,7 IC 95%], respectivement.⁴⁶ Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre la diarrhée et la malnutrition chronique, ce qui signifie que la diarrhée constitue un facteur de risque conduisant à un retard de croissance des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). De plus, les associations potentielles ont été détectées entre toutes les trois morbidités et la malnutrition aigüe (Cf. *Annexe B*).

⁴² Le gardien de tombeau (*tsy mahay velo*) doit mener une cérémonie à la maison de cendres (l'endroit où la maison d'un ancêtre a été construite). Un mouton doit être sacrifié pour enlever le péché commis contre l'ancêtre.

⁴³ La diarrhée était définie comme le passage de trois selles liquides ou plus au cours d'une journée.

⁴⁴ La fièvre était définie comme une fièvre sans toux.

⁴⁵ Les infections respiratoires aigües ont été définies comme la toux ou les difficultés à respirer, accompagnées d'une fièvre.

⁴⁶ Les maladies sur une période de rappel de deux semaines sont notablement supérieures aux résultats de la dernière enquête SMART 2018 mais plus proche de ceux de l'enquête SMART 2017 : diarrhée 37,9% contre 13,9% ; fièvre 52,4% contre 13,8% ; infections respiratoires aigüe 51,0% contre 15,2%. Il est à noter que ces prévalences (applicables à tout le district) diffèrent des prévalences présentées dans le texte ci-dessus (applicable seulement à la population Antadroy du district).

	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Climat												
Saison sèche								++	+++	++		
Saison pluvieuse	++										++	+++
Température	+++	++	++	++	++	++	++	vent	vent	++	+++	+++
Santé												
Diarrhée	++									++	+++	+++
Bilharziose											++	+++
Infections respiratoires aiguës (IRA) / Toux				++	++	++	++	++				
Fièvre			+	++	+++	+++					++	++
Paludisme				++	++	+++					++	+++
Malnutrition	++									++	++	+++

Tableau 6: Calendrier saisonnier pour les maladies récurrentes dans le district d'Amboasary Sud

En ce qui concerne l'évolution historique des maladies, les participants aux groupes de discussion ont remarqué que la rougeole a presque disparu dans les 10 dernières années. Cette observation peut être soutenue par les résultats de l'enquête quantitative, selon lesquelles 80,4% [69,0-88,3 IC 95%] d'enfants inclus dans l'échantillon ont été vaccinés contre la rougeole⁴⁷ et 41,6% [33,3-50,5 IC 95%] d'eux ont reçu trois doses de Penta-3⁴⁸, une vaccine contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite B et contre *Haemophilus influenzae* type B (Hib) qui est à l'origine de la pneumonie et de la méningite. Par contre, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont révélé aucune association statistique entre ces indicateurs et l'état nutritionnel d'enfants dans l'échantillon, ce qui signifie que la vaccination ne constitue pas un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Néanmoins, un lien statistiquement significatif a été détecté entre la supplémentation en Vitamine A et le déparasitage avec la malnutrition aiguë, ce qui signifie qu'un enfant ratant sa dose de Vitamine A ou du déparasitage (et ainsi manquant une opportunité de régulariser son système immunitaire) est plus vulnérable à la malnutrition aiguë (Cf. *Annexe B*).⁴⁹

D'une manière générale, les participants aux groupes de discussion ont constaté que les enfants d'aujourd'hui sont plus souvent malades « à cause d'un manque de nourriture. » D'après eux, le

⁴⁷ Couverture inférieure à 95%, un seuil recommandé par l'OMS pour arriver à une immunité collective (OMS Relevé épidémiologique hebdomadaire 17 Nov. 2017). Cependant, une campagne de vaccination contre la rougeole était en cours lors de la collecte des données de l'enquête quantitative (1 - 5 Avril 2019), ce qui signifie que la couverture de la vaccination contre la rougeole peut être un peu sous-estimée.

⁴⁸ Couverture très basse, en dessous des seuils de 90% de la couverture au niveau national et 80% de la couverture au niveau du district décrits dans le Plan d'action mondial de vaccination 2017 (Global Vaccine Action Plan, Secretariat Annual Report, WHO, 2018).

⁴⁹ Taux de couverture de la supplémentation en Vitamine A : 84,2% [76,7-89,6 IC 95%] et taux de couverture en déparasitage : 77,2% [69,1-83,8 IC 95%], considéré satisfaisant. Les taux élevés peuvent être attribués aux activités de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'enfant (SSME) qui a eu lieu du 22 au 26 octobre 2018.

changement climatique a un impact négatif sur leurs récoltes et ainsi leurs capacités de nourrir leurs familles (notamment les familles nombreuses) et de garder leurs enfants en bonne santé.

Selon leurs observations, les filles et les garçons sont également vulnérables aux maladies infantiles. Si toutefois ils devaient choisir, ils estimaient que les filles pourraient être plus vulnérables. Pourtant, ils pensaient que la vulnérabilité est déterminée plutôt par l'âge de l'enfant (≤ 6 mois pendant que l'enfant est toujours allaité et/ou 6-36 mois) et par la « finesse » de ses intestins.

“Certains enfants sont plus malades que les autres. Nous ne savons pas pourquoi mais nous pensons que les intestins de certains enfants sont épais pendant que les autres ont des intestins fines. Parfois les enfants mangent du manioc et ils sont en bonne santé et les autres ont mal au ventre.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Espacement des naissances et la planification familiale

L'espacement des naissances et la planification familiale sont souvent des sujets particulièrement sensibles dans les cultures traditionnelles. Les Antadroy n'étaient pas une exception. D'une manière générale, il est possible de constater que les participants aux groupes de discussion ont exprimé des opinions fortes contre l'utilisation des moyens contraceptifs. Pourtant, dans le contexte dans lequel ils vivent, leur justification des familles nombreuses semblait logique et défendable.

Malgré l'idée populaire, les ménages Antadroy n'étaient pas historiquement très nombreux. D'après les témoignages des aînés, un ménage typique ne dépassait pas 4 enfants. Actuellement, tous les participants aux groupes de discussion ont déclaré vouloir/avoir « *au moins 10 enfants* »⁵⁰. Le désir d'avoir une famille nombreuse était né il n'y a pas longtemps pour des raisons purement pratiques.

Premièrement, vu la détérioration des conditions de vie quasi-constante, la famille est devenue une unité de survie, voire une stratégie de survie, dans laquelle chacun a sa place et contribue à la survie de l'ensemble du ménage.

“Je veux avoir 10 enfants : deux garçons pour surveiller le bétail, deux garçons pour travailler au champ, deux filles pour collecter le bois sec, deux filles pour faire le maraichage, 1 garçon pour collecter du miel et 1 enfant – garçon ou fille – pour aller à l'école.”

Participant au groupe de discussion, Esatra Bevia

Les participants ont expliqué qu'ils ne peuvent dépendre de personne pour les aider car chacun a ses difficultés. Ainsi, il est important qu'ils fassent tout pour pouvoir vivre sans intervention ou aide extérieure. Dans ce sens, la famille est aussi devenue une unité de défense contre les *malaso*⁵¹. Les attaques se multipliant dans tout le district d'Amboasary Sud, notamment ces 10 dernières années, les familles nombreuses représentent un moyen de protection contre le pillage.

⁵⁰ Selon les résultats de l'enquête quantitative, le ménage Antadroy comprend en moyenne 6,0 personnes [5,40-6,60 IC 95%]. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que ni la taille de famille ni la famille nombreuse (≥ 7 membres) [37,7% [30,6-45,5 IC 95%] de ménages enquêtés] ne constituent des facteurs de risque conduisant à la sous-nutrition des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

⁵¹ Bandits, voleurs de zébu aussi connus sous le nom « *dahalo* ».

“Nous avons besoin beaucoup d'enfants pour pouvoir se protéger contre les malaso. Si nous sommes que 4 ou 5, nous ne pouvons rien faire. Nous ne pouvons gagner que lorsque nous les dépassons en nombre.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Les attaques de malaso ont eu encore un autre effet sur la taille de ménage. Les vols de zébus décapitalisent les ménages qui perdent, entre autres, une « main d'œuvre » pour travailler la terre. Considérant le prix élevé du bétail (Cf. *Elevage*), les ménages n'arrivent pas à le remplacer aussi facilement et ainsi ils préfèrent « s'approvisionner » en enfants. Ce choix est aussi modelé par peur de retour de malaso et/ou de pillage récurrent si les ménages reconstituent leurs troupeaux.

“Après les attaques de malaso, il est mieux de ne pas acheter beaucoup de zébus. Cela attire leur attention et ils risquent de revenir. Pourtant les zébus nous manquent sur les champs. Alors on a besoin des enfants pour travailler la terre et récolter.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Dans ce sens, les enfants représentent la « richesse⁵² » du ménage, incarnant les ressources familiales au présent mais aussi pour le futur. La plupart des participants aux groupes de discussion se sont fait entendre que « l'enfant est une caisse pour la vieillesse. »⁵³

“Enfant est une raison d'être. C'est une joie. Il va prendre soin de nous. Si j'ai un seul enfant, je ne recevrai pas que 2.000 AR et cela n'est pas assez pour survivre. Si j'ai 10 enfants et chacun paie 2.000 AR, je serai riche.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Exemple à éviter...⁵⁴

Tsilavo a 80 ans. Elle n'a pas d'enfants. Son mari a été tué par les malaso en janvier 2012. Elle n'a ni lit ni matelas pour dormir. Elle n'a qu'une assiette, une cuillère, un bol, un seau et une marmite. Elle a vendu toutes ses possessions à la mort de son mari - y compris la terre cultivable. Sa vie n'est plus comme avant...

Vu son âge, elle n'a pas de force de travailler au champ pour gagner un peu de l'argent. Des fois elle demande à manger au maire ou au chef de fokontany; d'autres fois elle mendie au marché – elle ne demande pas de l'argent mais de la nourriture. La plupart des jours elle essaie de survivre en gardant les enfants dans son voisinage. Elle les surveille au moment que leurs mères vont au marché ou si elles doivent s'absenter pour une autre raison. Au retour, elles partagent le repas avec elle pour la remercier. Si elle reçoit une assiette, elle mange la moitié à midi et la moitié le soir.

Ce type de calcul prend en compte un risque que « quelques enfants tournent mal⁵⁵. » D'après les témoignages, les parents pensent qu'une moitié de leurs enfants ne seront pas en mesure de les aider et/ou ils vont les abandonner. Pour éviter qu'ils se retrouvent totalement abandonnés, ils désirent avoir nombreux enfants dans l'espoir qu'au moins quelqu'un leur soutiendra dans leur vieillesse.

Le concept de la richesse prend également forme d'une fille qui, pour le père, représente un don de zébu qu'il va recevoir le moment de son mariage.

⁵² Le même mot en langue locale utilisé pour désigner les enfants, *harena*.

⁵³ Participants aux groupes de discussion, Analoalo, Mahabo et Esatra Bevia.

⁵⁴ Récit d'une vieille dame sans famille pendant l'entretien informel à Mahabo.

⁵⁵ Enfants nés le mauvais jour ou tout simplement malchanceux.

“Je serai riche une fois que ma fille se marie.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Pour les agriculteurs, au premier plan, un enfant représente un héritier; au deuxième plan il représente une continuation du clan, la promesse que son histoire continuera même après sa mort.

“Si nous n'avons pas d'enfants, nous n'existons pas. Dans le fokontany nous sommes connus par nos enfants – comme papa de tel ou tel. Les enfants sont une assurance que notre tombeau sera entretenu et que les gens ne nous oublieront pas. Si nos enfants ont du succès, nous allons atteindre un nouveau statut.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

D'ailleurs, les participants aux groupes de discussion ont précisé qu'ils ont besoin des enfants pour « sécuriser » la bénédiction des ancêtres. Cela étant dit, certaines femmes peuvent être encouragées d'utiliser le planning familial pendant les périodes d'une moindre récolte mais si la récolte est volumineuse, il sera suggéré à eux de l'arrêter pour remercier les ancêtres pour leur bénédiction.

Pour les femmes, les enfants aussi représentent un soulagement ou un moyen d'évasion lorsque leurs vies conjugales ou les vies au sens large deviennent difficiles à supporter.

“Nous adorons les enfants. Nous sommes souvent tristes par rapport notre situation que nous ne pouvons pas changer. Nous ne sentons pas bien en présence de nos maris; nous n'avons pas l'espoir. Nous essayons de nous calmer le cœur et ce sont seulement nos enfants qui nous rendent heureuses et satisfaites.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Enfin et surtout, selon la coutume Antadroy, l'enfant est un cadeau de Dieu et un nombre d'enfants dans le ménage dépend de sa volonté. D'après les croyances locales, si Dieu bénit la famille avec un enfant, c'est lui qui va le nourrir.

“C'est la volonté de Dieu si nous avons des enfants. Si ce n'était pas notre destin⁵⁶, nous pourrions avoir des rapports sexuels tous les jours sans tomber enceintes. Si Dieu nous donne un enfant, il va nous aider pour qu'il a toujours quelque chose à manger.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

De l'autre côté, si la femme n'arrive pas à concevoir, la population pense que ce n'est pas son destin, *mbola tsy anjara*. Certaines femmes, désirant limiter les naissances avec l'aide des moyens contraceptifs en cachette, utilisent cette justification pour expliquer à leurs maris pourquoi elles ne sont pas encore tombées enceintes.

A part des croyances culturelles ou des raisons personnelles, les effets secondaires constituent une forte base « anti-planning familial ». Parmi les raisons citées, les participants aux groupes de discussion ont souligné notamment la peur de l'hémorragie et de la mort éventuelle. D'ailleurs, ils ont mentionné la perte de poids, perte de cheveux, cancer et kyste ainsi que l'infertilité ou les complications lors de la grossesse et/ou l'accouchement.

⁵⁶ Anjara.

“Il y a quelques années, une femme utilisait le planning familial et quand elle est tombée enceinte, elle a précocement accouché un enfant avec une tête de serpent. Nous ne voulons pas utiliser le planning familial pour que cela nous n'arrive pas aussi.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Certains participants, pratiquants et non-pratiquants ont ajouté que l'utilisation des moyens contraceptifs nécessite une bonne alimentation – ce qui n'est pas toujours possible dans leurs circonstances – ce qui aboutit à des faiblesses ou maux de tête.

Le tableau 7 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'utilisation des moyens contraceptifs pour l'espacement et/ou limitation des naissances et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal. Pour la plupart des participants aux échanges, l'utilisation de la planification familiale est acceptable pour espacer des naissances, mais pas pour les limiter.

Barrière	Pratiquants	Non-pratiquants
	Utilisation d'un implant (3 ans) pour espacer les naissances	Non-utilisation des moyens de contraception modernes ou traditionnels pour espacer les naissances
Perception de la susceptibilité	OUI “Si on n'utilise pas la contraception, on peut tomber enceinte à n'importe quel moment.”	OUI “Si on utilise la contraception, on va avoir l'hémorragie.”
Perception de la sévérité	OUI “Les grossesses rapprochées fatiguent les femmes et apportent des maladies comme des maux de tête.”	OUI “L'hémorragie est mortelle.”
Perception de l'efficacité de l'action	OUI “Si on utilise la contraception, on est sûr de ne pas tomber enceinte à un moment inopportun.”	OUI “Si on n'utilise pas la contraception, on va éviter l'hémorragie et la mort.”
Perception de l'auto-efficacité	OUI “Il est facile d'utiliser la contraception. Il suffit d'aller au CSB qu'une seule fois.”	NON “Il serait très difficile pour moi d'utiliser la contraception à cause des conséquences que je pourrais subir et aussi à cause de mon mari.”
Indices d'action	NON “Il est difficile de se rappeler d'un rendez-vous au CSB après les trois années.”	NON “Il serait difficile pour moi de se rappeler d'un rendez-vous au CSB pour la renouveler.”
Perception de l'acceptabilité sociale	NON “La contraception n'est pas généralement acceptée dans notre communauté. Les femmes qui décident de l'utiliser doivent le faire en cachette.”	NON “La contraception n'est pas acceptée dans notre communauté, notamment par les hommes qui sont les 1ers décisionnaires dans le ménage.”
Perception de la volonté divine	NON “Même si la nouvelle vie peut être considérée comme une représentation de la volonté divine, elle intervient après le contact	OUI “C'est la volonté de Dieu si et combien des enfants on arrive à avoir. L'homme ne peut pas objecter.”

	<i>sexuel entre un homme et une femme, les conséquences de lequel peuvent être contrôlées pour assurer un bon développement de chaque enfant.”</i>	
Perception des avantages de l'action	▪ Espacement des naissances. ▪ Temps pour les activités génératrices de revenu. ▪ Diminution des dépenses ménagères.	▪ Espacement des naissances ▪ Réduction du stress ▪ Temps pour les activités génératrices de revenu.
Perception des désavantages de l'action	▪ Peur des effets secondaires (hémorragie/mort) ▪ Changement d'un cycle menstruel. ▪ Peur des complications lors d'un accouchement. ▪ Peur de la belle-mère. ▪ Augmentation des apports nutritionnels.	▪ Peur des effets secondaires (hémorragie, mort) ▪ En contradiction avec les croyances/désirs personnels (désir d'avoir beaucoup d'enfants) ▪ Faible revenu de ménage (pas de possibilité de recevoir les zébus au mariage des filles) ▪ Peur de rejet par le mari.

Tableau 7: Analyse des barrières liées à l'utilisation des moyens contraceptives

Les jeunes femmes ne semblent pas être suffisamment sensibilisées sur l'utilisation des moyens contraceptif et/ou elles délèguent le pouvoir de décision à leurs copains et/ou parents. (Cf. *Mariage et pouvoir de décision*). Dans le couple marié, c'est l'homme qui autorise l'utilisation du planning familial. Pendant que les implants ou les injections sont le plus souvent refusés pour des raisons citées ci-dessus, parfois même le collier menstruel est ignoré.

“Les hommes ne font pas confiance à leurs femmes. Si la femme utilise le collier menstruel et dit à son mari qu'elle ne peut pas avoir un rapport sexuel avec lui pour ne pas tomber enceinte⁵⁷, l'homme soupçonne l'infidélité et manipule la femme afin d'avoir un rapport sexuel avec lui quand même – sous menace qu'autrement elle sera renvoyée chez ses parents.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

De l'autre côté, un groupe des participants a pointé le doigt sur les femmes, disant que c'est leur jalousie qui les lance dans un cercle vicieux des grossesses rapprochées.

“Les femmes après le repos⁵⁸ sont jalouses. Elles soupçonnent que leurs maris couchent avec d'autres femmes. Elles voient que leurs enfants sont encore petits et qu'elles devraient s'abstenir mais elles cherchent des bénéfices en séduisant leurs maris – tout au prix d'un risque de la nouvelle grossesse.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Au lieu de « après le repos », un manque de confiance entre les hommes et les femmes semble tirer son origine de la période « avant le repos », c'est-à-dire la grossesse. D'après les participants

⁵⁷ Le/s jour(s) de son ovulation.

⁵⁸ Selon la coutume Antadroy, les hommes peuvent avoir des rapports sexuels avec d'autres femmes pendant que leurs femmes sont en repos. Les relations extra maritales doivent rester secrètes, sinon les hommes sont obligés de dédommager leurs femmes (1 zébu si la femme attrape son mari *in flagranti* ou 200.000 AR si elle n'entend que des rumeurs). Autrement, les hommes doivent demander une approbation de leurs femmes de s'engager dans telles relations.

aux groupes de discussion, une femme devient « *méchante et agressive* » quand elle tombe enceinte. Elle commence à vomir, perdre le poids, elle s'éloigne de son mari, lui refusant des rapports sexuels. Pour cela, les hommes commencent à fréquenter d'autres femmes, augmentant la pression sur l'utilisation des ressources financières déjà rares. Par conséquent, la femme se sent encore plus abandonnée et son niveau de stress augmente proportionnellement.

Grossesses précoces

Les participants aux groupes de discussion se sont mis tous d'accord que le corps de jeunes filles n'est pas encore prêt pour la grossesse à 12 ou 13 ans. Ils estiment que ce phénomène est causé par une détérioration de la situation économique dans la zone étudiée qui force à la fois les filles d'avoir des rapports sexuels pour subvenir à leurs besoins et leurs parents d'encourager la recherche précoce d'un mari – qui se termine inévitablement en grossesse précoce et non-désirée (Cf. *Nous contre eux, Dépenses ménagères et stratégies de survie* et *Mariage et prise de décision*.)

“Ma fille avait 15 ans quand je l'ai ordonné de se trouver un mari. Elle ne connaissait jamais son père et je n'arrivais plus à prendre soin d'elle. Je voudrais un zébu pour que nos vis s'améliorent. Ma fille est tombée enceinte mais son copain a refusé de l'épouser. L'enfant est mort pendant l'accouchement parce qu'elle n'a pas arrivé à pousser.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

D'ailleurs, les participants ont expliqué qu'il est très difficile pour la fille de se marier si elle ne se marie très jeune. Pour les parents c'est une honte alors ils l'encouragent de se marier le plus tôt possible.

“La fille qui ne se marie pas n'a aucune valeur dans la communauté; elle n'est pas respectée même si elle a un travail et elle gagne bien sa vie. Aux yeux de la communauté, elle n'a rien sans son mari à côté d'elle.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Si les jeunes filles tombent enceintes hors mariage, le ménage de ses parents se retrouve dans une situation qui détériore, plutôt qu'améliore. Ceci a potentiellement deux conséquences : la famille accepte la fille en toute humilité, sachant qu'ils l'ont mal guidé ou la famille la punit pour « l'erreur qu'elle a commise », en la demandant de se débrouiller toute seule si tôt qu'à partir de deux mois après l'accouchement. Il va sans dire que particulièrement la deuxième option entraîne la fille vers les stratégies d'adaptation extrêmes et néfastes pour sa santé ainsi que celle de son enfant.

“Les gens commencent à percevoir qu'ils ont complètement perdu le contrôle de la situation et qu'ils n'arrivent plus la gérer. Ils commencent à comprendre leur manque de vision à long terme et faillibilité de leur décision.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Les résultats de l'enquête quantitative démontrent que l'âge moyenne des mères lors de la 1^{ère} grossesse est 17,3 ans [16,9-17,7 IC 95%]. D'après les mêmes données, 25,5% [19,3-32,9 IC 95%] de femmes étaient enceintes avant l'âge de 16 ans. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé des associations statistiques entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'ils ne constituent pas des facteurs de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Pourtant, selon les résultats de l'enquête quantitative, la durée moyenne d'espacement des naissances est 27,1 mois [24,7-29,4 IC 95%], soit plus de 2 ans. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que l'espacement des naissances ne constitue pas un facteur protecteur contre la sous-nutrition des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). Par contre, la grossesse actuelle de la mère a démontré une association statistique

significative avec le retard de croissance et ainsi l'espacement de naissances et/ou les pratiques associées pourraient avoir l'effet sur l'état nutritionnel de l'enfant.

Consultations prénatales et accouchement

Les consultations prénatales ainsi que le service de maternité sont parmi les services les plus préférés et les plus utilisés au niveau des centres de santé dans les district d'Amboasary Sud. Le jour de rendez-vous est conventuellement fixé pour le jour de marché. Ainsi, les femmes dans les localités à proximité de CSB complètent au moins 4 visites prénatales (3, 6, 7, 8 mois) et accouchent presque exclusivement en présence d'un professionnel de santé « *pour éviter des complications et être sûre que quelqu'un expérimenté leur aidera en cas de besoin.* »⁵⁹ Ces témoignages ont été confirmés par les résultats de l'enquête quantitative, selon lesquels les femmes complètent en moyenne 4.12 [3,94-4,30 IC 95%] visites prénatales. En fait, d'après les données collectées, 37,3% [28,9-46,6 IC 95%] de femmes ont complété 5 visites prénatales. Par contre, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs et l'état nutritionnel d'enfants dans l'échantillon, ce qui signifie que les consultations prénatales ne constituent pas un facteur protecteur contre la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

Les femmes dans les localités plus éloignées consultent une accoucheuse traditionnelle – sauf si le personnel de santé leur rend la visite à domicile⁶⁰. Elles réduisent leurs apports nutritionnels à partir de 8^{ème} mois pour éviter des complications lors de l'accouchement.⁶¹ Elles accouchent principalement chez eux, en présence d'une accoucheuse traditionnelle. Aucun médicament n'est administré lors d'un accouchement mais les tisanes sont servies toute de suite après pour aider la mère à reprendre ses forces.

“Après l'accouchement, la mère reçoit des tisanes de varo et votofosa pour faciliter la sortie du sang. Elle reçoit aussi l'amoxicilline et tétracycline qui remplace une tisane de try qui n'est plus disponible chez nous. Dans le passé, les accoucheuses n'avaient pas l'habitude de le faire mais elles ont commencé après la disparition de try. Ensuite, l'enfant reçoit une tisane de fleurs de citrouille pour qu'il fasse bien ses premiers besoins. Puis on lave les seins de la mère avec l'eau chaude et on met le bébé au sein. Après deux semaines, on change des tisanes pour sarihisatse pour que l'enfant commence bien grandir.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Les consultations post-natales après l'accouchement à domicile sont rares. Les femmes entrent dans la période de repos qui ne favorise pas les déplacements loin de leur domicile. La description détaillée de cette coutume Antadroy est disponible dans le cadre ci-dessous.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 35,3% [26,3-45,5 IC 95%] de femmes enquêtées n'ont pas accouché dans un établissement de santé lors de leur dernier accouchement. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un accouchement à domicile constitue un facteur de risque conduisant à un retard de croissance des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

⁵⁹ Participants aux groupes de discussion, Ankilimalaindio 2.

⁶⁰ Service de clinique mobile.

⁶¹ En d'autres mots, pour éviter que le bébé soit trop grand.

D'ailleurs, les résultats de cette enquête démontrent qu'après l'accouchement les femmes se reposent en moyenne 7,75 semaines, soit environ 54 jours. Pendant que cette durée dépasse 40 jours recommandées, elle est plus courte que la durée habituelle selon la coutume Antadroy. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre le repos après l'accouchement de moins de 3 mois et la malnutrition aigüe, ce qui signifie qu'une réduction de repos après l'accouchement constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

Femmes en repos⁶²

Les Antadroy considèrent que la femme après l'accouchement est blessée à l'intérieur par un être humain qui vient de sortir de son ventre. Pour que les plaies se guérissent sans complications, elle a le droit de se reposer pendant 1 - 3 mois. Le repos aide aussi à assurer la production du lait maternel adéquate.

Vu la perception de sa fragilité et vulnérabilité aux maladies, la femme en repos devrait rester à la maison, habillée dans les vêtements chauds et enveloppée dans les couvertures lourdes⁶³ qui la protège contre le froid. Elle n'a pas le droit de faire des travaux lourds et ne reprend ses activités régulières qu'à partir le 4^{ème} mois.

"Après 4 mois l'enfant peut s'asseoir dans la cuvette et comme ça la femme est libérée de faire les tâches ménagères. Elle ne s'éloigne pas de la maison ou, si nécessaire, elle porte l'enfant au dos et utilise le temps pendant qu'il dort pour faire de travaux nécessaires."

Dépendamment de la situation économique de ménages, le temps de repos après l'accouchement peut être raccourci.

"Une femme en repos diminue le revenu du ménage. Parfois, elle doit commencer plus tôt. Parfois, le mari est impatient est force la femme d'arrêter le repos."⁶⁴

Lors de repos, la femme doit « boire, manger et allaiter ». Si ses circonstances le permettent, elle devrait manger au moins 3 fois par jour et boire beaucoup de tisanes pour soigner les plaies à l'intérieur.

"La femme en repos n'a pas le droit de peigner ses cheveux ni couper ses ongles ni brosser ses dents ni se raser. Elle doit tresser ses cheveux et les couvrir avec le bonnet pour que ses cheveux poussent. Elle utilise la graisse de zébu ou l'huile de ricin de la tête au pied pour avoir la belle peau. Elle se baigne 1-2 fois par semaine, dépendamment de la saison, pour éviter d'attraper froid. C'est vrai qu'il y a une mauvaise odeur mais il vaut mieux résister que tomber malade. Le froid peut tuer mais l'odeur va disparaître. Les parties intimes sont lavées tous les soirs avec de l'eau chaude ou des tisanes qui rétrécit le col de l'utérus. Pour éviter l'hémorragie, l'accoucheuse peut nous aussi donner amoxicilline."

Selon la coutume Antadroy, lors qu'une femme accouche, on consulte un guérisseur traditionnel pour établir si l'enfant est né le « bon ou mauvais jour ». Si un guérisseur constate que l'enfant est

⁶² Récit d'une femme en repos après l'accouchement pendant l'entretien informel à Esatra Bevia.

⁶³ Drap Maurice.

⁶⁴ Selon la coutume Antadroy, l'homme ne peut pas avoir des rapports sexuels avec une femme en repos. Pour cela, certains maris forcent leurs épouses d'arrêter le repos précocement pour qu'elles puissent répondre à leurs besoins sexuels – même à risque qu'elles tomberaient enceintes à nouveau. D'après les aînés, ceci est un signe d'un manque de respect car à leur époque les maris s'abstenaient pendant 6-7 mois pour permettre à leurs femmes de se rétablir après la grossesse/accouchement et prévenir les grossesses rapprochées. (Cf. *Espacement des naissances et la planification familiale*).

né le mauvais jour, les parents doivent faire un sacrifice d'un chèvre pour « rectifier » la date de naissance⁶⁵. Si le sacrifice n'est pas réalisé, « il y aura une mort dans la famille ».⁶⁶

La circoncision des garçons se fait au cours de premiers deux années de vie d'un garçon pendant la période d'hiver. Lors de la cérémonie menée par un *hazumanga*⁶⁶, le père doit manger la peau coupée ou on le met à l'intérieur d'un fusil, et on tire en l'air. Cela signifie que l'enfant deviendra un « vieux puissant. » La plaie après la circoncision se guérit en moins d'une semaine et des complications de santé n'ont pas été rapportées. D'ailleurs, les premiers cheveux d'un enfant doivent être enterrés dans la clôture à zébu (pour éviter la malédiction) et le cordon ombilical doit être enterré dans le pays des ancêtres.

B. NUTRITION ET PRATIQUES DE SOINS

Alimentation de ménage

Les habitudes alimentaires dans un ménage typique dans le district d'Amboasary Sud dépend du volume de la récolte (et/ou du pouvoir d'achat) de ménage, du nombre des personnes dans le ménage ainsi que de la disponibilité/varété des produits alimentaires sur le marché.⁶⁷ Vu que ce dernier est assez restreint, les habitudes alimentaires des ménages se ressemblent quel que soit la période de l'année.

Pendant la période de soudure, les ménages sont confrontés à de graves limitations de ressources, ce qui les rend dépendants de la cueillette de fruits, de tubercules ou de cactus pour pouvoir se nourrir. Les aliments comme le maïs, le manioc et/ou riz sont consommés seulement dans les ménages plus aisés et/ou ils sont réservés aux enfants. La fréquence de repas est limitée à 1-2 fois par jour.

“On ne mange pas ce qu'on veut; on mange ce qu'on peut parce qu'on ne peut pas dormir avec le ventre vide. Notamment nos enfants ne supportent pas la faim - surtout le soir ils pleurent. Donc on laisse nos repas du midi pour eux et on les remplace en mangeant du fangitsy ou samboto⁶⁸.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

⁶⁵ *Madoly andro.*

⁶⁶ Entretien informel avec *hazumanga*, notable sacré, Esatra Bevia.

⁶⁷ Certains aliments comme les carottes, le poisson, le miel ou le yaourt, ne sont pas disponibles, même s'ils sont reconnus pour leur valeurs nutritives.

⁶⁸ Pomme de terre sauvage.



Photo 2: Repas à la base de tamarin mélangé avec des cendres, servi aux enfants à partir de 6^{ème} mois

Pendant la période post-récolte, l'apport nutritionnel de ménages augmente tant du point de vue de la qualité que de la quantité. Les ménages consomment une variété de cucurbitacées ainsi que le maïs, le manioc et/ou riz, accompagnés de feuilles vertes ou de haricots, comme le pois à vache⁶⁹ ou pois du cap⁷⁰. Dans les ménages les plus vulnérables, ces aliments peuvent être prioritairement réservés aux enfants mais ils sont généralement consommés plus fréquemment que pendant la période de soudure. La fréquence de repas est augmentée à 3 fois par jour.

“Même si on produit suffisamment de récolte, on ne mange pas du riz souvent – sauf les enfants. On continue de se nourrir par la cueillette pour que la récolte dure plus longtemps.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Période avant récolte	
Petit déjeuner	(repas pas servi)
Déjeuner	Tubercules cueillis dans la forêt (<i>fangitsy</i> ⁷¹ , <i>bagne</i> , <i>sosa</i>) Cactus (<i>raketa mena</i> ⁷² / <i>sirou</i>) Tamarin mélangé avec des cendres ou la terre blanche (<i>kobokoboke</i>) ⁷³ Noix de baobab Mangues Maïs / Manioc + <i>brèdes</i> ⁷⁴ ou poudre de manioc (<i>konoke</i>)
Dîner	Tubercules cueillis dans la forêt (<i>fangitsy</i> , <i>bagne</i> , <i>sosa</i>) Cactus (<i>raketa mena</i> / <i>sirou</i>) Tamarin mélangé avec des cendres ou la terre blanche (<i>kobokoboke</i>) Maïs / Manioc + <i>brèdes</i> ou poudre de manioc (<i>konoke</i>)
Période post-récolte	

⁶⁹ *Vigna unguiculata*, aussi connu sous le nom « la cornille », « le dolique à œil noir » ou le niébé.

⁷⁰ *Phaseolus lunatus*, aussi connu sous le nom « haricot de Lima », « fève de Java », « haricot de Madagascar » ou « kabaro ».

⁷¹ *Dolichos fangitsa* est un vignoble qui produit un tubercule à sa base. Ces tubercules à consistance aqueuse sont consommés crus.

⁷² *Opuntia*.

⁷³ Le goût de tamarin étant très amer, il doit être mélangé avec des cendres ou la terre blanche pour devenir sucré.

⁷⁴ Un ensemble très divers de légumes feuilles comestibles qui sont cuisinées avant d'être consommées, ex. épinards, feuilles de patates douces, feuilles de manioc, etc.

Petit déjeuner	Citrouille Pastèque Melon Maïs / Manioc + <i>brèdes</i> Patates douces + lait
Déjeuner	Citrouille Pastèque Maïs / Manioc + haricots Riz + <i>brèdes</i>
Dîner	Citrouille Maïs / Manioc + haricots
Repas désiré	
Petit déjeuner	Riz (<i>sosoa</i>) ⁷⁵ + (lait) + tomates <u>ou</u> arachides <u>ou</u> poisson <u>ou</u> viande Maïs + viande <u>ou</u> haricots Café/Thé + pain (bokoboka) Soupe
Déjeuner	Riz + haricots <u>ou</u> viande <u>ou</u> poulet Maïs + lait <u>ou</u> niébé Spaghetti
Dîner	Riz + viande <u>ou</u> poisson <u>ou</u> œufs <u>ou</u> haricots

Tableau 8: Résultats de l'exercice participative sur la composition des repas dans les localités échantillonnées

Un exercice participatif sur la composition des repas, intégré dans une série de groupes de discussion, a aussi révélé que la communauté perçoit l'importance de la variété et l'équilibre nutritionnel dans leurs repas. Ils ont souligné que ceci est très difficile dans leurs circonstances dû à un manque des ressources financières. Pourtant, s'ils étaient financièrement plus confortables, ils ajouteraient des protéines animales, tels que le lait, poisson, viande ou œufs, à leur régime alimentaire – qui ne sont actuellement mangés que rarement.

Les échanges avec les aînés ont mis en lumière que les habitudes alimentaires dans le passé étaient plus bénéfiques à la sante de ménages. Moins nombreux et avec des récoltes abondantes, les ménages pouvaient subvenir facilement à leurs besoins nutritionnels.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, le score de la diversité alimentaire des ménages (SDAM) n'atteint que 1.94 [1,63-2,24 IC 95%] groupes alimentaires en moyenne. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'une faible diversité alimentaire dans le ménage constitue un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition (à l'émaciation ainsi qu'au retard de croissance) des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

D'après les mêmes données, le score de la diversité alimentaire dans les ménages dirigés par les femmes diminue davantage et n'atteint que 1,85 [1,51-2,18 IC 95%] groupes alimentaires en moyenne. Semblablement au cas précédent, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'une faible diversité alimentaire dans les ménages dirigés par les femmes constitue un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition (à l'émaciation ainsi qu'au retard de croissance) des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

⁷⁵ Riz cuit à l'eau très mou.

Elles sont sages mais sous-estimées...⁷⁶

“A notre époque, on avait beaucoup de choix : on a mangé ce qu'on voulait ; on n'a pas eu des contraintes. Maintenant, il est très difficile de trouver la nourriture. On mange du manioc même deux fois par jour. Parfois je ne mange pas les soirs – je réserve la nourriture pour les petits. Si je n'arrive pas à dormir avec le ventre vide, je mange du cactus rouge ou des tubercules sauvages pour remplacer le manioc ou patates douces. Donc, vu que les repas ne sont pas bien, les enfants perdent du poids et tombent malades.

D'ailleurs, auparavant on avait plus de respect pour nos parents et nos ancêtres. On a respecté les fady⁷⁷. Comme on était moins nombreux, on avait plus de temps pour se parler. On était tous les frères et sœurs; aujourd'hui ce n'est plus le cas et on est plus distant avec moins de relations familiales.

Comme le nombre d'enfants augmente, la superficie de nos parcelles se rétrécit⁷⁸, la terre devient sèche car les gens coupent des arbres pour vendre et gagner un peu de l'argent. Ils sont obligés de faire quelque chose pour que la famille puisse manger mais il ne pleut plus comme avant. Même la terre ne produit plus tant de la nourriture comme avant.

Je pense que les gens aujourd'hui sont tous maudits. Ils tuent les uns aux autres, leurs parents sont brûlés vifs, les zébus sont volés - les gens aujourd'hui osent faire trop de mal donc ils sont tous maudits. Et cette malédiction est transférée à leurs familles et leurs enfants.

Quand j'essaie de leur parler, ils m'écoutent mais ils se moquent de moi. Ils n'appliquent pas mes conseils et l'histoire de misère continue...”

Alimentation des femmes enceintes et allaitantes

Les habitudes alimentaires des femmes enceintes et allaitantes ne sont pas très différentes du régime alimentaire du reste de ménage. Leurs apports alimentaires pendant la période de gestation et/ou lactation suivent le même parcours que chez les autres femmes. Autrement dit, leurs apports alimentaires diminuent pendant la période de soudure pendant ils se stabilisent après la récolte. Ceci veut aussi dire que pendant les périodes éprouvants les femmes enceintes et allaitantes sont également soumises à la consommation de tubercules sauvages ou de cactus. Pourtant ce type d'aliments a été régulièrement cité par les participants aux groupes de discussion comme les interdits alimentaires pendant la grossesse et/ou lors l'allaitement.

“Les femmes enceintes ou allaitantes ne devraient pas manger les aliments froids, tels que les pastèques, les mangues ou le lait caillé⁷⁹, parce qu'ils peuvent provoquer les douleurs intestinales, la diarrhée et le vomissement chez le bébé. Le tamarin peut aussi provoquer la fièvre/des tremblements lors d'un accouchement.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

L'équipe qualitative a pu comprendre qu'il s'agit des aliments qui ne sont pas cuits avant leur consommation et que cet interdit peut être lié à la contamination potentielle des aliments (et les troubles intestinaux, qui en résultent), considérant le faible accès à l'eau et des pratiques d'hygiène non-optimales dans la zone étudiée.

⁷⁶ Récit d'une grand-mère pendant l'entretien informel à Esatra Bevia.

⁷⁷ Interdits culturels ou tabous.

⁷⁸ Vu que les parcelles sont continuellement subdivisées entre les enfants-héritiers.

⁷⁹ Habobo.

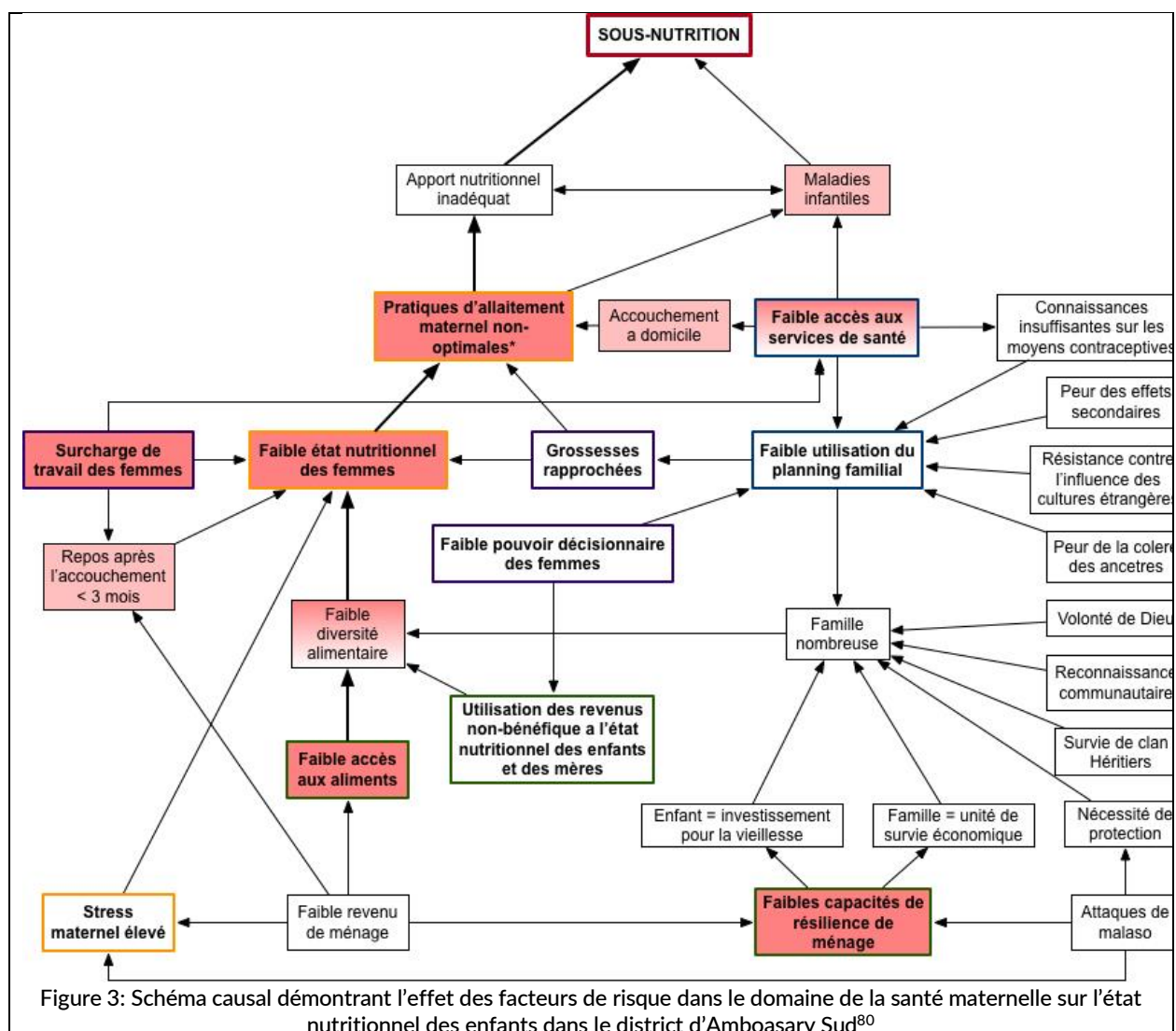
Importance de la santé maternelle

Les femmes enceintes et allaitantes sont généralement considérées comme un groupe vulnérable sur le plan nutritionnel. La nutrition pendant la grossesse a un impact significatif sur la croissance fœtale et le poids à la naissance. Pendant la période d'allaitement, les mères sont soumises à un stress nutritionnel, ce qui peut entraîner un déficit énergétique chronique, affectant probablement leur capacité à fournir les soins appropriés. Le faible état nutritionnel de la mère peut être dû à un apport alimentaire insuffisant, à une dépense énergétique excessive ou à une faible utilisation des nutriments.

Un apport alimentaire inadéquat ou une exposition aux infections pendant la grossesse peut entraîner une sous-alimentation du fœtus. Un enfant né avec un faible poids à la naissance aura une forte probabilité de souffrir de sous-nutrition et de maintenir ainsi le cercle vicieux de sous-nutrition.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, la valeur moyenne du périmètre brachial des femmes enquêtées était de 245,01 mm [240,60-249,43 IC 95%]. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un faible état nutritionnel des mères constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). D'ailleurs, un lien potentiel avec le retard de croissance a été aussi détecté.

Le figure 3 ci-dessous résume les facteurs de risques dans le domaine de la santé maternelle et leur effet sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud. Comme expliqué dans les sections respectives, le faible accès aux aliments influence les pratiques alimentaires de ménage avec l'effet direct sur l'état nutritionnel des enfants ≤ 5 ans ainsi que des femmes enceintes et allaitantes. L'état nutritionnel des femmes est aussi affecté par leur surcharge de travail ainsi que le raccourcissement de la durée de repos après l'accouchement. Dans certains cas, les grossesses rapprochées peuvent aussi jouer sur l'état de santé des femmes, pendant que l'accouchement à domicile peut inspirer une réduction des apports alimentaires pendant le dernier mois de la grossesse afin d'éviter les complications potentielles, y compris la mort de la femme et/ou son enfant. D'ailleurs, l'accouchement à domicile est lié à l'administration des tisanes au nouveau-né et ainsi expose l'enfant aux infections et potentiellement à la sous-nutrition dans les cas des infections répétitives et/ou les effets néfastes secondaires (Cf. *Note de bas de page 34*).



Pratiques d'allaitement maternel

Suite à des nombreuses sensibilisations sur les pratiques d'allaitement maternel, on peut constater l'appropriation graduelle des pratiques bénéfiques à la santé des enfants. Les connaissances des participants aux groupes de discussion – ainsi que leur approbation de ces pratiques – étaient plus importantes dans les localités en proximité des centres de santé que dans les localités plus éloignées. Les résidents de ces dernières ont mis en évidence un mélange des pratiques d'allaitement maternel, dicté par leurs circonstances personnelles. Le tableau 9 ci-dessous détaille leurs perceptions par rapport aux pratiques les plus communes.

Comportement	Perception du risque	Justification + informations complémentaires
Administration des tisanes aux enfants 0-6 mois	Modéré	L'opinion sur l'administration des tisanes aux enfants de moins de 6 mois était divisée. Pour certains participants,

⁸⁰ Les cellules en rouge foncé représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë, tandis que les cellules en rose indiquent des facteurs de risque significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe B).

		l'enfant à cet âge est très fragile et ne peut pas supporter d'autres liquides ou aliments. D'après eux, l'administration des tisanes est une pratique du passé et peut provoquer la diarrhée. <i>"A l'époque les tisanes ont été données mais cette pratique est en train de disparaître comme on a l'accès aux vaccins."</i>⁸¹ Pour d'autres participants, c'était effectivement la vaccination qui a provoqué leurs inquiétudes et éventuellement l'abandon des tisanes. <i>"Nous avons peur de donner les tisanes après que l'enfant était vacciné. Les gens disent que cela pourrait affaiblir l'enfant. On interdit aux grand-mères de le faire."</i>⁸² De l'autre côté, les « <i>partisans des tisanes</i> » ont argumenté que les tisanes rendent les bébés plus forts. D'après leurs témoignages, la première tisane est administrée après l'accouchement quand « <i>la maman n'a pas encore du lait maternel.</i> » D'après eux, la tisane « <i>lave le ventre</i> » de l'enfant ce qui lui permet de rétablir sa santé.⁸³ Selon les résultats de l'enquête quantitative, 17,7% [11,7-25,7 IC 95%] d'enfants ont reçu les tisanes quand nouveau-né. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'une administration des tisanes après la naissance constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. <i>Annexe B</i>). D'ailleurs, un lien statistiquement significatif a été aussi observé entre l'accouchement à domicile et l'administration des tisanes ainsi qu'entre ces deux indicateurs et l'émaciation (Cf. <i>Annexe B</i>). Autrement dit, les enfants nés à domicile sont plus susceptibles de recevoir les tisanes à leur naissance et ensuite de souffrir de malnutrition aigüe.
Administration de l'eau aux enfants 0-6 mois	Modéré	L'opinion sur l'administration de l'eau aux enfants de moins de 6 mois était aussi divisée. Pour certains participants, l'enfant à cet âge est très fragile et ne peut pas supporter d'autres liquides ou aliments. Pour d'autres, l'eau aide à éviter la déshydratation de l'enfant, notamment pendant la période de températures élevées. Dans la communauté d'Esatra Bevia,

⁸¹ Participants aux groupes de discussion, Ankilimalaindio 2.

⁸² Participants aux groupes de discussion, Esatra Bevia.

⁸³ La coutume Antadroy exige que les impuretés provenant de la mère soient éliminées/ « lavées » de l'estomac de l'enfant afin que celui-ci soit en bonne santé.

		l'administration de l'eau au nouveau-né à une signification symbolique. <i>"Après l'accouchement, on donne de l'eau bouillie à l'enfant comme un signe de bienvenu au monde."⁸⁴</i>
Administration des aliments aux enfants 0-6 mois	Modéré	L'opinion sur l'administration du lait de vache/chèvre aux enfants de moins de 6 mois était aussi divisée. Pour certains participants, l'enfant à cet âge est très fragile et ne peut pas supporter d'autres liquides ou aliments. Pour d'autres, c'était plutôt une question de la préservation d'une vie de leur enfant, notamment au moment quand la mère souffre de l'insuffisance du lait maternel. <i>"Si nous n'avons pas assez à manger, nous ne produisons pas assez du lait maternel. Dans ce cas, je donne à mon petit du lait de chèvre pour substituer."⁸⁵</i> Certains participants étaient d'opinion que le lait de chèvre rend leurs enfants plus forts.
Réduction des apports nutritionnels de la mère allaitante	Élevé	D'après les participants aux groupes de discussion, la mère allaitante doit manger plus que d'habitude. Autrement, elle sera fatiguée et elle transmette cette fatigue à l'enfant par l'allaitement.
Allaitement maternel lors de la nouvelle grossesse	Élevé	L'allaitement maternel pendant la grossesse peut provoquer la diarrhée chez l'enfant. Comme le lait ne contient plus suffisamment de vitamines, l'enfant peut devenir <i>kaponono</i> (Cf. <i>Perceptions communautaires de la sous-nutrition</i>). <i>"Si la femme tombe enceinte, la qualité du lait change – il devient transparent. Dans ce cas, il faut sevrer l'enfant et le nourrir avec du lait de chèvre, l'eau chaude, lait farilac ou PlumpyNut."⁸⁶</i>
Allaitement maternel lors de la maladie de la mère	Élevé	L'allaitement maternel devrait être interrompu lors de la maladie de la mère pour éviter la transmission de la maladie chez l'enfant.

Tableau 9: Perception des risques liés aux pratiques d'allaitement maternel

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 59,6% [42,2-74,8 IC 95%] de femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif ; 89,7% [77,9-95,6 IC 95%] d'entre eux continuent d'allaiter leurs enfants à 1 an pendant que 68,4% [40,6-87,3 IC 95%] continuent d'allaiter même à 2 ans. 79,7% [68,3-87,7] de femmes initient l'allaitement maternel précocement, ce qui confirme les témoignages des participantes aux groupes de discussion parlant d'une importance du colostrum en tant que le « premier vaccin du bébé ». Seulement quelques participants l'ont mis en question, pensant qu'« *il peut provoquer la diarrhée chez le bébé.* »⁸⁷ Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont mis en évidence qu'une

⁸⁴ Participants aux groupes de discussion, Esatra Bevia.

⁸⁵ Participants aux groupes de discussion, Mahabo.

⁸⁶ Participants aux groupes de discussion, Analoalo.

⁸⁷ Participants aux groupes de discussion, Analoalo.

association statistique entre l'allaitement maternel exclusif et la malnutrition chronique (Cf. Annexe B), ce qui signifie qu'un enfant allaité exclusivement est potentiellement moins susceptible de souffrir de retard de croissance.

En relation avec leur régime alimentaire, les participants aux groupes de discussion ont mentionné qu'elles font face à des difficultés avec la production du lait, notamment pendant la période de soudure. Ainsi, un manque de nourriture se traduit en insuffisance du lait maternel, les douleurs aux seins et la faiblesse qui décourage les mères d'allaiter.

“Allaitement maternel exclusif est difficile à pratiquer à cause d'une insuffisance du lait. On essaie d'augmenter sa quantité en mangeant la papaye, les brèdes et l'eau chaude ou tout simplement en mangeant plus mais ce n'est pas du tout facile pendant les périodes quand on n'a que de manioc.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Lors de l'enquête quantitative, 24,7% [18,7-32,0 IC 95%] de femmes ont signalé des difficultés avec la production du lait maternel afin de satisfaire leurs enfants. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas mis en évidence une association statistique entre cet indicateur et la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. Annexe B). Par contre, un lien statistiquement significatif a été observé entre cet indicateur et la malnutrition aiguë si l'enfant est du sexe masculin (Cf. Autres pratiques de soins).

Afin de mieux comprendre des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'allaitement maternel exclusif, le tableau 10 ci-dessous détaille des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

Barrière	Pratiquants	Non-pratiquants
	Allaitement maternel exclusif (0-6 mois).	Allaitement maternel (0-6 mois) complémenté par l'administration de l'eau et/ou tisanes.
Perception de la susceptibilité	OUI “Si on n'allait pas exclusivement, l'enfant peut attraper la diarrhée ou la toux.”	OUI “Si on allait exclusivement, l'enfant peut attraper la diarrhée ou la fièvre.”
Perception de la sévérité	OUI “Les maladies infantiles peuvent retarder la croissance de mon bébé. Il peut tomber en malnutrition.”	NON “Ces maladies ne sont pas dangereuses ; elles peuvent être traitées facilement avec l'aide d'un médecin.”
Perception de l'efficacité de l'action	OUI “Si j'allait mon enfant exclusivement, il sera en bonne santé.”	NON “Même si on allait exclusivement, la maladie peut arriver à n'importe quel moment.”
Perception de l'auto-efficacité	OUI “Il est facile pour moi d'allaiter. Je suis toujours prête.”	NON “Il n'est pas facile pour moi d'allaiter. Mon enfant a toujours soif et si je ne complémente pas, il ne grandit pas.”
Indices d'action	OUI “Il est facile pour moi de se souvenir d'allaiter mon bébé. Dès qu'il n'est pas content je lui donne le sein.”	OUI/NON “Il est facile pour moi de se souvenir que mon enfant a besoin d'être allaité mais il sera difficile pour moi de se souvenir que je ne peux pas

		<i>lui donner de l'eau - je suis déjà habituée ainsi."</i>
Perception de l'acceptabilité sociale	OUI <i>"L'allaitement maternel exclusif est assez bien accepté. Il y avait beaucoup de sensibilisation à cet égard."</i>	OUI/NON <i>"Mes voisines sensibilisées soutiennent l'allaitement maternel exclusif mais ma mère ou belle-mère ne pensent pas que le lait maternel suffit pour que l'enfant grandisse bien."</i>
Perception de la volonté divine	NON <i>"Ce n'est pas la volonté de Dieu pour que l'enfant tombe malade. C'est plutôt la négligence d'une mère si elle ne suit pas les conseils du personnel de santé."</i>	NON <i>"Ce n'est pas la volonté de Dieu que les enfants tombent malades."</i>
Perception des avantages de l'action	Enfant en bonne santé Enfant reçoit tous les vitamines nécessaires Moins de dépenses	N/A
Perception des désavantages de l'action	▪ Perte de temps.	▪ Perte de temps

Tableau 10: Analyse des barrières liées à l'allaitement maternel exclusif

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Semblablement aux autres pratiques bénéfiques à la santé de l'enfant, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant glisse aussi vers l'extrême du spectre non optimisé. Pendant que les connaissances des mères et leurs pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le passé pourraient être classifiées comme optimales (ou plus adéquates), les circonstances actuelles ne leur permettent pas de les appliquer de même manière.

"Il y a des années on préparait des repas spéciaux pour nos bébés - poudre de manioc/riz/maïs avec du lait et du sucre. La vie était plus facile. Maintenant on doit économiser - diviser les repas entre les membres de la famille - et on n'est plus capable de préparer un repas séparé pour l'enfant."

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Les participants aux groupes de discussion ont admis que malgré le fait qu'elles souhaitent alimenter leurs enfants selon les conseils qu'elles reçoivent lors des consultations au centre de santé et/ou démonstrations culinaires, ceci ne reste qu'un souhait parce que leurs possibilités sont restreintes dû à un manque des ressources financières ainsi qu'un manque du pouvoir de décision. (Cf. *Mariage et pouvoir de décision*.)

"Nous essayons de mobiliser les ressources pour les repas plus variés mais les hommes ne voient pas d'importance. Ils disent que nos ancêtres mangeaient du manioc et ils ont survécu."

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Certaines participantes aux groupes de discussion ont ajouté qu'elles recherchent des activités génératrices de revenu pour pouvoir acheter des aliments nutritifs à leurs enfants mais ceci les éloigne de leurs foyers pendant de longues périodes de la journée.

Les repas habituels servis aux enfants ≤ 23 mois inclut le tamarin mélangé avec des cendres ou de terre blanche, l'eau de maïs ou de manioc, manioc avec brèdes. En d'autres mots, le repas du jeune enfant ne diffère pas trop de repas des adultes – sauf peut-être sa consistance. Ainsi, même si les

parents tentent de prioriser les repas de leurs enfants (Cf. *Alimentation de ménage*), leur alimentation n'est pas optimale ni de point de vue de la qualité ni de point de vue de la quantité. D'après les participants, les jeunes enfants mangent au maximum 3 fois par jour (période post-récolte) mais souvent la fréquence de leur repas est limitée à 1-2 fois par jour, y compris les bébés allaités.

L'échange approfondi avec les parents des enfants ≤ 5 ans a révélé que les parents sont conscients que les repas familiaux peuvent causer des troubles intestinaux à leurs enfants. Par exemple, d'après leurs témoignages, le tamarin ainsi que le manioc provoquent la diarrhée.

“Le tamarin et le manioc provoque la diarrhée chez les enfants. On leur donne quand même car à part cela on n'a plus rien. Ensuite on prie au Dieu de protéger notre enfant. Il vaut mieux mourir demain qu'aujourd'hui.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Selon les participants, les aliments cités n'ont des effets néfastes sur la santé que de certains enfants (Cf. *Maladies récurrentes*) alors les parents « *tentent leur chance.* » Si toutefois l'enfant tombe malade, la mère discontinue le repas concerné jusqu'à l'âge plus avancé.

Le tableau 11 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

Barrière	Pratiquants	Non-pratiquants
	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant initiée à 6 mois.	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne correspond pas aux recommandations OMS.
Perception de la susceptibilité	OUI <i>“Si l'enfant ne reçoit pas l'alimentation appropriée à son âge, il devient faible et sa croissance est retardée.”</i>	OUI <i>“Alimentation du nourrisson et du jeune enfant cause des troubles gastro-intestinales, y compris la diarrhée.”</i>
Perception de la sévérité	OUI <i>“Si l'enfant est affaibli, il peut facilement tomber malade.”</i>	OUI <i>“Tous les maux d'estomac/intestines sont dangereux pour l'enfant.”</i>
Perception de l'efficacité de l'action	OUI <i>“Alimentation appropriée aide à l'enfant d'évoluer.”</i>	NON <i>“Si on suit nos coutumes habituelles, les enfants restent en bonne santé. Pourquoi risquer avec ces nouveautés ? D'ailleurs, ce qui est plus important c'est la présence d'une mère. C'est ça qui assure la bonne santé de l'enfant, quel que soit la nourriture que l'enfant reçoit.”</i>
Perception de l'auto-efficacité	OUI <i>“Il est plutôt facile pour moi de préparer les repas pour mon bébé comme j'utilise les aliments disponibles à la maison.”</i>	NON <i>“Il serait très difficile pour moi de suivre les conseils pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Je n'ai ni temps ni argent pour ça !”</i>
Indices d'action	OUI	NON

	<i>"Il est facile pour moi de se souvenir que mon bébé a besoin d'un repas spécial."</i>	<i>"Je suis déjà habituée de préparer un seul repas à ma famille. Il serait difficile pour moi de se souvenir qu'il faut préparer un repas spécial à mon petit."</i>
Perception de l'acceptabilité sociale	OUI/NON <i>"Les voisins avec les petits enfants me soutiennent mais les personnes âgées sont rapides à critiquer, disant qu'elles n'ont pas fait des repas spéciaux pour les bébés à leur époque et on a survécu. Pour eux, ce n'est pas nécessaire."</i>	OUI/NON <i>"Les agents de SECCALINE ou les agents de santé nous motivent de pratiquer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Mais les personnes âgées dans notre communauté l'objectent. Si ma belle-mère me dit de ne pas faire, je n'ai pas le choix."</i>
Perception de la volonté divine	NON <i>"Le retard de croissance de mon enfant n'est pas une volonté de Dieu. C'est une conséquence des faibles pratiques de soins des parents. C'est ma responsabilité d'assurer que mon enfant mange bien et reste en bonne santé."</i>	NON <i>"Ce n'est pas Dieu, c'est plutôt la pauvreté qui cause les maladies d'enfants."</i>
Perception des avantages de l'action	Bonne croissance d'un enfant Intelligence	N/A
Perception des désavantages de l'action	▪ Temps nécessaire pour la préparation des repas. ▪ Disponibilité de certains aliments au cours de l'année pour assurer la diversité alimentaire.	▪ Temps/Argent nécessaire pour la préparation des repas. ▪ Maladies infantiles dû à l'ANJE.

Tableau 11: Analyse des barrières liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois

Autres pratiques de soins

D'après les participants aux groupes de discussion, les pratiques de soins ne diffèrent pas entre les filles et les garçons. A la naissance, chaque enfant a sa propre valeur – *« les garçons sont les héritiers, ils aident leurs parents au champ, défendent leurs parents au moment d'un conflit et informent le village lors de leurs morts pendant que les filles ont des multiples responsabilités au ménage, prennent soin de leurs parents même au moment de la maladie⁸⁸, doivent surveiller les cadavres de leurs parents jusqu'à l'enterrement⁸⁹ et de plus en plus elles ont une valeur économique lors de leur mariage en apportant le zébu à leurs pères. »*⁹⁰ D'après certains participants, il est possible que la valeur des filles augmente dû aux difficultés économiques des ménages dans la zone étudiée. Autrement dit, pendant que les garçons décapitalisent, les filles revitalisent le ménage au moment de leur mariage et pour cela, les parents peuvent prêter attention particulière à ces derniers.

Lors des groupes de discussion avec les aînés, ils ont mentionné qu'une seule différence entre les soins des filles et des garçons à leur époque était la façon dont leur corps a été lavé.

⁸⁸ Selon la coutume Antadroy, seulement la fille peut nettoyer le corps et les excréments de son père quand il est malade, faible ou handicapé.

⁸⁹ *Mavo kasota*, « Elle dort même si ça pue dedans. »

⁹⁰ Participants aux groupes de discussion, Mahaho et Esatra Bevia.

“Il n’y a pas de différences entre les soins des filles et des garçons. Seulement, à notre époque, nous lavions les filles toutes entières mais les garçons ne se lavaient que les aisselles et les organes génitaux parce que l’odeur des garçons était supportable par rapport celui des filles.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Ils ont ajouté que cette pratique vient de disparaître et les communautés ne font plus la différence entre le lavage du corps d’une fille ou d’un garçon.

Dans une localité dans la commune de Behara, les participants aux groupes de discussion ont réfléchi davantage sur les différences entre les filles et les garçons. D’après eux, un garçon représente une force physique mais son corps est plus rigide et ainsi plus susceptible au retard de la croissance⁹¹. De l’autre côté, le corps d’une fille est vu comme plus flexible et il est même capable de rattraper le retard de la croissance, le cas échéant.

“Les filles sont plus dynamiques ; elles développent plus rapidement – elles marchent à 4 pattes ou 2 pattes toujours premières. ”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

D’ailleurs, les participants ont observé que les garçons mangent plus – « *sans savoir s’arrêter, jusqu’à qu’ils soient fatigués à bouger* ». Malgré que les mères ne changent par leurs pratiques d’allaitement maternel dépendamment du sexe de leur enfant, elles semblent souffrir de l’insuffisance du lait maternel plus souvent quand elles allaitent leurs fils. Ces témoignages ont été confirmés par les résultats de l’enquête quantitative, selon lesquels 29,7% [21,2-39,8 IC 95%] de femmes enquêtées ont observé une insuffisance du lait maternel en allaitant un enfant du sexe masculin. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d’enfants dans le ménage ont mis en évidence une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la perception de l’insuffisance du lait maternel pendant l’allaitement des garçons (probablement débouchant sur des pratiques d’allaitement non-optimales) constitue un facteur de risque conduisant à l’émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

En outre, les participants considèrent les garçons plus « pleurnichards » que les filles.

“Les garçons pleurent souvent. Ils ne semblent être jamais contents. Ils ne pensent qu’à leur ventre.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Selon le personnel de santé, les interactions entre les mères et leurs enfants sont faibles. Pas seulement car elles ne sont pas habituées à le faire mais aussi par manque de temps pour créer des liens véritables avec leurs petits.

“Nous n’avons pas de temps pour jouer avec nos enfants ; nous leur parlons mais pas trop. Nous leur donnons des ordres et nos enfants les exécutent ; c’est notre façon à nous de se rapprocher de nos enfants. Nous ne leur expliquons pas pourquoi ils devraient faire telle ou telle chose. Nous leur disons seulement quoi faire et comment faire. Les enfants ont l’habitude et grandissent avec nos ordres.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Le tableau 12 ci-dessous détaille des perceptions de risques liés aux certaines pratiques de soins.

Comportement	Perception du risque	Justification + informations complémentaires
--------------	----------------------	--

⁹¹ D’après les participants aux groupes de discussion, les os et les muscles des garçons sont plus denses pour avoir la force de travailler aux champs mais ceci empêche leur croissance.

Garde d'enfants par ses frères/sœurs aînés	Élevé	Généralement, l'enfant est pris en charge par sa mère jusqu'à l'âge de 18 mois. Lors de la nouvelle grossesse ou la nécessité de contribuer à la génération de revenu du ménage, la mère a tendance de déléguer ses responsabilités de soin d'enfant à ses enfants aînés. <i>"Si la mère a beaucoup de travail, elle n'a pas le temps pour surveiller l'enfant. L'enfant est assis dans la poussière qu'il mange éventuellement comme il n'y a personne pour lui arrêter. Même s'il est avec ses frères ou sœurs, c'est tout pareil. Les enfants de 10 ans ne pratiquent pas encore l'hygiène. Par conséquent, l'enfant développe des maladies de ventre."</i>⁹² Selon les résultats de l'enquête quantitative, 11,8% [7,6-17,9 IC 95%] de femmes laissent leurs plus petits enfants avec d'autres enfants <12 ans. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un garde d'enfants par un enfant <12 ans ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).
Garde d'enfants par ses grands-parents	Bas	Les grands-parents ont des expériences précédentes et ils sont considérés aptes à surveiller leurs petits-enfants. Pourtant, certains participants aux groupes de discussion ont souligné qu'ils sont souvent très occupés par leurs propres activités de survie et ainsi ils ne sont pas disponibles pour la garde d'enfants.
Lever la voix/taper un enfant	Modéré	Pendant que les participants aux groupes de discussion ont constaté qu'il n'est pas bon de taper un enfant, ils ont admis qu'il y a des circonstances pendant lesquelles l'enfant est et devrait être tapé pour « éviter des bêtises la prochaine fois. »

Tableau 12: Perception des risques liés aux certaines pratiques de soins

⁹² Participants aux groupes de discussion, Ankilimalaindio 2.

Petite mais déjà responsable⁹³

Mirana a 10 ans. Elle est accroupie dans l'ombre d'une petite maison en bois qui sert comme une cuisine.



Elle surveille sa petite sœur de 2 ans et un fils de sa tante de 3 ans.

Mirana vit avec ses parents, ses deux frères de 14 et 12 ans et sa petite sœur. Elle ne va plus à l'école. Les parents se lèvent tôt le matin. Le père sort pour aller au champ, accompagné de ses deux fils, pendant que la mère prend le bidon pour aller puiser de l'eau. De son retour elle allume le feu et se précipite pour préparer le konoke⁹⁴.

"Lorsque le soleil se lève, ma mère me réveille et elle me dit de s'occuper de ma sœur. Elle part aux mines pour creuser le mica. Les mines se trouvent un peu loin de notre fokontany. Lorsqu'elle est partie, je réveille ma sœur ou elle se réveille toute seule en pleurant. Pour la calmer, je lui donne le konoke sans sucre et je mange avec elle. Si elle ne veut pas manger, je ne la force pas et je termine son assiette.

Des fois j'accepte de surveiller d'autres enfants dans notre voisinage. Quand je pars pour jouer avec mes amis, je les amène avec moi car ma maman me dit de ne pas les laisser seuls. Lorsque ma sœur pleure, je lui dis de ne pas pleurer parce que notre maman reviendra et j'essaie de la porter dans mes bras. Je joue avec elle, je lui chante des chansons, je prends soin d'elle le mieux que je peux. Parfois elle s'endort et comme ça je peux me reposer aussi."

Photo 3: Jeune fille de 10 ans surveille son petit frère de 18 mois à Esatra Bevia, Behara

C. SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

Activités génératrices de revenu

La principale activité de la population dans le district d'Amboasary Sud est l'agriculture de subsistance, qui est secondée par l'élevage de zébus, de petit bétail et de la volaille, la pêche et le petit commerce. Le district est aussi connu pour la production de « sisal⁹⁵ », une plante qui est cultivée pour ses fibres qui sont exportées pour produire des cordes, tapis et autres matériaux. En cas de besoin, les ressources financières de ménage peuvent être complémentées par la vente du charbon, bois de chauffe⁹⁶ et/ou de planches en bois (pour la construction) ainsi que le travail dans les mines de mica⁹⁷ et/ou saphir.

⁹³ Récit d'une fille de 10 ans pendant l'entretien informel à Esatra Bevia.

⁹⁴ Poudre de manioc.

⁹⁵ *Agave sisalana*.

⁹⁶ 10.000 AR/charrette.

⁹⁷ Minéral en feuillets faciles à séparer les uns des autres, connu pour ses propriétés d'isolant électrique et de résistance à la chaleur.

“Les compagnies de Fort Dauphin viennent ici régulièrement pour acheter le mica. Un kilo des gros morceaux de mica se vend à 150 AR/kg ; les petits à 100 AR. Normalement, on est capable de gagner 1500 - 2000 AR par jour. Si on est chanceux, on arrive d'acheter un zébu après 3-4 mois de travail⁹⁸. Les femmes font le tamisage. Le travail dans les grandes fermes maraîchères est aussi payé à 1500 AR par jour.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Les hommes sont les premiers responsables de ménage et s'occupent des activités génératrices de revenu. Les femmes n'ont pas souvent leurs propres activités génératrices de revenu mais peuvent s'engager dans le travail journalier dès que la situation au ménage l'exige et/ou les circonstances le permet (Cf. citation ci-dessus).

Les résultats de l'enquête quantitative mettent en évidence la situation financière précaire de ménages dans le district d'Amboasary, en démontrant que les ménages n'arrivent de s'approvisionner en moyenne que 6,57 mois [5,87-7,28 IC 95%] sur une année. Dans le cas de ménages dirigés par les femmes, le nombre de mois d'approvisionnement adéquat augmente légèrement (7,13 mois [6,26-8,00]) mais des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage révèlent des associations statistiques significatives entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'une incapacité de ménage (sous le Chef de ménage masculin ou féminin) de s'approvisionner pendant toute l'année constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

Migration

D'après les participants aux groupes de discussion il y a deux types de migration dans le district d'Amboasary Sud : une migration avec le bétail à la recherche de nouveaux pâturages et une migration à la recherche du travail.

La transhumance, *mitoets' aomby*, commence en Novembre/Décembre et dure moyennement 4 à 8 mois, dépendamment de la disponibilité des pâturages. Les hommes partent seuls – sauf s'ils n'arrivent pas de trouver une famille d'accueil. Dans ce cas, ils emmènent leurs femmes avec eux pour qu'elles puissent leur cuisiner.

“Nous préférons que les femmes et les enfants restent dans notre fokontany d'origine. Les enfants ont du mal de s'adapter à un nouveau climat et ils risquent d'attraper le paludisme s'ils migrent avec nous.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Pendant la transhumance, les hommes louent les terres des « amis de sang », *atihena*, payées par un don de zébu. Ils construisent des petites maisons et des clôtures pour les animaux. L'alimentation lors de la migration leur coûte chère – parce qu'ils doivent tout acheter – mais ils profitent de l'abondance de l'eau et du lait pour se nourrir. D'après les participants aux groupes de discussion, la vie est plus facile pendant la transhumance mais les enfants souffrent de leur absence.

“Les premières victimes de notre migration sont nos enfants. Ils se sentent abandonnés, délaissés. Ils tombent malades quand nous sommes absents. Pour cela, en partant, je laisse mon maillot à mon fils pour qu'il puisse ressentir mon odeur et se calmer quand je ne suis pas là.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

⁹⁸ Ceci représente un travail journalier de 3 personnes pendant 3-4 mois.

Le sentiment d'abandon est ressenti également par les conjointes des hommes en migration. Les participantes aux groupes de discussion ont mentionné qu'elles ressentent « *un mélange de la tristesse et la haine* » quand les hommes partent.

“Nous pleurons parce que nous ne savons pas comment ils vont là où ils sont. D'ailleurs, nous ne sommes pas habituées d'être seules. Nous essayons d'être fortes parce que nous avons besoin de l'argent mais nous sommes fâchées, d'espérées de rester derrière sans un véritable soutien.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Le deuxième type de migration n'est pas limitée à un temps spécifique pour le départ/retour. Dans certaines localités, les hommes n'ont tendance à migrer qu'après la récolte et revenir dans moins de trois mois pour être en mesure de préparer leurs terres pour la nouvelle saison agricole. Dans les autres localités, les hommes migrent à un n'importe quel moment opportun lors qu'ils épuisent d'autres possibilités de nourrir leurs familles. Les destinations les plus citées incluent Fort Dauphin, Beloha et Ampanihy pour le travail aux champs et Ilakaka pour le travail dans les mines de saphir.

“Nous migrons pour trouver des sources de revenu complémentaires mais le salaire est souvent minime – il ne suffit que pour payer nos repas et vêtements. Nous avons honte de retourner sans l'argent et pour cela certains hommes ne reviennent pas.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

D'après les participants aux groupes de discussion, si les hommes s'absentent pendant très longtemps, les femmes peuvent se remarier seulement si elles ont conclu un accord avec leurs maris sur la durée de l'absence avant leur départ. En cas d'un manque de moyens financiers, les femmes peuvent retourner chez leurs parents (s'ils sont toujours vivants) où elles peuvent attendre le retour de leurs conjoints.

“L'homme a une responsabilité d'approvisionner le ménage avant son départ. Pourtant, souvent il ne laisse rien et demande la femme de retourner chez ses parents et lui y attendre. Si l'homme arrive d'approvisionner son ménage, il ne laisse que les aliments – jamais de l'argent. Si la femme a besoin de l'argent pendant son absence, elle doit aller chez l'oncle de son mari pour en prêter.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Contemplant sur les deux types de migration, les participants aux groupes de discussion ont constaté que « *la transhumance est une migration des riches mais la migration à la recherche du travail journalier est une migration des pauvres qui n'ont pas d'autres moyens de survie. Les transhumants ont toujours leurs zébus.* »⁹⁹

La migration à la recherche du travail journalier pose un véritable problème lors des décisions irréflechies, basées sur l'espoir, plutôt que les faits. Les participants aux groupes de discussion ont admis que les hommes ont tendance d'endetter le ménage avant leur départ et/ou exiger un soutien financier même si c'est eux qui devrait le soutenir par priorité (Cf. *Mariée sans mari*).

“Nous avons entendu parler d'un homme qui a trouvé le saphir et maintenant il a un véhicule, une moto et quelques bicyclettes. Nous aussi voulons être riches et respectés alors nous partons. Nous demandons les femmes de partir chez leurs parents, nous prêtons de l'argent et nous prions que le Dieu nous bénisse.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

⁹⁹ Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2.

Agriculture

Les principales cultures dans la zone étudiée sont le manioc, le maïs, les patates douces, les haricots ainsi que les citrouilles, les pastèques et les melons – ce qui se reflète directement dans leur régime alimentaire (Cf. *Alimentation de ménage*). En effet, les paysans préfèrent de cultiver les cultures servant à l'alimentation courante pour répondre aux besoins prioritaires de l'alimentation. Ces produits étant souvent en surproduction reflètent négativement sur l'évolution de prix sur le marché (Cf. *Accès au marché et fluctuations de prix*).

Lors des échanges communautaires pendant la collecte de données qualitatives, les participants aux groupes de discussion ont mentionné quatre contraintes majeures qui limitent leur potentiel agricole : les aléas climatiques, les attaques d'insectes, la dégradation de terre et un manque des intrants agricoles.

Parmi les quatre contraintes, ce sont les aléas climatiques, notamment un manque de pluie, voire la sécheresse, qui préoccupent la population du district le plus. Naturellement, un manque de pluie égale à un manque de récolte et, par conséquent, un manque de sources de revenu et/ou survie dans les communautés majoritairement dépendantes de l'agriculture de subsistance. Dans les dernières 10 – 20 années, la sécheresse dans la zone est quasi-constante – avec des petites pauses chaque 2 à 3 années pour permettre aux gens de soupir de soulagement. Les gens n'ont plus la capacité de prévoir l'arrivée de la pluie et pour cela ils tentent de s'adapter en semant lorsqu'il pleut. Cependant, ils ont peur de perdre leur stock de semences s'ils doivent procéder plusieurs fois par essai/erreur.

D'après certains participants aux groupes de discussion, un manque de pluie est lié à un manque de respect envers les règles des ancêtres. Notamment les aînés constatent que les gens ne respectent plus les *fady* ni n'organisent les cérémonies pour honorer les ancêtres, ce qui aboutit à une punition de Dieu en forme d'un manque de pluie. Pourtant, un manque de pluie accentue l'incapacité des ménages à honorer leurs ancêtres. Ainsi, les communautés se sentent coincées dans un cercle vicieux – moins de cérémonies = moins de pluie, moins de pluie = moins de cérémonies.

“Dans le passé, on a fait un sacrifice d'un zébu le matin et dans l'après-midi il y avait déjà la pluie. Maintenant, sous la pression de l'église, nous ne le faisons plus et c'est pourquoi nous souffrons de la sécheresse.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Un sentiment d'aller contre les conseils des ancêtres fait partie d'un problème plus large - d'une « *crise identitaire* » dans la culture Antadroy qui met l'ordre social ancestral en opposition avec le changement social en cours, influencé ou pas par les coutumes étrangères (Cf. *Nous contre eux*).

A part des sécheresses, les participants aux groupes de discussion ont aussi mentionné les cyclones, le vent et la grêle comme d'autres aléas climatiques influençant de manière négative leurs capacités de récolter suffisamment pour pouvoir nourrir leurs familles.

“Soit il n'y a pas de pluie, soit il y a trop de pluie – ou le vent, ou la grêle. Le climat n'est plus stable comme avant ; nous sommes punis constamment.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindrio 2

Des vents très fréquents dans les zones littorales et pouvant devenir violents pendant plusieurs mois affectent les cultures et induisent des processus d'érosion éolienne très visibles dans les zones maritimes et sédimentaires. En outre, le vent diminue l'efficacité des insecticides chimiques

ou naturels, dont l'usage est trop faible. Par conséquent, les attaques d'insectes détruisent les plantes des céréales et/ou légumineuses et forcent les communautés de procéder aux récoltes précoces par peur de ne pas perdre leurs récoltes entièrement. Parmi des nombreuses chenilles et cochenilles qui attaquent leurs champs, les participants aux groupes de discussion ont mentionné *lambo tany*, *oletse*, *tsikohoke*, *voagne*, *tamenake*, *anango* et *sauterelle*¹⁰⁰.

“L’insecticide chimique est un poison, il ne détruit que des insectes, il détruit aussi la récolte.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Les associations de cultures les plus fréquentes sont le maïs avec l'une des cultures annuelles suivantes: cucurbitacée, manioc, patate douce, niébé ou arachide. Ce système d'association de culture est une stratégie pour la diversification des cultures pour se prémunir contre l'insécurité alimentaire et pour avoir une résilience en cas de sécheresse. La surface mise en valeur dépend de la durée et de l'intensité des pluies. Pourtant, les densités de population humaine, ayant devenues plus fortes au regard des ressources des milieux, induisent dans beaucoup de communes une quasi disparition des forêts, une régression des jachères, une diminution de la matière organique des sols amplifiée par l'utilisation de charrues de traction animale souvent employées deux fois par an sur les parcelles mises en culture.¹⁰¹ Ceci implique également des difficultés pour les éleveurs qui sont de plus en plus forcés de partir loin et pour des périodes prolongées à la recherche des pâturages et/ou de l'eau pour leurs troupeaux. Même si les tensions avec les agriculteurs, dû à la destruction des champs, sont rares, elles ne sont pas toujours évitables.¹⁰²

En ce qui concerne l'accès aux terres, les paysans sont quasiment déconnectés des services fonciers. Plusieurs facteurs expliquent cette déconnexion: éloignement du service foncier, manque d'information sur les services fonciers et les règles foncières, procédures d'acquisition assez longues, en plus d'être coûteuses. En parallèle et face à la complexité de l'immatriculation foncière, le droit coutumier continue de régir le système foncier en milieu rural. L'acquisition de terre se fait par le traçage de « *efitra* » ou délimitation avec des haies de cactus ou des plantations d'arbres. Le droit à la propriété est reconnu lors d'une réunion communautaire, pendant laquelle la communauté prend en considération tous les actes d'héritage. L'accès à la terre peut se faire également par don, par achat, par emprunt ou par l'utilisation des terres de longue durée.¹⁰³

Elevage

“Le zébu c'est notre caisse. Nous transformons l'argent en zébus par l'achat et nous les échangerons contre l'argent à la vente. Les veaux sont nos bénéfices.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

L'élevage suit la logique des comptes courants et des comptes d'épargne. Le compte courant regroupe le bétail qui ne présente pas des caractéristiques pour les besoins cérémoniels et peut être vendu en cas d'urgence (maladie, décès). Le compte d'épargne regroupe des animaux utilisés à des fins cérémonielles et leur vente est interdite.¹⁰⁴

¹⁰⁰ L'équipe qualitative n'était pas en mesure d'identifier les traductions en français ou les noms scientifiques des insectes cités par les participants aux groupes de discussion.

¹⁰¹ Beauval, Valentin et Di Leonardo, Antonio Di Leonardo, Etude de la filière semencière au Sud de Madagascar, 2016.

¹⁰² Prix de surveillance : 35.000 AR par mois pour 40 chèvres et/ou une chèvre par mois.

¹⁰³ Beauval, Valentin et Di Leonardo, Antonio Di Leonardo, Etude de la filière semencière au Sud de Madagascar, 2016.

¹⁰⁴ Le Sud – Cimetière des projets, UNICEF, 2011.

Lors des échanges communautaires pendant la collecte de données qualitatives, les participants aux groupes de discussion ont mentionné trois contraintes majeures qui limitent leurs activités d'élevage : les attaques de *malaso*, un faible accès au pâturage et/ou à l'eau et les maladies animales. Une brève description de la problématique liée aux *malaso* est présentée ci-dessous ; une question d'un faible accès au pâturage et/ou à l'eau est intégrée dans l'analyse sur la transhumance (Cf. *Migration*).



Photo 4: Jour de marché à Ifotaka

Kizo, rekotso, dahalo et malaso – les visiteurs *non grata*

Tous les quatre sont des appellations pour des « voleurs de zébus » ou « bandits du Sud ». Dans le passé, les jeunes hommes affiliés à ces groupes ne volaient que des petites quantités de zébus pour pouvoir survivre ; ils ne tuaient pas. Depuis la transition du gouvernement en 2009, les attaques de *malaso* se sont multipliées et aggravées. Ils n'hésitent plus à tuer quelle que soit la personne qui présente un obstacle à leur survie. Les groupes sont plus nombreux et armés de fusils et de kalachnikovs.

Dans les dernières dix années, la population dans le district d'Amboasary Sud a connu des attaques de *malaso* chaque année pendant que certaines localités sont exposées à leurs passage plus souvent. Suite aux interventions du capitaine Faneva, la paix est partiellement retournée dans les communautés du district – mais la situation s'est à nouveau aggravée lors des élections présidentielles à la fin de l'année 2018.

“En 2010 il y avait 2000 zébus et 1000 chèvres dans notre localité. En voyant cela, deux malaso se sont rendus au village disant qu'ils ont perdu leurs zébus et qu'ils ont trouvé leurs traces chez nous. Bien évidemment nous ne savions pas qu'ils étaient des malaso¹⁰⁵. Deux jours après leur visite, à 4h du matin, notre fokontany a été attaqué par presque 200 hommes. Tout le village a été brûlé ; ils ont tous pris. Deux hommes ont été tués. Suite à cette attaque, nous étions obligés de dormir dans la forêt.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Les participants aux groupes de discussion ont expliqué que les *malaso* prennent les zébus les plus forts et ainsi ils perdent des animaux pour tirer la charrue, donc ils doivent travailler leurs champs manuellement.

¹⁰⁵ Dans le district d'Amboasary Sud, les ethnies Bara et Antanosy sont le plus souvent associées avec les activités « *malaso* », ce qui donne à ce problème une dimension d'un conflit interethnique.

“Les zébus sont notre caisse. Quand ils sont volés, nous n’arrivons pas de les remplacer rapidement. Sans eux, nous n’arrivons pas de bien travailler la terre et nos récoltes diminuent. D’ailleurs, une fois attaques, nous avons peur de racheter les zébus en plus grandes quantités pour éviter que les malaso reviennent.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Les pillages de malaso ont l’impact émotionnel particulièrement fort chez les femmes et les enfants. Non seulement elles perdent tous leurs biens, y compris les aliments et les semences pour la prochaine saison agricole, mais aussi elles souffrent d’un stress post-traumatique et tombent malades.

“Les malaso nous menacent. Ils crient, ils mettent les haches sur nos cous et détruisent tout. Nous sommes paralysées et nous avons peur pour nos vies. Après une attaque, nous pleurons tous les jours. Si nous n’arrivons pas se cacher, nous pleurons à l’intérieur. Ça nous fait mal de voir nos enfants sans nourriture, en mangeant des cactus. Nous craignons que les malaso reviennent. Nous ne sentons pas en sécurité.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Malgré le fait que les troupeaux sont majoritairement en bonne santé, les participants aux groupes de discussion ont mentionné l’accès aux services vétérinaires comme un de défis liés à l’élevage. D’après eux, les animaux sont particulièrement exposés aux parasites qui leur posent des difficultés de mâcher (*besoroke* et *beravy*). Les produits vétérinaires ne sont pas toujours facilement disponibles et pour cela les éleveurs ont tendance de recourir aux produits pharmaceutiques destinés à l’usage humain pour déparasiter leurs troupeaux.

En ce qui concerne la taille de troupeaux, les ménages enquêtés lors de la collecte de données quantitatives étaient particulièrement méfiants de partager un nombre réel des animaux en leur possession (Cf. *Défis majeurs* dans la sous-section *Collecte de données quantitatives*). Les ménages ont soit catégoriquement refusé de partager ces données et/ou ils avaient tendance de sous-estimer le nombre des animaux dans leurs troupeaux par peur d’être ciblés par les malaso et/ou par peur de ne pas être ciblés comme bénéficiaires de l’aide extérieure si le nombre de bétail en leur possession est jugé comme élevé. Pour cette raison, ces résultats devraient être étudiés avec précaution.

Néanmoins, ils nous montrent que les ménages possèdent en moyenne 4,19 [2,11-6,27 IC 95%] animaux domestiques, dont 1,35 [0,57-2,13 IC 95%] zébus. Ce nombre n’inclut pas la volaille, dont les ménages possèdent en moyenne 3,30 [2,15-4,45 IC 95%] exemplaires. Malgré le fait que la possession des cochons n’est pas habituelle pour les Antadroy (0,06 animaux par ménage), leur présence dans le ménage démontre un lien statistiquement significatif avec la malnutrition aigüe ainsi que la malnutrition chronique (Cf. *Annexe B*). Etant donné que les cochons ne sont pas habituellement gardés dans les clôtures et nécessitent le fourrage, ils peuvent ainsi représenter un double risque aux ménages qui leur possèdent – un risque de contamination des lieux fréquentés par les enfants, débouchant sur les infections de ces derniers, et une pression financière issue de la nécessité de procurer le fourrage pour leur alimentation. De même manière, les analyses suggèrent une association statistique potentielle entre la possession de volaille et la malnutrition aigüe (Cf. *Annexe B*).

Dépenses ménagères et stratégies de survie

Vu le caractère saisonnier des activités génératrices de revenu, les ménages dans le district d’Amboasary Sud voient un flux de revenu 1 à 2 fois par année, dépendamment d’un nombre des saisons agricoles au cours d’une année. Pour la plupart de ménages, les ressources sont rassemblées au moment de la récolte le mois de mars et potentiellement le mois d’aout. Le reste

de l'année les ressources sortent de la caisse de ménage avec des dépenses importantes subies en juin pour la Fête de l'Indépendance, en octobre/novembre pour la rentrée scolaire et en janvier pour le Nouvel An. Les participants aux groupes de discussion ont identifié les mois d'octobre et novembre comme la période la plus éprouvante de l'année car elle coïncide avec la période de semis, ce qui se traduit, inévitablement, en lutte pour des ressources et/ou des décisions difficiles. C'est pendant cette période que les ménages recourent aux activités génératrices de revenu complémentaires et/ou multiples stratégies de survie afin de « *garder la tête hors de l'eau* ».

	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Climat												
Saison sèche								++	+++	++		
Saison pluvieuse	++										++	+++
Température	+++	++	++	++	++	++	++	vent	vent	++	+++	+++
Activités économiques												
Manioc (préparation/semis/sarclage/récolte)					R	R			Pr.	Se.	Sa.	
Maïs / Pastèques / Patates / Niébé (préparation/semis/sarclage/récolte)			R	R					Pr.	Se.	Sa.	Sa.
Haricots (préparation/semis/sarclage/récolte)	Pr.	Se.			Sa.	Sa.		R				
Demande pour le travail agricole				+++	+++							
Transhumance	+++	+++	+++	++							++	+++
Surcharge de travail des hommes			+++	+++				+++	+++			
Surcharge de travail des femmes			+++	+++				+++	+++			
Sécurité alimentaire												
Prix des aliments	+++	+++	+	+						++	+++	+++
Disponibilité des aliments				+++	+++	+++						
Disponibilité des ressources financières				++	++	++		++	++			
Période de soudure	+++										+++	+++

Tableau 13: Calendrier saisonnier pour les activités économiques et la sécurité alimentaire dans le district d'Amboasary Sud

Premièrement, les ménages déploient des ventes pour pouvoir satisfaire leurs besoins monétaires. Parmi les ventes, les animaux (poules, chèvres) ont tendance d'être vendus comme premiers, suivi par la vente des articles ménagers et des zébus, si la quantité de ressources nécessaires l'exige (Cf. *Elevage*). Une fois que ces recours soient épuisés et/ou indisponibles, le ménage lance des stratégies d'adaptation de repas pour pouvoir satisfaire les besoins alimentaires de tous ses membres. La réduction d'un nombre de repas par jour est le premier pas, suivi par une réduction de la quantité de repas et éventuellement la qualité de repas. Dans le pire de cas, les parents réservent les repas aux enfants et ne s'alimentent que par la cueillette.

“Premièrement, nous réduisons le nombre de repas par jour – c’est ça ce que nous faisons actuellement. Ensuite, nous réduisons une quantité de repas par personne même si nous savons que ça nous ne suffit pas. Ensuite, nous réduisons la qualité de repas – particulièrement pour les adultes – pour qu’au moins les enfants peuvent manger plus au moins bien.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 53,5% [43,9-62,8 IC 95%] de ménages enquêtés ont déclaré d'avoir réduit la quantité de repas au moins 5 fois au cours de la semaine précédente la collecte de données. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la réduction de la quantité de repas constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

D'ailleurs, 72,6% [62,4-81,0 IC 95%] de ménages enquêtés ont déclaré d'avoir réservé le repas aux enfants au détriment des adultes. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont aussi révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la réservation de repas aux enfants, ce qui en soit est considéré comme une stratégie d'adaptation la plus sévère, constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

D'autres stratégies de survie incluent la vente de terre, la migration (Cf. *Migration*) ainsi que le mariage précoce des filles (Cf. *Mariage précoce*).

“Le mariage des filles fait partie des stratégies de survie. Souvent, les pères les obligent de se marier pour bénéficier d'un zébu pour que le reste de ménage puisse survivre.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Avant l'officialisation du mariage, les filles sont connues de déployer une stratégie de « sexe contre argent » (Cf. *Mariage et pouvoir de décision*) mais les participants aux groupes de discussion étaient d'opinion que cette stratégie n'est pas mise au profit du ménage comme tel.

“Comme les parents n'arrivent pas à gérer la situation dans leur ménage, les filles commencent à avoir des rapports sexuels pour pouvoir survivre. Le sexe leur permet de se prendre en charge quand les capacités de parents n'arrivent pas satisfaire leurs besoins.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

La dernière, mais néanmoins très importante, stratégie de survie est un investissement considérable en funérailles. Echappant la logique cartésienne, cette pratique est difficilement compréhensible par non-originares de l'espace Antandroy. De l'extérieur elle est souvent interprétée comme une « *décapitalisation absurde du ménage qui poussent les ménages de dépenser tous leurs biens sur les morts pendant qu'ils vivent en misère.* » Ceci infère un certain manque de solidarité dans le quotidien mais qui est pourtant sans limites au moment des funérailles.

“Tout le monde lutte pour la survie. Nous ne pouvons compter sur l'aide de personne. Si nous sommes malades, aucun voisin nous prête de l'argent pour payer les frais de santé. Mais le jour de décès, ils viennent tous pour cotiser à notre enterrement.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Dans l'esprit des Antadroy, cette décapitalisation au moment des funérailles est réalisée dans l'espoir que le sacrifice sera compensé un jour par la bénédiction venant d'un ancêtre honoré. En

outre, des grandes funérailles incitent un sentiment de la grande fierté et renforce le positionnement du ménage sur l'échelle sociale. Autrement, les ménages risquent d'être maudits et constamment moqués – ce qui réduirait leur statut au sein de la communauté.

“Les funérailles sont une partie intégrale de notre culture. Si un homme est riche, il ne peut pas tuer un seul zébu. Les ancêtres le puniront. Si un homme est pauvre, il peut tuer un seul chèvre et les ancêtres ne se fâcheront pas mais le problème réside dans les moqueries de la communauté. Ça nous blesse énormément d'entendre leurs commentaires méchants alors pour faire taire les gens, nous dépensons tout ce qu'on a et encore plus.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Malgré que la prise de décision relative aux dépenses pour les funérailles dépende entièrement de l'homme, les femmes n'osent pas l'influencer par peur d'être exposées au même type de moqueries.

“Si nous ne dépensons pas pour les funérailles, les voisins nous approcheront en disant « Pourquoi t'as marié un homme qui ne prend pas ses responsabilités envers les ancêtres ? » Ça nous fait honte alors nous laissons nos maris de faire ce qu'ils pensent est meilleur – même si cela veut dire que nous souffrirons après.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Pratiques économiques et transactions avec les ancêtres¹⁰⁶

L'économie rurale est d'abord une économie autosuffisante dont la production est destinée à honorer les ancêtres afin d'obtenir non seulement le complément d'efficacité dans toute action entreprise mais aussi, et surtout, du prestige et de la reconnaissance sociale.

Si l'aide des ancêtres est bénéfique pour les récoltes et l'élevage, il leur promet d'organiser de grandes cérémonies. Le principe fondamental de la transaction entre les ancêtres et leurs descendants est l'octroi original de la terre ancestrale. Dans la transaction, le descendant contracte une dette envers les ancêtres qui doit être rachetée par l'organisation de cérémonies ponctuelles qui révèle sa capacité à honorer ce don.

Il s'agit donc de la règle du don et contre-don qui est répliquée dans les multiples transactions entre les individus au sein de la communauté. Elles matérialisent un lien d'affiliation qui les lie et les sépare tout à la fois.

D'ailleurs, le descendant est soumis à la pression extérieure très forte d'honorer ses transactions avec les ancêtres. Se faire traiter d'indigne d'honorer ses ancêtres est une insulte qui est prise très au sérieux. L'obligation de réciprocité n'est donc pas seulement comptable mais plutôt d'ordre moral. Tout cela définit un « code » dont la norme tant sociale que morale est de celle de l'axiome « noblesse oblige », à l'opposé de toute considération mesquine et mercantile.

Les individus s'efforcent donc de rétablir cette relation voire même de la basculer totalement. Chacun rêve de construire un nouveau tombeau et d'acquérir ainsi la plus grande renommée. Ce faisant ils se projettent déjà comme un nouvel ancêtre fondateur d'un tombeau qui regrouperait ses descendants comme s'ils voulaient être le départ d'une nouvelle généalogie. Si finalement, les habitants dépensent de grosses sommes d'argent pour honorer leurs ancêtres, c'est en raison du principe que le don oblige à être rendu.

L'obligation d'honorer ses ancêtres s'explique par la capacité des offrandes à produire de l'obligation. Mais comme nous l'avons vu, cette relation peut également aller dans l'autre sens. Les ancêtres peuvent faire comprendre aux vivants qu'ils ont assez donné et qu'ils n'ont jamais rien eu en retour, ou du moins pas à la hauteur de leur espérance. Ils peuvent alors se révolter et faire tomber le malheur sur le ménage ou les récoltes.

¹⁰⁶ Extrait de la thèse d'Antoine Deliege, Université Catholique de Louvain, 2013.

Si cela arrive, les descendants se lancent dans les affaires de pure compétition, essayent d'organiser de grandes cérémonies qui ne pourront pas être égalés par ses semblables et ses voisins – évidemment à la grande dépense de leurs ménages.

Les funérailles ont ainsi la particularité d'instituer un double rapport : un rapport de solidarité et un rapport de supériorité. C'est là que réside son étrange alchimie, cette institution crée et renforce du lien social et de la distinction, de l'intégration et de la différenciation, il cimente et sépare tout à la fois. Le rituel représente la réalité quotidienne – les riches restent riches, les pauvres deviennent encore plus pauvres, ils n'arrivent pas faire autant.

En ce moment, le ménage dépense en moyenne 2.000.000 AR pour le ciment, le riz et les boissons lors des festivités et tue 3 zébus. La plupart des participants a constaté que le prix des funérailles a considérablement augmenté par rapport au passé. Pourtant, une diminution est perçue dans un nombre des animaux tués pour honorer le défunt.

“A l'époque on a tué une dizaine des zébus, maintenant on ne tue que 2 à 3. Mais nous devons beaucoup dépenser sur le riz et les boissons. A l'époque nous avons servi que du manioc et tout le monde était content. Maintenant ils ne veulent même pas le toucher. Pour éviter la honte, on s'endette, si nécessaire.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

A cet égard, il est important à rappeler que le montant à dépenser n'est pas prescrit par les ancêtres mais plutôt par les vivants. La coutume Antadroy dicte qu'il faut honorer ses ancêtres mais ne décrit pas comment.



Photo 5: Femme enceinte pile le maïs à Ankilimalaindio 2, Sampona

Pendant les échanges avec les participants aux groupes de discussion, un exercice participatif a été déployé pour étudier le comportement typique d'utilisation des ressources financières au sein de ménage. Les funérailles représentaient $\approx 25\%$ de toutes les dépenses de ménage, suivi par les dépenses pour les aliments ($\approx 22\%$) et les dépenses liées à l'élevage et l'agriculture ($\approx 15\%$ et 12%).

%, respectivement). Ces quatre catégories ensemble représentaient $\frac{3}{4}$ de toutes les dépenses ménagères ; le reste de ressources étant utilisé pour payer les frais scolaires et/ou de santé.

Nous contre eux

Selon la coutume Antadroy, un individu doit suivre une série des règles qui assureront un “déroulement normal des choses”, *lahatra*. Si un individu agit contre ses règles, le *lahatra* représente un jugement pour rétablir un équilibre.

Parmi les nombreux interdits ou tabou, *fady*, les participants aux groupes de discussion ont mentionné les suivants :

- Il ne faut pas cracher devant la personne à notre côté ;
- Il ne faut pas se moquer des vieilles dames ;
- Il ne faut pas rire devant la maison d'une personne ;
- Il ne faut pas pointer un doigt sur les adultes ;
- Il ne faut pas aller chercher le feu chez une voisine après le coucher du soleil ;
- Il ne faut pas déféquer à la proximité des tombeaux.

Les participants aux groupes de discussion ont constaté que ces coutumes commencent à disparaître et que les gens ne les respectent plus. Ce comportement provoque les ancêtres qui lâchent leur colère sur les populations en forme de punition – le plus souvent, en insuffisance pluviométrique.

D'après eux, les coutumes Antadroy disparaissent sous la pression de la force extérieure - soit l'église dans un sens restreint ou soit le *vazaha*, l'étranger, dans un sens élargi.

“Depuis l'arrivée de l'église nous ne pouvons plus suivre certains coutumes Antadroy. Ils nous disent de prier, de devenir chrétiens, pour assurer la bénédiction de Dieu. Si je désire d'assurer le bien-être de ma famille, je dois choisir entre être chrétien et être Antadroy – ils disent que je ne peux pas être les deux. Quel que soit mon choix, je vivrai dans la misère – contrariant le Dieu ou les ancêtres.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

D'après certains participants aux groupes de discussion, l'église est un outil de manipulation qui permet au *vazaha* de contrôler les populations autochtones.

*“C'est le *vazaha* qui retient la pluie. Ils savent que nous avons besoin de l'eau pour survivre alors ils le retiennent pour nous transformer en chrétiens. Quand nous avons besoin de la pluie, une bonne partie de nos communautés acceptent leurs règles de jeu.”*

Participants au groupe de discussion, Mahabo

En réfléchissant sur les autres effets, leurs frustrations ont augmenté davantage. D'après les participants, le *vazaha* veut contrôler leur production agricole ou autres domaines pour profiter de leur misère.

*“Si le *vazaha* vient ici pour tuer les insectes, les insectes augmentent deux fois plus après leur départ. Si le cyclone vient au Madagascar, c'est le *vazaha* qui le sait premier. Si nos enfants tombent malades, c'est seulement le *vazaha* qui sait comment les traiter. Nous pensons que c'est eux qui créent tous ses problèmes pour nous détruire. Nous vivions en paix avant leur arrivée.”*

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Cette perception négative des interventions « étrangères » se traduit en méfiance constante même si les actes sont bien intentionnés. D'après les aînés, le *vazaha* leur a introduit aux vêtements¹⁰⁷ qui « créent des fortes jalousies entre les femmes et qui forcent les jeunes filles de vendre leur sexe pour pouvoir s'habiller au niveau et attirer leurs maris. »¹⁰⁸

Dans le domaine de la santé, les participants aux groupes de discussion se sont plaints de l'interdit des tisanes qui ne leur permet plus d'apporter des soins nécessaires aux enfants selon leurs croyances (Cf. *Pratiques d'allaitement maternel*). D'ailleurs, la non-utilisation des tisanes par les mères aboutit à des grossesses rapprochées que leurs ancêtres ne connaissaient pas.

“A l'époque on a contrôlé des naissances par l'administration des tisanes mais celles-ci ont été interdites par le personnel de santé, disant que c'est un poison. Pendant notre temps, personne n'est mort à cause de ces tisanes. Pourtant, les jeunes filles veulent suivre les conseils du personnel de santé mais elles se retrouvent avec les grossesses non-désirées si elles ne veulent pas utiliser les contraceptives modernes.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Tiré entre deux mondes, un allié au chef de fokontany à Mahabo s'est fait entendre, *“Dans le passé nous savions quoi faire, maintenant nous sommes perdus ; nous ne savons plus comment éviter ou « réparer » le malheur qui nous arrive. Nous avons échangé nos coutumes pour une vision d'une vie meilleure mais en fait une catastrophe après une catastrophe nous frappe. C'est comme si nous serions sur une passerelle au milieu du séisme. Nous ne pouvons pas retourner là d'où nous venons mais nous ne pouvons pas avancer non plus. Nous essayons de s'accroupir pour ne pas tomber, en espérant qu'un jour les tremblements cesseront.”*

Accès au marché et fluctuations de prix

Le marché des produits agricoles est instable et n'a pas permis l'intégration des paysans de façon durable à l'économie de commerce. Actuellement, les producteurs font face aux problèmes des intermédiaires et des spéculateurs qui achètent à bas prix et revendent à prix élevé. Certains paysans rencontrent des difficultés pour gérer les stocks car ils n'ont pas de magasins de stockage. Afin de surmonter ce problème, une stratégie consiste à vendre toute la récolte à bas prix et d'acheter des zébus à prix fort qui sont revendus ensuite au coup par coup mais rarement dans de bonnes conditions et ce même hors de période de soudure ou de crise aigüe.¹⁰⁹

“Nous vendons pour payer nos dettes et acheter les zébus. Nous vendons les zébus au moment de semis pour pouvoir acheter les semences pour la nouvelle saison agricole.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Comme il indique le tableau 14 ci-dessous, les prix de certains aliments augmentent 2 à 4 fois avant la récolte, c'est-à-dire pendant la période de semis. Par exemple, pendant que les ménages vendent le maïs à 100 AR après la récolte, ils achètent les semences à un prix au moins 4 fois plus élevé. De l'autre côté, pendant qu'ils achètent des zébus à un haut prix après la récolte, ils risquent de le vendre à un prix plus bas pendant la période de semis. Ainsi, les ménages perdent des ressources précieuses dans toutes les transactions.

¹⁰⁷ D'après les témoignages, les Antadroy ne couvraient que leurs parties intimes à l'arrivée des « colons » qui leur ont ensuite imposé de s'habiller.

¹⁰⁸ Participants au groupe de discussion, Analoalo.

¹⁰⁹ Beauval, Valentin et Di Leonardo, Antonio Di Leonardo, Etude de la filière semencière au Sud de Madagascar, 2016.

Aliment	Prix avant récolte ¹¹⁰	Prix après récolte
Citrouille	1000 - 2000	400 - 1000
Pastèque / Melon	1000	500
Maïs	450 - 800	100 - 200
Manioc	1000/3 - 5 morceaux	200 - 500/6 morceaux
Niébé	600 - 1000	200 - 550
Riz	600 - 700	400 - 550
Patates douces	800 - 1000	100 - 400
Arachides	800 - 1000	400 - 500
Poulet	10.000	15.000
Chèvre	120.000 - 140.000	180.000
Zébu	300.000 - 500.000	500.000 - 600.000

*Tous les prix cités en ariary (AR).

Tableau 14: Prix exemplaires de certains aliments basiques avant et après la récolte, collectés lors des observations au marchés locaux dans le district d'Amboasary Sud

Le figure 4 ci-dessous résume les facteurs de risques dans le domaine de la sécurité alimentaire et moyens d'existence et leur effet sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud. Comme expliqué dans les sections respectives, la situation sécuritaire, climatique et économique dans la zone étudiée a l'impact considérable sur la disponibilité des sources de revenu de ménages et leurs capacités de résister aux chocs récurrents. Par conséquent, leur accès aux aliments au cours de l'année est restreint – ce qui a l'effet direct sur la quantité et la qualité d'alimentation de ménage au cours de l'année – les enfants ≤ 5 ans ainsi que des femmes enceintes et allaitantes étant les plus vulnérables aux apports nutritionnels inadéquats. Il est aussi important à noter que la faible alimentation des femmes allaitantes réduit leurs capacités d'allaiter les enfants, notamment les garçons. Par conséquent, l'alimentation de complément à bas âge pourrait leur exposer aux infections et éventuellement augmenter le risque de la sous-nutrition.

¹¹⁰ Les prix diffèrent par la localité et dépendent de l'accessibilité des marchés concernées. Parmi les quatre localités échantillonnées pour l'étude qualitative Link NCA, les prix à Mahabo ont été généralement plus élevés.

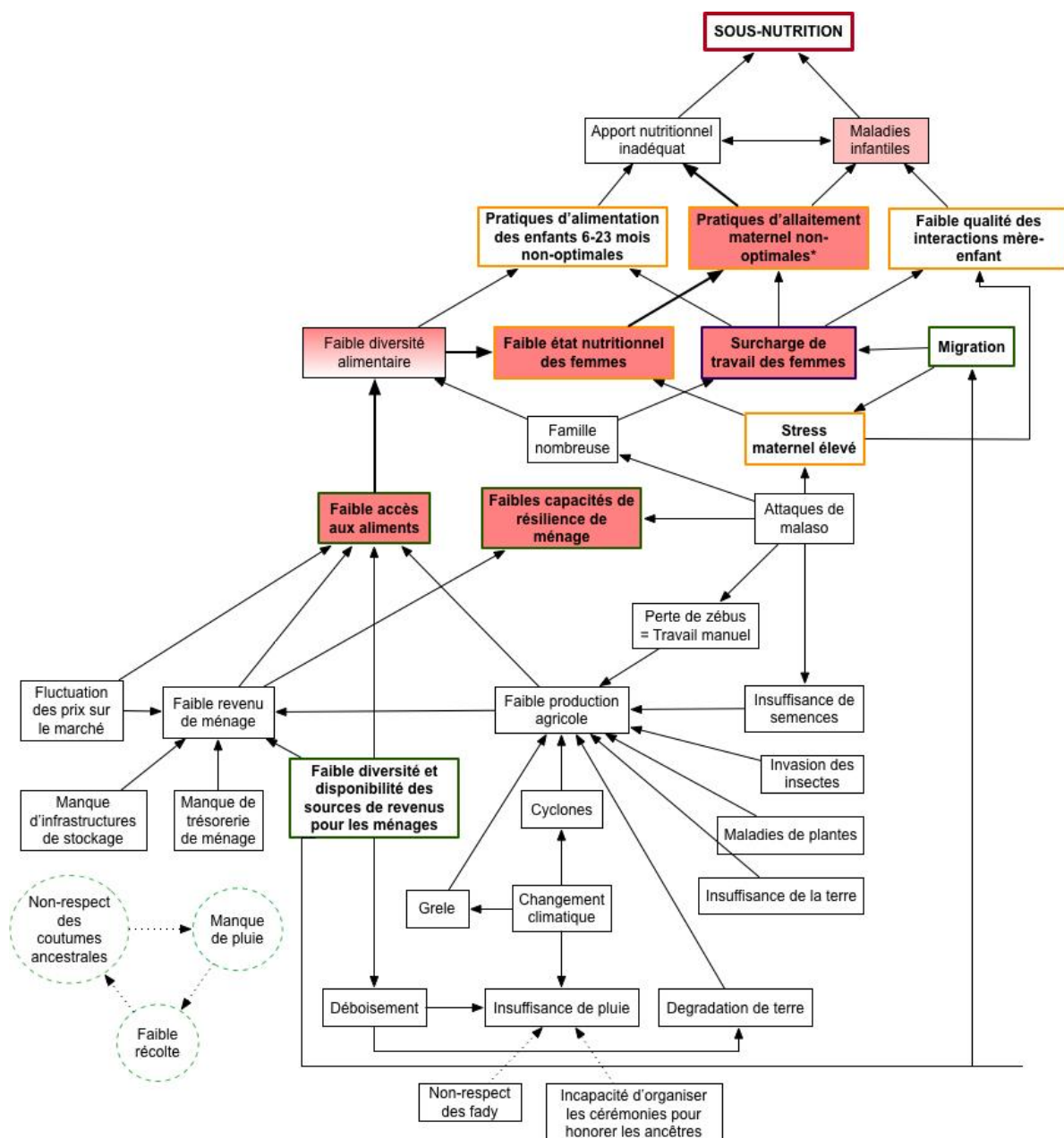


Figure 4: Schéma causal démontrant l'effet des facteurs de risque dans le domaine de la sécurité alimentaire et moyens d'existence sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud¹¹¹

¹¹¹ Les cellules en rouge foncé représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë, tandis que les cellules en rose indiquent des facteurs de risque significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe B).

D. EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

Eau

La population considère l'eau comme une bénédiction divine. L'eau de pluie est particulièrement sacrée, venant directement de Dieu.¹¹² L'eau a un rôle purificateur symbolique, fréquemment utilisée dans les cérémonies permettant d'enlever « la souillure¹¹³ », qui va au-delà des notions d'hygiène et d'assainissement. Selon les croyances locales, on devient souillé si on rentre en contact avec un objet souillé et/ou on commet un erreur - ce qui implique un dérèglement dans les relations avec les ancêtres. En d'autres mots, la souillure cause la non-réussite dans la vie car on est « maudit ». Afin de « laver » la faute, un guérisseur traditionnel détermine la nature des rites de purification, souvent au prix d'un sacrifice sanglant.¹¹⁴



Photo 6: Source d'eau tout usage après la pluie sur la route principale entre Amboasary et Ifotaka

Lors de l'étude qualitative, les participants aux groupes de discussion dans les localités avec un point d'eau aménagé ont décrit l'eau comme claire et potable, c'est-à-dire l'eau ne leur pose pas des problèmes de santé¹¹⁵. Dans les communautés n'approvisionnées que par le fleuve, l'eau a été décrite comme plutôt claire¹¹⁶ mais contaminée. Selon les participants, l'eau contient des parasites qui causent le gonflement de ventre chez les enfants (bilharziose).

Dans la communauté d'Esatra Bevia, un point d'eau aménagé a été construit par CARE il y a quelques années mais la communauté l'évite parce que « l'eau est sale, colorée et elle a un mauvais goût.¹¹⁷ »

“On préfère d'utiliser la rivière parce que l'eau est meilleure. L'eau venant de la pompe n'est pas bonne pour la cuisson – le manioc reste rigide, le riz devient très mou. Elle est bonne seulement pour la cuisson de maïs.¹¹⁸”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

¹¹² Participant au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2.

¹¹³ Tay.

¹¹⁴ Participant à l'entretien informel, Mahabo.

¹¹⁵ Y compris les enfants.

¹¹⁶ Sa couleur, ainsi que sa quantité, dépendent de la saison – transparente et peu abondante pendant la saison sèche et de quantité suffisante mais pas claire pendant la saison pluvieuse.

¹¹⁷ Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia.

¹¹⁸ Potentiellement l'eau saumâtre et ainsi plus salée ou avec un goût de calcaire. Cette eau rend difficile la cuisson de certains aliments et par ailleurs, le savon mousse difficilement avec.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 20,9% [11,8-34,3 IC 95%] de ménages enquêtés ont eu l'accès au point d'eau aménagé. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'un accès au point d'eau non-amélioré constitue un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition (à l'émaciation ainsi qu'au retard de croissance) des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Comme il est décrit dans le tableau 15 ci-dessous, les participants aux groupes de discussion ont perçu des risques liés à la boisson de l'eau non-traitée. Pourtant, les pratiques de traitement de l'eau sont largement non-observées dans leur quotidien. D'entre eux, l'ébullition est la plus connue mais n'est utilisée quasiment pas que pendant les périodes d'occurrence de la diarrhée dans le ménage ou après l'accouchement. Autrement dit, la population n'a pas l'habitude de traiter l'eau de boisson pour des raisons d'inconvénient, telles que le manque de temps ou le manque de récipients pour le stockage de l'eau traitée. Pourtant, afin de se protéger contre les effets néfastes potentiels, certains participants ont mentionné de boire le jus d'*aloe vera*¹¹⁹ chaque matin au réveil qui, d'après eux, renforce le système digestif et neutralise les irritations.

Comportement	Perception du risque	Justification + informations complémentaires
Boire l'eau de mer	Élevé	L'eau de mer est salée et considérée nuisible à la santé.
Boire l'eau de pluie	Bas	« L'eau de pluie est pure parce qu'elle vient de Dieu. » Pour cette raison, elle est considérée très bonne pour la santé.
Boire l'eau de point d'eau aménagé	Bas	L'eau est protégée contre les impuretés.
Boire l'eau de rivière	Élevé	L'eau est infectée par les insectes qui causent le gonflement de ventre (bilharziose). La communauté a l'habitude de filtrer l'eau à la source, en creusant un petit trou dans le sable/cailloux.
Boire l'eau de point d'eau réservé aux animaux	Élevé	L'eau est infectée par les insectes qui causent la diarrhée et les maladies de la peau. La communauté admet d'en boire s'ils n'ont pas d'autre choix. Par contre, l'eau n'est pas traitée avant la boisson. « On laisse l'eau se reposer un peu pour que les impuretés se déposent au fond du récipient avant qu'on la boit. ¹²⁰ »
Conserver l'eau dans les récipients ouverts	Élevé	L'eau peut être contaminée par les insectes, tels que les mouches ou <i>baranoky</i> ¹²¹ , et par conséquent causer des troubles de santé. Par contre, les échanges avec les participants aux groupes de discussions, suivis par les observations directes dans les ménages, ont confirmé que l'eau est plus souvent puisée et conservée dans les récipients ouverts. Si, toutefois, les ménages, avaient des bidons d'eau à leur disposition, ils étaient presque tous ouverts. Leurs propriétaires ont admis qu'il est très facile de perdre les bouchons et/ou les enfants les égarent pendant qu'ils jouent avec.

¹¹⁹ Plante succulente, aux feuilles persistantes, adoptée dans les médecines traditionnelles de nombreuses régions.

¹²⁰ Participant au groupe de discussion, Ankilimalaindrio 2.

¹²¹ Selon les explications des participants au groupe de discussion, *baranoky* défèque dans l'eau et ensuite cette eau ne peut être utilisée que pour la lessive.

Tableau 15: Perception des risques liés à l'utilisation de l'eau

L'analyse détaillée des barrières liées au traitement de l'eau est présentée dans le tableau 16 ci-dessous.

Barrière	Non-pratiquants
	Consommation de l'eau non-traitée provenant d'une source d'eau non-aménagée (ex. rivière)
Perception de la susceptibilité	OUI <i>"Si on boit de l'eau non-traitée, on peut avoir des maux de ventre ou vomir."</i>
Perception de la sévérité	NON ¹²² <i>"Les maux de ventre peuvent être dangereux mais souvent ils viennent et passent sans causer des complications."</i>
Perception de l'efficacité de l'action	NON <i>"Même si on traiterait de l'eau, l'enfant tomberait malade parce qu'il joue dans la rivière et peut y boire de l'eau."</i>
Perception de l'auto-efficacité	NON <i>"Il serait difficile pour moi de traiter de l'eau. Il nous faudrait plus de bois sec pour le feu, des grandes marmites pour bouillir de l'eau et ensuite des récipients pour la stocker."</i>
Indices d'action	NON <i>"Il serait très difficile pour moi de se souvenir de traiter de l'eau. Dès qu'on a soif, on boit. Il serait difficile pour moi de tout faire pour bouillir de l'eau et puis attendre jusqu'à que l'eau se refroidisse."</i>
Perception de l'acceptabilité sociale	OUI <i>"La communauté n'interdit pas le traitement de l'eau mais la pratique n'est appliquée que pendant les périodes de l'occurrence de la diarrhée dans le ménage. Sinon, l'eau traitée est conseillée aux femmes en repos après l'accouchement."</i>
Perception de la volonté divine	NON <i>"Ce n'est pas la volonté de Dieu si on tombe malade."</i>
Perception des avantages de l'action	▪ Bonne santé
Perception des désavantages de l'action	▪ Bois sec nécessaire pour l'ébullition de l'eau ▪ Temps nécessaire pour aller chercher de bois, bouillir de l'eau et attendre jusqu'à qu'elle se refroidisse ▪ Charge de travail élevée et/ou autres priorités ménagères ▪ Manque de récipients pour l'ébullition/stockage de l'eau ▪ Perte des défenses immunitaires contre les microbes présentes dans l'eau, entraînant, par conséquent, la récurrence des maladies

Tableau 16: Analyse des barrières liées au traitement de l'eau¹²³

¹²² Le caractère dangereux des maux de ventre n'est perçu qu'une possibilité ; autrement les maux de ventre ne sont pas vus comme particulièrement nuisibles à la santé d'un individu.

¹²³ Etant donné que les pratiquants n'ont pas pu être identifiés dans les localités échantillonnées, cette analyse n'a pu être réalisée que pour les non-pratiquants. Par contre, l'analyse est comparable à l'Analyse des barrières réalisée par Action Contre la Faim en 2017.

En ce qui concerne la santé des enfants, les participants aux groupes de discussion n'ont pas été particulièrement convaincus que le traitement de l'eau aura un effet souhaité sur la santé de leur progéniture. D'après eux, même s'ils essaieraient de protéger leurs enfants à la maison, les enfants tombent plus souvent malades pendant la baignade dans la rivière. Pendant que la différence de température eau/air, notamment pendant la saison froide peut faire partie du problème, les parents croient que les enfants avalent des algues ou autres impuretés à la source, qui les rendent, par conséquent, malades.



Vu la rareté générale de l'eau dans le district d'Amboasary Sud, l'eau puisée aux points d'eau est principalement réservée à la boisson et/ou la cuisson, y compris le lavage des assiettes. Tout autre usage (lavage des mains, lavage de corps, lessive) se réalise directement au point d'eau avec une exception des bains aux tisanes pour des raisons médicales, par exemple pour améliorer la circulation de sang.

A cet égard il est important à noter que l'équipe qualitative a observé que les pratiques de lavage de corps au point d'eau à Ifotaka ont été dérangées et, par conséquent, détériorées lors d'un aménagement de ce point d'eau sans avoir suffisamment considéré l'aménagement de cet espace pour permettre le lavage de corps en privé et sans risque de contaminer la source.

Photo 7: Enfant urine dans la rivière près de Mahabo où les communautés puisent de l'eau de boisson

La quantité de l'eau moyenne puisée par jour dépend de la taille de ménage mais oscille entre 40 à 80 L – ce qui se traduit en 2 à 4 trajets aller-retour au point d'eau avec un bidon d'eau de 20 L. Ces témoignages ont été confirmés par les résultats de l'enquête quantitative qui démontrent une très faible consommation de l'eau au ménage, i.e. 7,55 [6,65-8,45 IC 95%] litres par personne par jour en moyenne. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie qu'une faible consommation de l'eau de ménage constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

La distance rapportée au point d'eau le plus proche s'étalait entre 5 à 30 min (distance à sens unique). Il a été observé que la proximité d'un point d'eau aménagé n'a pas eu un effet sur la quantité de l'eau puisée par le ménage par jour.

Hygiène & sanitation

La mise en pratique des comportements optimaux dans le domaine d'hygiène est finement liée à l'accès à l'eau. Les participants aux groupes de discussion ont admis que la fréquence de lavage des mains ou lavage de corps dépend de la disponibilité de l'eau dans le ménage/communauté.

"S'il n'y a pas d'eau, on ne peut pas suivre des consignes. On ne se lave pas."

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Pendant que certains participants déclarent de se laver des mains au moins chaque matin, autres admettent de se laver des mains qu'une seule fois par semaine.

“Quand je me sens sale, j'utilise mes salives¹²⁴ pour se laver des mains avant dormir.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Néanmoins, pour certains participants aux groupes de discussion, le lavage des mains est conditionné par des coutumes locales.

“On n'a pas habitude de se laver des mains chaque fois. On a toujours vécu ainsi et on a survécu – pourquoi changer maintenant ?”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

D'ailleurs, il est important de rappeler que l'eau est une ressource précieuse pour les communautés de district d'Amboasary Sud et pour cela, tout usage de moindre importance est déraillé et l'eau est soigneusement préservée pour les usages priorités (Cf. *Eau*). Certains participants ont exprimé qu'en se lavant des mains souvent, on gaspille de l'eau pendant que le non-lavage des mains n'est pas un comportement très risqué vis-à-vis leur santé.

La fréquence de lavage de corps dépend de la saison. D'après les témoignages, la population ne se lave pas pendant la saison froide (pour éviter des maladies) ni pendant la saison sèche (dû à un manque d'eau).

“Nous prenons notre bain quand la pluie tombe. Quand il pleut, on peut se baigner même plusieurs fois par jour.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Selon les résultats de l'enquête quantitative, seulement 20,5% [14,8-27,7 IC 95%] d'enfants dans les ménages enquêtés ont été récemment lavés ; 25,3% [19,4-32,3 IC 95%] d'eux avait des vêtements propres et 33,3% [27,6-39,4 IC 95%] avait un visage et mains propres. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la propreté d'enfant constitue un facteur protecteur contre la sous-nutrition (l'émaciation ainsi que le retard de croissance) dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). Le lien statistiquement significatif a été aussi observé entre le visage et mains propres, l'enfant du sexe masculin et le retard de croissance, ce qui signifie que le garçon avec l'hygiène corporelle non-optimale est plus vulnérable à la malnutrition chronique.

Le tableau 17 ci-dessous détaille des perceptions de risques liés aux certaines pratiques d'hygiène.

Comportement	Perception du risque	Justification + informations complémentaires
Laisser les plats avec le repas non-couverts	Élevé	Les plats non-couverts attirent les mouches, qui transmettent les maladies. « Les mouches sont sales, elles se promènent partout, même sur les excréments, et ainsi peuvent contaminer nos repas. »
Manger sans se laver des mains	Bas	Il n'est pas obligatoire de se laver des mains avant manger car les membres de ménage utilisent les cuillères et souvent ils ne partagent pas leur plat.

¹²⁴ D'après l'information anecdotique, les salives servent aussi à nettoyer les enfants sales (après avoir été aux selles) et à lubrifier leurs bras et jambes.

Cuisiner sans se laver des mains	Bas	N/A
Ne pas se laver des mains après la défécation	Élevé	La communauté admet que leur perception de ce risque est basée sur les messages de sensibilisation. Pourtant, il est plutôt rare qu'ils se lavent des mains après la défécation. Un groupe de femmes a admis qu'elles tentent de se laver des mains après la défécation de leurs enfants, si une source d'eau est à proximité. Pourtant, elles se lavent des mains sans savon.
Non-utilisation du savon	Bas	L'utilisation du savon n'est pas considérée essentielle. Bien qu'utile, il est souvent réservé pour la lessive et/ou le lavage de corps. Il est considéré cher pour l'usage régulier comme le lavage des mains et des fois remplacé par les cendres. ¹²⁵

Tableau 17: Perception des risques liés aux certaines pratiques d'hygiène

Afin de mieux comprendre des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis le lavage des mains, le tableau 18 ci-dessous détaille des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

Barrière	Pratiquants	Non-pratiquants
	Lavage des mains	Lavage des mains sporadique
Perception de la susceptibilité	OUI <i>"Si on ne se lave des mains, on peut attraper la diarrhée."</i>	NON <i>"Rien ne se passe si on ne se lave pas des mains."</i>
Perception de la sévérité	OUI <i>"La diarrhée est une maladie dangereuse parce qu'elle entraîne l'amaigrissement brutal et peut entamer la mort."</i>	N/A
Perception de l'efficacité de l'action	OUI <i>"Si on se lave des mains régulièrement, on peut prévenir la transmission des maladies."</i>	N/A
Perception de l'auto-efficacité	OUI <i>"Il est très facile de se laver des mains."</i>	NON <i>"Il est difficile pour moi de se laver des mains parce qu'il me manque de l'eau."</i>
Indices d'action	OUI <i>"Il est très facile de se souvenir de se laver des mains."</i>	NON <i>"Je ne pourrais pas se souvenir de se laver des mains. Je ne suis pas habitué de le faire. D'ailleurs, j'ai si beaucoup de choses à faire que je ne peux pas penser chaque fois au lavage de mains. Ce n'est pas ma priorité !"</i>
Perception de l'acceptabilité sociale	OUI/NON <i>"Les personnes âgées parfois s'expriment contre le lavage régulier des mains."</i>	NON <i>"La plupart des gens dans notre communauté, notamment des personnes âgées, objecte au lavage"</i>

¹²⁵ Selon les participants aux groupes de discussion, une barre de savon se vend à 400 AR, savon de bain parfumé à 2000 AR et un sachet de poudre à lessive à 250-300 AR.

		<i>des mains parce qu'il y a peu de l'eau disponible."</i>
Perception de la volonté divine	NON <i>"Ce n'est pas Dieu qui nous apporte la diarrhée, c'est la saleté qui la cause."</i>	NON <i>"Non, c'est pas la volonté de Dieu si on tombe malade."</i>
Perception des avantages de l'action	Prévention des maladies	N/A
Perception des désavantages de l'action	▪ Temps nécessaire pour chercher de l'eau en quantité suffisante. ▪ Temps nécessaire pour se laver des mains.	▪ Gaspillage de l'eau

Tableau 18: Analyse des barrières liées au lavage des mains

Pendant que les pratiques d'hygiène ne se heurtent pas contre les normes culturelles, les pratiques d'assainissement, et notamment l'utilisation des latrines, se trouvent en opposition avec des notions occidentales de la salubrité. Selon les coutumes Antadroy, on ne peut pas déféquer dans un lieu fermé parce qu'une grande concentration de souillure charge la pièce de négativité. D'ailleurs, dans certaines communautés, il est interdit de mêler les excréments d'un sexe à l'autre ou d'un groupe lignager à l'autre. Pour ces raisons, il est parfois très difficile d'aborder l'échange sur l'utilisation des latrines, d'autant plus de convaincre les individus concernés de les utiliser. Dans la communauté d'Esatra Bevia, l'utilisation des latrines était un sujet tabou et l'équipe qualitative a été informée que toute tentative de discuter ce sujet serait pénalisée par une amende d'un chèvre.

"Nous n'utilisons pas les latrines. Nous faisons nos besoins à l'air libre parce que nos ancêtres ont fait pareil."

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

De manière générale, dans les communautés Antadroy, la défécation se fait dans un endroit bien déterminé, situé au sud-ouest d'une cour. Avec la démographie galopante, le côté sud-ouest d'une cour peut se trouver en proximité du côté nord-est, c'est-à-dire l'endroit sacré, d'une autre cour. Ainsi, ces deux ménages peuvent se retrouver au milieu d'un conflit idéologique en lien avec le concept de la souillure (Cf. *Eau*). Ce type de dispute peut être une des raisons pour la faible appropriation des latrines même dans les communautés plus ouvertes à leur utilisation.

Le tableau 19 ci-dessous détaille des perceptions typiques des pratiquants et non-pratiquants vis-à-vis l'utilisation des latrines et des barrières rencontrées en cours d'appropriation du comportement optimal.

Barrière	Pratiquants	Non-pratiquants
	Utilisation des latrines	Non-utilisation des latrines / Défécation à l'air libre
Perception de la susceptibilité	OUI <i>"Si on n'utilise pas les latrines, on peut attraper la diarrhée."</i>	OUI <i>"Si on utilise les latrines, on risque de vomir à cause d'un mauvais odeur."</i>
Perception de la sévérité	OUI <i>"La diarrhée est dangereuse parce qu'elle conduit à l'amaigrissement rapide."</i>	NON <i>"Le vomissement n'est pas mortel, c'est seulement désagréable."</i>

Perception de l'efficacité de l'action	OUI <i>"L'utilisation des latrines aide à prévenir la transmission des maladies par les mouches et ainsi les maladies répétitives."</i>	N/A
Perception de l'auto-efficacité	OUI <i>"Il est très facile d'utiliser la latrine."</i>	NON <i>"Il serait difficile pour moi d'utiliser la latrine parce que je n'ai pas le temps de faire des aller-retour entre ma maison et la latrine tout le temps. D'ailleurs, je suis habitué de faire mes besoins dans la forêt."</i>
Indices d'action	OUI <i>"Il est très facile de se souvenir d'utiliser la latrine. Dès qu'on a besoin de faire nos besoins, on sait où on devrait le faire."</i>	NON <i>"Il serait très difficile pour moi de se souvenir d'utiliser la latrine."</i>
Perception de l'acceptabilité sociale	OUI/NON <i>"Les membres de ma famille sont très contents d'utiliser la latrine mais il y a certains personnes dans notre communauté qui opposent à son utilisation."</i>	NON <i>"Selon le coutume Antandroy il est interdit d'enfermer la saleté dans un espace fermé. Après les sensibilisations, certaines familles commencent les accepter mais les personnes âgées sont souvent contre."</i>
Perception de la volonté divine	NON <i>"Ce n'est pas Dieu qui nous apporte la diarrhée, c'est la saleté qui la cause."</i>	NON <i>"Ce n'est la volonté de Dieu si on tombe malade."</i>
Perception des avantages de l'action	Prévention des maladies	Non-propagation des excréments partout dans notre milieu.
Perception des désavantages de l'action	▪ Mauvais odeur	▪ Dépenses pour la construction d'une latrine ▪ Mauvais odeur ▪ Faire la queue quand une latrine est occupée

Tableau 19: Analyse des barrières liées à l'utilisation des latrines

En ce qui concerne d'autres pratiques d'assainissement, les participants aux groupes de discussion ont jugé les risques liés à la présence des insectes ou animaux à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur de la maison comme bas. Selon eux, le contact avec les animaux ne présente pas un risque de contamination mais plutôt un risque de blessure physique. Cette perception est fondée sur une longue histoire de la vie à proximité des animaux, notamment les zébus qui jouissent un statut sacré dans la culture Antadroy. En fait, selon les aînés, les excréments des zébus¹²⁶ ne sont pas souillés¹²⁷, pourtant le sang menstruel des femmes est particulièrement impur.¹²⁸

¹²⁶ Utilisés comme l'engrais ou un remplacement de bois de chauffe avec l'effet répulsif contre les moustiques.

¹²⁷ D'après l'information anecdotique, les excréments d'un oiseau ou d'un autre animal tombant sur la tête d'une personne représentent un mauvais sort et il est nécessaire de chercher un « traitement » chez le guérisseur traditionnel afin de rectifier la situation.

¹²⁸ En raison d'une forte odeur qu'elles n'arrivent pas à masquer, les femmes préfèrent de s'éloigner de leurs maisons pendant leurs règles pour éviter des commentaires stigmatisants.

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 89,5% [80,2-94,7 IC 95%] de ménages enquêtés ont porté des signes d'une présence des animaux et/ou leurs excréments dans l'espace de jeux d'enfants. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que la propreté d'espace de jeux d'enfants comme telle ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*). Par contre, un lien statistiquement significatif a été observé entre la présence des animaux et/ou leurs excréments dans l'espace de jeux d'enfant, l'hygiène corporelle des enfants et l'émancipation ainsi que le retard de croissance. Ceci signifie que les enfants avec leurs visages et mains sales sont plus susceptibles à la contamination par des bactéries et/ou les virus transmis par des animaux et/ou leurs excréments et par conséquent ils sont plus vulnérables à la malnutrition aigüe ou chronique.

Le tableau 20 ci-dessous détaille la perception de risques typique liés à certaines pratiques d'assainissement.

Comportement	Perception du risque	Justification + informations complémentaires
Défécation autour de la maison	Modéré	Le risque lié à la défécation à l'air libre dépend de « l'enterrement » des excréments. S'ils sont proprement couverts par terre, le risque de contamination est jugé bas. Par contre, s'ils ne sont pas couverts, la population considère le risque élevé dû à la transmission des microbes par les insectes.
Nettoyage des latrines	Élevé	Nettoyer des latrines et vider des fosses septiques est très déshonorant et peut mener à l'exclusion du clan. ¹²⁹
Présence des animaux dans la cour	Bas	La population ne perçoit aucun risque de contamination par des animaux ruminants dans la cour (volailles, vaches, chèvres). Seul le bétail est perçu comme dangereux pour les enfants (risque de blessure, risque de mort).
Présence des animaux dans la maison	Bas	La population ne perçoit pas des risques liés à la présence des animaux dans la maison (chats, souris, cafards).
Enfant jouant dans la poussière	Modéré	Le risque lié à un bébé jouant dans la poussière dépend du fait si le bébé avale la poussière ou pas. Si le bébé ne l'avale pas, le risque est considéré bas. En fait, les participants ont jugé très bénéfique si le bébé joue à l'extérieur de la maison. Selon eux, l'enfant « <i>prend de l'air, joue et développe bien.</i> » A l'extérieur, il est aussi protégé contre le feu et les couteaux qui peuvent se trouver à l'intérieur de la maison et blesser le bébé.

Tableau 20: Perception des risques liés aux certaines pratiques d'assainissement

Le figure 5 ci-dessous résume les facteurs de risques dans le domaine de l'eau, l'assainissement et l'hygiène et leur effet sur l'état nutritionnel des enfants dans le district d'Amboasary Sud. Comme expliqué dans les sections respectives, le faible accès à l'eau en quantité suffisante influence les pratiques d'hygiène au ménage, notamment la propreté du corps d'enfant – qui peut aboutir aux infections répétitives. D'ailleurs, le faible accès à l'eau de qualité peut aussi aboutir aux maladies

¹²⁹ D'après l'information anecdotique, le nettoyage de latrines a été utilisé comme punition à l'époque coloniale et il peut être toujours utilisé pour des mêmes raisons à l'école dans certains endroits. Ainsi, cette activité est souvent liée aux « mauvais » souvenirs écoliers, ce qui influence sa perception dans la vie adulte.

```
graph TD
    SN[SOUS-NUTRITION]
    MI[Maladies infantiles]
    GE[Gestion de l'eau non-optimale]
    FP[Faibles pratiques d'hygiène]
    FA[Faibles pratiques d'assainissement]
    MT[Manque de temps]
    PDI[Peur de la perte des défenses immunitaires]
    PT[Pratiques de traitement de l'eau inadéquates]
    CB[Conservation de l'eau dans les récipients ouverts]
    MB[Manque de bois]
    MR[Manque des récipients]
    FPLC[Faible pratiques de lavage de corps]
    FPLM[Faible pratiques de lavage des mains]
    LJJ[Lieux de jeux non-hygiéniques]
    DALA[Défécation à l'air libre]
    STW[Surcharge de travail des femmes]
    D[Distance]
    FAE[Faible accès et disponibilité de l'eau]
    ERL[Eau réservée à la boisson/cuisson]
    MCA[Manque de capacité d'acheter la quantité du savon suffisante]
    FAEI[Faible accès au point d'eau amélioré]
    FQE[Faible qualité de l'eau]
    EPP[Eau = ressource précieuse]
    PPD[Partage des points d'eau avec les animaux domestiques]
    PS[Présence des parasites Schistosoma]
    CL[Coutumes traditionnelles Antandroy]

    SN --> MI
    MI --> GE
    MI --> FP
    MI --> FA
    GE --> MT
    GE --> PDI
    GE --> PT
    GE --> CB
    GE --> MB
    GE --> MR
    FP --> FPLC
    FP --> FPLM
    FA --> LJJ
    FA --> DALA
    STW --> MT
    STW --> PDI
    STW --> FAE
    D --> FAE
    FAE --> ERL
    FAE --> MCA
    FAEI --> FQE
    FQE --> ERL
    FQE --> MCA
    EPP --> ERL
    EPP --> MCA
    PPD --> FQE
    PS --> FQE
    CL --> DALA
    CL --> EPP
```

E. GENRE

Dans la culture Antandroy, les relations entre les hommes et les femmes peuvent être définies comme interdépendantes et complémentaires. Pourtant, cette complémentarité n'insinue pas « l'égalité des sexes » selon la définition occidentale. Les rôles attribués à chacun déterminent leurs responsabilités dans les activités domestiques, sociales et économiques. Traditionnellement, les femmes assument une place de « nourricières », responsables de toute tâche domestique, y compris le soin d'enfants, pendant que les hommes s'occupent des activités génératrices de revenu et, par extension, ils représentent le ménage dans les affaires communautaires. Ce rôle de « chef de ménage » leur accorde le pouvoir de décision quasiment exclusif à l'intérieur ainsi qu'à l'extérieur du ménage.

¹³⁰ Les cellules en rouge foncé représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë, tandis que les cellules en rose indiquent des facteurs de risque significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. *Annexe B*).

En principe, la complémentarité entre les hommes et les femmes se base sur leurs contributions à l'union : les hommes présentent la dot aux familles de leurs épouses au moment du mariage, en promettant de prendre un bon soin d'elles, pendant que les femmes mettent les enfants au monde, permettant aux clans de leurs maris de perpétuer. Ceci implique un système d'obligations très strict entre les « donneurs » et « preneurs », contraignant les familles participantes à des comportements spécifiques lors de leur alliance.

En réalité, la dot symbolise une perte de pouvoir décisionnaire par la femme et sa soumission à la suprématie de l'homme.

“Une fois que la dot est payée, nous devons suivre des ordres de nos maris. Nous ne pouvons pas faire autrement parce que c'est eux qui ont apporté des zébus à nos familles.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Selon les témoignages, seule une femme vivante dans l'union avec un homme qui n'a pas encore payé la dot est exemptée de cet arrangement.

“Si un homme n'a pas encore apporté des zébus à la famille de son épouse, il ne peut pas l'obliger à suivre ses décisions. Elle peut même avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes et il ne peut pas la reprocher. Mais dès qu'il paie, il commande.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Domaine	Pouvoir décisionnaire	Justification + informations complémentaires
Mariage	Parents / Homme	Les parents retiennent le pouvoir décisionnaire par rapport <i>quand</i> leur fille devrait se marier. Alors que dans le passé le choix d'un mari était aussi accordé aux parents, actuellement les filles peuvent choisir leur époux. Ce choix, par contre, doit être approuvé par leurs parents. D'ailleurs, il est important de préciser, que même si ce pouvoir de décision est officiellement partagé par les parents, l'avis du père est décisif.
Taille de famille	Homme	Selon les témoignages, le nombre d'enfants nés dans un ménage tombe officiellement dans la juridiction de Dieu. Par contre, les hommes ainsi que les femmes désirent, en principe, de grandes familles (Cf. <i>Espacement des naissances et la planification familiale</i>).
Planification familiale	Homme	L'utilisation de contraceptifs doit être autorisée par l'homme. Si l'autorisation n'est pas accordée, la femme ne peut pas en utiliser. Sinon, certaines femmes prennent des risques d'en utiliser en cachette.
Scolarisation	Parents / Homme	En ce qui concerne la scolarisation des enfants, c'est le père qui décide si l'enfant sera inscrit à l'école et combien d'années de scolarisation il/elle complétera. La mère est positionnée en tant que « exécutrice » des décisions, faisant le lien avec les responsables de l'école pour inscrire l'enfant/payer les frais scolaires. ¹³¹
Traitement des maladies	Homme / Femme	Principalement, c'est l'homme qui décide comment l'enfant sera soigné. Si l'homme n'est pas présent, la femme peut décider comment lui soigner mais elle doit

¹³¹ C'est la responsabilité du père de payer les frais scolaires de son enfant ; la femme seulement exécute le paiement.

		justifier sa décision et apporter la facture à l'homme ou son frère qui la prend en charge.
Dépenses ménagères ¹³²	Homme	Certains hommes admettent la prise de décision conjointe mais cette pratique est plutôt rare et diffère d'un couple à l'autre, d'une décision à l'autre. La majorité des hommes prennent des décisions sur les dépenses ménagères sans la consultation de leurs épouses.
Alimentation du ménage	Femme	Les décisions sont prises par les femmes mais les ressources restent contrôlées par les hommes. Les femmes admettent de recevoir des allocations hebdomadaires ou mensuelles pour pouvoir s'approvisionner en aliments mais le montant est souvent précalculé par les hommes qui ne sont pas souvent flexibles d'augmenter à la demande. Certaines femmes doivent détailler leurs dépenses de retour du marché. Pour cela, leurs achats sont consciencieusement adaptés aux souhaits de leurs époux pour éviter les disputes.
Activités journalières	-	Les femmes doivent suivre des normes culturelles. Même si elles ne veulent pas faire telle ou telle activité, elles sont obligées de respecter des rôles et responsabilités qui leur sont traditionnellement accordées.

Tableau 21: Synthèse des retours sur la prise de décision au ménage

Comme il est détaillé dans le tableau 21 ci-dessus, les femmes ne possèdent que le pouvoir décisionnaire partiel dans le domaine d'alimentation du ménage. Autrement dit, elles peuvent décider librement quels repas elles cuisinent chaque jour mais ce choix est le plus souvent conditionné par la disponibilité des aliments et/ou des ressources financières dans le ménage, toutes les deux contrôlées par des hommes.

“La femme a un devoir de demander l'avis/l'autorisation de son époux quel que soit l'activité. Si elle n'est pas d'accord avec sa décision, elle peut être en colère mais elle est obligée de la respecter. L'opinion de la femme n'est pas qu'un chant de mandoza¹³³. Sa considération serait une honte pour l'homme, même pour toute la communauté.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Selon les témoignages, il y avait une certaine évolution dans le domaine de la prise de décision dans les 10-20 dernières années. Les participants ont partagé l'avis que les hommes dans le passé étaient plus stricts et les droits des femmes ont été encore plus restreints. Actuellement, ils observent l'inclusion des femmes dans certaines décisions au ménage et/ou activités communautaires – le plus souvent liés à la santé maternelle ou infantile. Pourtant, toutes les

¹³² Selon les résultats de l'enquête quantitative, 33,8% [23,2-46,3 IC 95%] de femmes enquêtées, dans les ménages où leur mari est le chef de ménage, détiennent le pouvoir de décision pour les dépenses ménagères. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que le pouvoir de décision pour les dépenses ménagères ne constitue pas un facteur de risque conduisant à l'émaciation ou le retard de croissance des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B). Par contre, il est important à noter que ces résultats ont pu être influencés par la présence des maris lors du questionnement de leurs épouses (Cf. Défis majeurs dans la sous-section Collecte de données quantitatives).

¹³³ Poule qui chante.

catégories d'hommes¹³⁴ étaient d'opinion que les femmes ne peuvent pas égaler les hommes dans la prise de décision parce qu'elles « *ne possèdent rien et ne gagnent pas l'argent pour le ménage.* »¹³⁵ Etant donné qu'une bonne partie des femmes deviennent par nécessité le gagne-pain dans le ménage, il est possible d'inférer que la dynamique de pouvoir entre les femmes et les hommes changera graduellement en conséquence. A l'heure actuelle, le premier fils (ou dans son absence n'importe quel fils) a plus de pouvoir décisionnaire que sa mère. Si l'homme est absent, la femme est obligée de suivre des ordres de son fils qui le remplace entre temps. Toute tentative de désobéir est punie. Le plus souvent, la femme s'effondre sous les menaces d'être renvoyée chez ses parents – ce qui se traduit en divorce.

“Nous avons peur de nos maris. Nous n'osons pas faire quelque chose qui pourrait les énerver spécialement si on a déjà des enfants ensemble. Dans ce cas, nous nous taisons et nous souffrons en silence. D'être renvoyées chez nos parents est une honte. D'ailleurs, nos parents n'ont pas des moyens de prendre soin de nous. Alors, nous ne pouvons que se taire et accepter leurs caprices parce qu'ils apportent des zébus.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Selon les participants aux groupes de discussion (femmes et hommes également), la dot (et ensuite la prise en charge de tout coût de vie de la femme) autorise l'homme à la réprimander verbalement ou physiquement si elle commet une erreur. D'après eux, les femmes peuvent être giflées si « *le repas n'est pas prêt à l'arrivée du mari des champs* », si « *le mari découvre une dépense non-autorisée* » ou si « *la femme change son parcours*¹³⁶ *sans autorisation de son mari.* »¹³⁷ Pourtant, l'homme n'a pas le droit de frapper la femme si elle lui refuse un rapport sexuel en cas de fatigue ou manque d'envie. Ce refus ne peut être qu'occasionnel et temporaire parce que « *c'est le devoir de la femme de répondre aux besoins sexuels de son mari et lui donner des enfants.* »¹³⁸ A ce niveau, il est important d'ajouter que la plupart des femmes ont admis de ne pas se sentir à l'aise de refuser les avances sexuelles de leurs maris.

“Nos maris ne nous laissent pas tranquilles la nuit sans nous faire l'amour. Nous ne pouvons pas refuser parce qu'ils deviennent agressifs. Ils sont très en colère. Si nous refusons, nous serions abandonnées. Si nous nous soumettons, nous risquons de tomber enceintes très tôt.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Officialisation du mariage

La coutume Antandroy préconise les unions conjugales arrangées qui aident à former ou renforcer des alliances entre les clans ou lignages. Ainsi, les clans migrants peuvent essayer de marier leurs filles à des hommes de clans autochtones pour pouvoir accéder aux pâturages ou à l'eau pendant la période de transhumance.¹³⁹ Les accords peuvent être conclus entre les deux familles dès le petit âge d'une fille qui ensuite part habiter chez sa belle-famille à l'âge de 10 ans. Le mariage est conclu après ses premières règles.

Au cours des dernières années, la coutume du mariage arrangé est assujettie à la loi *fanjakana* qui interdit les mariages forcés/précoces.¹⁴⁰ Cette disposition a été mise en vigueur après de nombreux cas des jeunes filles qui ont choisi d'échapper au mariage arrangé en se suicidant. Ces cas exemplaires sont actuellement

¹³⁴ Jeunes hommes ≤ 18 ans, Hommes 18 – 50 ans, Hommes ≥ 50 ans.

¹³⁵ Participants au groupe de discussion, Mahabo.

¹³⁶ Par exemple, si elle décide d'aller chez son amie au lieu d'aller directement au marché.

¹³⁷ Participants aux groupes de discussion, Analoalo et Mahabo.

¹³⁸ Participants au groupe de discussion, Analoalo.

¹³⁹ Le Sud – Cimetière des projets, UNICEF, 2011.

¹⁴⁰ La loi prévoit une pénalisation des parents, si trouvés coupables d'avoir forcé leur fille de se marier contre sa volonté.

fréquemment intégrés dans les menaces des jeunes filles qui ne désirent pas se marier à un homme choisi par leurs parents. Par peur d'être pénalisés ou de voir leurs filles se suicider, les parents abandonnent leur demande. Pourtant, les jeunes participantes aux groupes de discussions ont avoué qu'elles sont obligées d'accepter le choix de leurs parents sous les menaces d'être expulsées de la famille.

Dans les cas où la fille peut choisir librement son époux, elle doit toutefois respecter les règles qui régissent les relations entre clans et lignages. Par exemple, il est interdit de se marier aux personnes issues de clans adversaires, de races interdites par la coutume¹⁴¹ ou de « *racas maudites* »¹⁴² Son choix est assujéti à la validation de sa famille. Si les parents refusent, le mariage ne peut pas être officialisé.

L'officialisation de l'union conjugale suit l'accord entre les deux familles sur l'ampleur de la dot. Dans la majorité des cas actuels, l'homme est demandé d'emmener 1 zébu et au moins 300.000 – 400.000 AR en échange pour son épouse. Pendant que le zébu¹⁴³ est intégré dans le troupeau du père de la fille, l'argent est réservé à la fille pour réaliser les achats des vêtements et de tous les articles ménagers dont elle aura besoin pour fonder son foyer. Une semaine après le versement de la dot, l'homme peut se rendre chez la famille de la fille et l'emmener dans sa propre maison.

Dans les meilleurs de cas, l'officialisation du mariage est accompagnée par une fête en présence des membres de deux familles et autres membres de la communauté, pendant laquelle les parents de la jeune fille bénissent le couple, Le repas et les boissons servis pendant les festivités sont à la charge de la famille de la jeune mariée. Par contre, faute des moyens financiers les cérémonies de mariage ne sont plus régulièrement organisées.

L'âge habituel au moment de mariage diffère entre les femmes et les hommes. Pendant que les jeunes filles peuvent se marier dès l'âge de 12 ans, les jeunes hommes attendent jusqu'à l'âge de 18 ans pour se marier. A cet égard, il est important à noter que l'âge habituel au moment de mariage a changé par rapport les coutumes Antandroy du passé. Les aînés ont confirmé que les filles ne se sont pas mariées avant l'âge de 18 ans, les garçons avant l'âge de 20 à 25 ans. La différence peut être le plus facilement expliquée par la nécessité des parents de marier la fille le plus tôt possible pour pouvoir bénéficier d'un zébu et du côté du garçon par la nécessité d'accumuler certaines richesses avant le mariage. Pendant que certains participants aux groupes de discussion ont admis que le mariage de jeunes filles, voire le mariage précoce, est devenu une des stratégies de survie pour les ménages vulnérables, ils ont aussi suggéré que la valeur de la dot a augmenté ces dernières années¹⁴⁴ et qu'il est de plus en plus difficile pour les garçons de se marier.

“Le cadeau d'un zébu est notre devoir si nous voulons se marier. Pour l'avoir, nous demandons notre partie de la terre à notre père, nous la vendons mais après nous sommes obligés de chercher du travail ailleurs. Ceux qui sont chanceux peuvent gagner de l'argent dans les mines.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

A cause de cela, certains couples vivent ensemble sans l'échange des zébus. Ceci, par contre, crée des tensions interfamiliales, voire communautaires. Si l'homme vit avec une femme sans avoir versé la dot, il risque d'être blâmé par son beau-père si son enfant tombe malade. Si l'homme veut

¹⁴¹ Par exemple, les descendants d'esclaves ne peuvent pas épouser des personnes issues de clans nobles.

¹⁴² Morts-vivants créés par la réanimation d'un cadavre humain.

¹⁴³ Le zébu doit être retourné si la femme décide de quitter son mari après moins d'un mois. Si la femme reste plus longtemps, c'est la décision de son mari s'il veut récupérer son zébu. Pourtant, selon la tradition, le zébu ne peut pas être récupéré si le couple a des enfants.

¹⁴⁴ Par exemple, trois zébus au lieu d'un seul – justifié par l'augmentation des prix sur le marché.

éviter d'être reproché et décide de verser la dot, il risque parfois de recourir au vol pour pouvoir accumuler la somme.

“Il peut arriver qu'un garçon ne voit qu'une fille – il est tellement amoureux qu'il oublie des interdits, il oublie sa famille et vole pour pouvoir se marier. On a instauré une amende qui représente 2 à 4 fois la quantité de ce qu'il a été vole mais les jeunes hommes tentent toujours leur chance – malgré qu'ils peuvent être maudits et toute leur famille devient encore plus pauvre. Mais la malédiction est invisible et la pauvreté touche tout le monde d'une manière ou l'autre.”¹⁴⁵

Participants au groupe de discussion, Mahabo

L'incapacité de verser la dot se manifeste aussi par un nombre croissant des femmes non-mariées avec les enfants ou, autrement dit, par un nombre croissant des hommes qui refusent de prendre leurs responsabilités une fois que leur copine tombe enceinte. Ce phénomène est complexe en soi et démontre des perturbations dans les relations entre les hommes et les femmes ainsi que les changements plus profonds au niveau d'une unité familiale.

Pour les jeunes femmes, le mariage représente une stratégie de survie quasiment unique. Les opportunités d'emploi étant peu nombreuses, la majorité de jeunes femmes ne rêvent d'avoir d'autre occupation que « la femme mariée ». A l'exception des cas de mariage arrangé, les filles sont encouragées de se trouver un mari dès l'âge « *quand ses seins commencent à pousser* »¹⁴⁶. Pour faciliter cela, selon la coutume Antandroy, les pères sont censés de leur construire des maisons pour qu'elles puissent recevoir des visiteurs la nuit. Les maisons doivent être éloignées des maisons de leurs frères pour que leurs copains ne croisent pas leurs chemins avant que la dot soit versée¹⁴⁷. Sans propre éducation sexuelle mais désireuses d'accélérer la demande en mariage, les jeunes femmes se soumettent à la pression de leurs copains d'avoir des rapports sexuels sans protection.

“Les hommes ne veulent pas se coucher avec les femmes qui utilisent le planning familial. Ils nous demandent de l'enlever, sous la promesse de nous marier, pour avoir la preuve que nous sommes fertiles. Une fois que nous tombons enceintes, ils s'enfuient.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Les participants aux groupes de discussion ont constaté qu'une fois les hommes refusent de prendre leurs responsabilités, il est impossible de leur forcer de se marier. En conséquence, les deux familles concernées ont tendance de couper toutes les relations, y compris la présence réciproque aux funérailles¹⁴⁸. Malgré les témoignages que les jeunes femmes sont des victimes des avances trompeuses de leurs copains, ce sont elles qui sont plus souvent blâmées pour la grossesse non-désirée. D'ailleurs, il est important d'ajouter que les jeunes femmes sont aussi découragées d'utiliser des moyens contraceptifs par leurs parents, notamment par leurs pères.

En échangeant sur le même sujet avec les jeunes hommes, ils ont avoué qu'ils se sentent trompés par les jeunes femmes et pour cela ils ne prennent pas leurs responsabilités.

¹⁴⁵ Si un garçon est accusé de vol, il doit faire un serment en présence d'un gardien de tombeau qui fait le sacrifice. S'il ne dit pas la vérité, il mourra.

¹⁴⁶ “*T'as déjà 15 ans, t'es déjà en retard! Va te trouver un mari.* » Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia.

¹⁴⁷ Interdit Antandroy.

¹⁴⁸ Selon la coutume Antandroy, l'absence d'une famille aux funérailles d'un membre de l'autre famille est une expression d'animosité qui confirme publiquement le conflit entre les parties prenantes

“Avant de nous engager dans des rapports sexuels avec les femmes, nous leur demandons si elles utilisent le planning familial. Elles nous mentent en espérant que nous allons leur marier une fois qu’elles soient enceintes. Mais nous n’avons pas des moyens financiers ; elles savent que nous n’avons rien et pourtant elles tentent. C’est pourquoi nous leur quittons.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Les participants aux groupes de discussion ont ensuite précisé que si l’homme demande à la femme de ne pas utiliser le planning familial, il doit absolument l’épouser. Par contre, ce type de demande n’est issue que dans les relations sérieuses qui sont normalement « coiffées » par un versement de 25.000-50.000 AR à travers lequel l’homme confirme son statut comme « copain sérieux » et prend la fille en charge¹⁴⁹. La somme est considérée comme un « *prix pour la timidité* » ou « *taxe pour enlever les culottes* » et permet à l’homme de réclamer un nombre illimité des rapports sexuels avec la femme concernée. Dans les autres cas (sans attaches), les hommes paient pour les rapports sexuels par nuit (5.000-10.000 AR) et/ou achètent des cadeaux à ces femmes. En contraste avec les notions occidentales selon lesquelles les rapports sexuels payés tombent sous la définition de la prostitution, les « *frais de sexe* » dans l’espace Antandroy sont obligatoires pour faire la preuve de respect envers une femme et la protéger contre l’humiliation par la communauté.¹⁵⁰

“Selon la coutume, la femme n’a pas de valeur dans les yeux de la communauté ; elle déçoit et humilie son père et ses ancêtres, si elle entame des rapports sexuels avec un homme sans être payée.”

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Selon les participants aux groupes de discussion, les jeunes femmes s’habituent rapidement aux ressources générées et pensent naïvement que la grossesse renforcera leur statut et le transformera en mariage. D’ailleurs, malgré leurs droits coutumiers à ces « paiements », les jeunes femmes admettent que les rapports sexuels se sont transformés en activité génératrice de revenu.

“Nous avons des rapports sexuels avec les hommes pour avoir de l’argent, des nouveaux vêtements et des bijoux.¹⁵¹ Nos parents n’ont pas des moyens pour nous faire plaisir alors nous faisons ce qu’on peut. Les garçons nous aident à survivre.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Les participantes aux groupes de discussion ont admis que leurs mères tentent de les conseiller de ne pas continuer de telles relations mais les jeunes femmes optent de désobéir. Dans certaines communautés, elles sont surnommées *micingunici*, les filles agressives/vicieuses qui « *profitent de la pauvreté de leurs parents.* »¹⁵²

“Quand la communauté se moquent des parents, les enfants les moquent en conséquence. Selon eux, ils ont le droit de ne pas les respecter parce qu’ils sont pauvres et ils n’ont pas suffisamment d’effort pour prendre soin d’eux. Ainsi, les parents ne peuvent rien faire que se taire.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

¹⁴⁹ Toutes les dépenses, sauf la nourriture.

¹⁵⁰ Participants aux groupes de discussion, Mahabo.

¹⁵¹ A part des besoins financiers, certains participants aux groupes de discussion ont noté que ce désir d’être bien habillée/coiffée/maquillée naît des moqueries entre les filles de même âge.

¹⁵² Participants aux groupes de discussion, Analoalo.

Les aînés se sont laissé entendre que « à l'époque les parents étaient plus stricts avec leurs enfants et pour cela il n'y avait pas de problème de grossesses précoces. »¹⁵³ Selon eux, les enfants d'aujourd'hui n'ont pas peur de leurs parents et ne respectent plus les anciennes coutumes qui assurent l'équilibre dans le monde.

Entre filles et garçons, ce sont plutôt ces derniers qui sont considérés comme plus dociles. D'après les témoignages, les garçons dépendent de la bénédiction de leur père pour pouvoir se marier et avoir du succès dans leurs vies en général, alors ils tiennent rarement tête à leurs pères.

*“La mère donne toujours la bénédiction à ses enfants ; le père non. Si nous le contrarions, on risque d'être rejetés et puis nous ne pourrions plus espérer d'hériter.”*¹⁵⁴

Participants au groupe de discussion, Mahabo

Polygamie et pauvreté

En contraste avec les croyances populaires, la culture Antandroy n'est pas polygame à l'origine. Selon les aînés, les Antandroy du passé préféraient des unions monogames à 1-2 enfants. Pourtant, ce dernier temps, les Antandroy penchent pour les familles nombreuses –même au prix d'épouser plusieurs femmes.

Par définition, le mariage polygame est utilisé pour conclure des alliances afin d'étendre son pouvoir économique ou son pouvoir politique. La polygamie fournit aussi une main d'œuvre abondante. Dans le cas des Antandroy, la polygamie permet de « se multiplier rapidement pour pouvoir résister aux menaces extérieures. »¹⁵⁵

Selon les participants aux groupes de discussion, seul un homme riche peut prendre plusieurs femmes. Chaque nouveau mariage doit être négocié avec la dernière épouse et elle est en droit de refuser. Si elle accepte l'homme lui fait un cadeau et fait aussi de petits cadeaux à toutes les autres épouses.

“Nous sommes obligées d'accepter notre sort parce que les hommes paient. Nous recevons des zébus et 2.000.000 AR. Si nous refusons, nous risquons de ne plus voir nos enfants.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Pourtant, certaines femmes se méfient de cette nouvelle coutume. Elles disent que même les hommes pauvres se lancent dans la polygamie, espérant que la nouvelle épouse peut leur apporter la chance. Ainsi, plusieurs femmes, y compris tous leurs enfants, deviennent dépendantes d'une source de revenu limitée.

“Nos relations avec les hommes sont très compliquées. La confiance est souvent rompue quand ils commencent à chercher une autre femme. Nous ne nous sentons pas respectées mais nous devons l'accepter pour l'amour de nos enfants. Nous n'avons pas le pouvoir changer l'homme; nous ne pouvons que sourire et lui rendre heureux.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Selon les résultats de l'enquête quantitative, 6,3% [3,8-10,1 IC 95%] de ménages enquêtés étaient des ménages polygames. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que la polygamie ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition des enfants dans la zone étudiée (Cf. Annexe B).

¹⁵³ Participants aux groupes de discussion, Mahabo.

¹⁵⁴ Dans les cas extrêmes, les parents déclarent aux autorités locales et régionales qui ne sont plus responsables des actes de leurs enfants et que les enfants ne sont plus siens (*sasany tsy ho anany*).

¹⁵⁵ Participants aux groupes de discussion, Esatra Bevia.

Charge de travail des femmes

La routine journalière des femmes Antandroy oscille entre une variété des tâches ménagères et le soin d'enfants. Elles se lèvent vers 5h du matin et commencent leur journée à chercher de l'eau et de bois sec. Après leur retour, elles se mettent à nettoyer la maison, piler les céréales, cuisiner et si les circonstances les obligent, à cueillir des fruits sauvages dans la forêt pour pouvoir satisfaire les besoins alimentaires de leurs familles. Selon la saison, elles peuvent être demandées d'aider leurs maris au champ ou au marché. Elles se couchent vers 20h le soir.

Selon les participants aux groupes de discussion, la charge de travail des femmes est élevée mais culturellement imposée et elles l'acceptent ainsi. Pendant les échanges, les femmes n'ont jamais suggéré que quel que soit la tâche ménagère pourrait être partagé avec leurs maris. Selon la coutume Antandroy, la femme « idéale » doit être en mesure de gérer ses responsabilités sans se plaindre. Pour cela, elles les exécutent sans beaucoup réfléchir à comment elles pourraient les faciliter - leur seul recours étant la délégation d'une partie de leurs tâches à leurs enfants - ce qui constitue une des raisons pour lesquelles elles désirent avoir une famille nombreuse.

Pourtant, certaines participantes ont admis que la surcharge de travail leur cause du stress - qui se manifeste aussi par la fatigue et la perte du poids. Ceci se traduit en diminution de la production du lait maternel, notamment pendant la période de soudure quand elles n'arrivent pas manger à leur faim. Selon les participantes, la surcharge de travail ainsi que le stress augmentent au moment des difficultés financières dans le ménage et la responsabilité additionnelle qu'elles doivent assumer pour pouvoir nourrir leurs enfants. Dans ce cas, elles sont obligées de laisser leurs enfants sous la surveillance de leurs enfants aînés et rechercher des opportunités qui leur éloignent de leurs foyers pendant toute la journée.

“Nous avons beaucoup de responsabilités - à la maison, au champ - et il n'y a personne pour nous aider sauf nos enfants. Tous les gens sont fatigués avec leurs propres problèmes. Alors nous faisons comme tout le monde - nous nous débrouillons d'un jour à l'autre - dans la forêt, dans les mines - seulement pour pouvoir donner à manger à nos enfants.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Lors de l'enquête quantitative, 82,5% [75,6-87,7 IC 95%] de femmes ont déclaré de ressentir une surcharge de travail et un manque de temps pour s'occuper de leurs enfants. Des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage ont révélé une association statistique significative entre ces indicateurs, ce qui signifie que la surcharge de travail constitue un facteur de risque conduisant à l'émaciation des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

D'ailleurs, les résultats de cette enquête démontrent que seulement 30,0% [22,6-38,7 IC 95%] de femmes se sentent soutenues et aidées par leur entourage lorsqu'elles ont un problème financier, social ou autre. Pourtant, des analyses ultérieures prenant en compte les mesures anthropométriques d'enfants dans le ménage n'ont pas révélé une association statistique entre ces indicateurs, ce qui signifie que la perception du soutien social ne constitue pas un facteur de risque conduisant à la sous-nutrition des enfants dans la zone étudiée (Cf. *Annexe B*).

Mariée sans mari¹⁵⁶

“J'avais 16 ans quand je me suis mariée à l'homme originaire de ce fokontany. Nous avons 6 enfants ensemble. Ça fait presque 4 ans que mon mari est parti chercher du travail à Tuléar. Je ne l'ai pas vu depuis.

Avant son départ, nous n'avions qu'un seul zébu. Nous l'avons vendu et nous avons partagé la somme en deux : une moitié pour moi et les enfants, une moitié pour lui.

J'ai toujours espéré qu'il nous envoie de l'argent mais c'est nous qui devons lui envoyer un peu qu'on a parce qu'il gagne très peu et vit dans la misère.

Je fais la vannerie pour survivre. Je fabrique 3 à 4 paniers par semaine. Je les vends à 5000 AR chacun et avec cet argent j'achète 2 kg du manioc sec à 700 AR/ kg, 2 gobelets de riz à 550 AR, 3 gobelets de maïs à 500 AR – ce qui nous suffit pour 2 ou 3 jours.

Je travaille aussi dans les mines de mica. Je me lève de beau matin et je pars sans manger pour y arriver tôt. Je suis obligée de laisser les enfants avec ses sœurs aînées de 8 et 10 ans. Je leur laisse le repas déjà cuit. Je travaille de 7h à 17h et je gagne de 2000 à 2500 AR par jour.

Si je suis très fatiguée et je n'arrive pas à travailler, je vends mes marmites car ici on ne peut pas envoyer nos enfants d'aller manger ailleurs. Toute la communauté se bat pour survivre - on a tous le même problème – alors il faut qu'on se débrouille seuls même si c'est dur.”

Charge de travail des hommes

Les hommes sont les premiers responsables de ménage et leur charge de travail se constitue quasi uniquement des activités génératrices de revenu. Ils se lèvent vers 5h du matin et partent, sans prendre le petit déjeuner, aux champs ou ils passent une grande partie de leur journée. Ils travaillent entre 6h et 11h¹⁵⁷ du matin et ensuite entre 14.00 et 17h de l'après-midi. A midi, ils retournent à la maison pour se reposer et manger. Le soir, ils mangent leur dîner et se couchent vers 20h.

Selon la coutume Antandroy, c'est le père qui devrait apprendre à ses enfants les bases d'un comportement respectueux, les normes culturelles ainsi que les droits et obligations de chacun. Par contre, les participants aux groupes de discussion ont admis que ce rôle est largement compromis par leurs responsabilités d'approvisionner le foyer et leurs interventions éducatives ne sont pas régulières et/ou elles sont réduites aux ordres sans explication/contexte.

“Nous devrions passer le temps avec nos enfants au moins chaque soir, quand nous retournons du champ, mais nous sommes si fatigués que nous mangeons et ensuite nous dormons sans véritablement leur parler.”

Participants au groupe de discussion, Analoalo

Selon certains informateurs clés, cet éloignement de pères qui aboutit à un manque d'éducation de ses enfants est à la source des changements intra-communautaires qui se manifestent par un abandon graduel de l'héritage culturel des Antandroy.

“Dans le passé, nous vivions en harmonie avec notre environnement et nos ancêtres. Maintenant les jeunes ne respectent plus les fady et nous spiralons vers la destruction.”

¹⁵⁶ Récit d'une femme pendant l'entretien informel à Esatra Bevia.

¹⁵⁷ 9h pendant la période de soudure du a un manque d'énergie.

La charge de travail des hommes n'est pas soumise aux changements saisonniers au cours de l'année (vu qu'ils travaillent aux champs quasiment non-stop toute l'année) mais elle est perçue comme plus élevée ces dernières années. Selon les participants aux groupes de discussion, la charge de travail a augmenté pendant que les bénéfices de ce travail ont diminué.

“Nous travaillons beaucoup plus que dans le passé, pourtant notre récolte ne cesse pas de diminuer. Nous sommes obligés d'essayer de trouver l'argent autrement que par l'agriculture comme nous ne pouvons plus dépendre sur la pluie.”

Participants au groupe de discussion, Analalo

Considérant l'importance de la génération de revenu pour subvenir aux besoins de ménage, les hommes considèrent leur charge de travail comme plus importante que celle des femmes. Même s'ils reconnaissent que les soins d'enfants peuvent être fatigants, ils ne les voient pas aussi physiquement exigeants que le travail au champ. Pour cela, lors de leur fatigue, ils réclament l'aide de leur épouses – qui sont ainsi obligées d'exécuter toutes les tâches ménagères et au même temps aider leurs conjoints au champ.

F. SOUS-NUTRITION

RESULTATS DE LA COLLECTE DE DONNEES ANTHROPOMETRIQUES

Les résultats de la collecte de données anthropométriques démontrent le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) de 12,3% [8,9-16,8 IC 95%], considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018, avec la valeur plus haute de l'intervalle de confiance au-dessus du seuil d'urgence de 15%. La prévalence de MAG semble avoir légèrement diminué entre 2018¹⁵⁸ et 2019 selon l'indice de P/T (12,3% contre 12,9%) et selon PB (6,5% contre 8,4%).

La prévalence de MAS selon P/T aussi démontre une légère diminution (2,0% contre 3,1%). Cependant, il est important à noter que ni la différence de prévalence par P/T ($p=0,807$), ni la différence de prévalence par PB ($p=0,386$) et ni la différence de prévalence de MAS par P/T ($p=0,330$) entre 2018 et 2019 ne sont statistiquement significatives¹⁵⁹.

La prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) était de 44,0% [38,7-49,4 IC 95%], supérieure aux résultats de 40,7% de 2018 mais inférieure à la prévalence (47,7%) de la SMART 2017. Cette différence n'est pas considérée comme statistiquement significative ($p=0,358$)¹⁶⁰.

Références	Indicateurs		Résultats SMART 2017 [95% IC]	Résultats SMART 2018 [95% IC]	Résultats SMART 2019 [95% IC]
OMS	Z-scores et/ou œdèmes	Malnutrition Aiguë Globale P/T < -2 z et/ou œdèmes	13,7% [11,1-16,7]	12,9% [10,3-16,2]	12,3% [8,9-16,8]
		Malnutrition Aiguë Sévère P/T < -3 z et/ou œdèmes	1,4% [0,8-2,5]	3,1% [2,0-4,8]	2,0% [1,0-3,8]

¹⁵⁸ Enquête nutritionnelle et de mortalité rétrospective, District d'Amboasary Atsimo, Madagascar, 2018.

¹⁵⁹ Résultats de l'Analyse du Test de Signification Statistique avec l'outil de CDC entre les deux enquêtes.

¹⁶⁰ Idem.

	Z-scores	Malnutrition Chronique Globale T/A< -2 z	47,7% [42,7-52,8]	40,7% [36,0-45,5]	44,0% [38,7-49,4]
		Malnutrition Chronique Sévère T/A< -3z	17,9% [14,4-22,1]	15,0% [11,5-19,2]	9,9% [7,3-13,4]
	Z-scores	Insuffisance Pondérale Globale P/A< -2 z	40,3% [35,8-44,9]	31,2% [26,6-36,2]	35,1% [30,4-40,1]
		Insuffisance Pondérale Sévère P/A< -3z	10,4% [8,0-13,4]	11,3% [8,6-14,9]	9,2% [6,5-12,9]
PB	Mesures	Malnutrition Aiguë Globale (PB<125mm) et/ou œdèmes	11,9% [9,5-14,8]	8,4% [5,6-12,5]	6,5% [4,2-10,0]
		Malnutrition Aiguë Sévère (PB<115mm) et/ou œdèmes	1,3% [0,7-2,3]	2,9% [1,8-4,8]	1,3% [0,5-3,2]

Tableau 22: Résumé des résultats anthropométriques de l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans le District d'Amboasary Sud, Mars - Avril 2019, comparés avec les résultats d'autres enquêtes SMART, réalisées en Mars 2017 et Février 2018

Une analyse des résultats de la malnutrition aiguë par sexe a montré que les garçons semblaient légèrement plus affectés par la malnutrition aiguë que les filles. Selon l'indice P/T la prévalence de MAG était 12,8% pour les garçons et 11,0% pour les filles. Une analyse statistique supplémentaire a montré que cette association n'était pas statistiquement significative ($p=0,532$)¹⁶¹. La différence est plus importante pour la MAM avec 11,5% pour les garçons et 8,6% pour les filles. Cependant, la prévalence de MAS était légèrement plus élevée parmi les filles que les garçons (2,4% contre 1,3%). Une différence statistiquement significative entre les garçons et les filles avait été démontrée en 2017 (17,2% MAG contre 10,3%, $p<0.001$) et les résultats SMART de 2018 (15,7% MAG contre 10,0%, $p=0,035$). Cette différence en MAG n'était pas reflétée par les résultats de cette enquête. Néanmoins, le taux de MAG selon PB était 4,8% pour les garçons mais 10,3% pour les filles et cette différence était statistiquement significative ($p=0,023$).

Prévalence par P/T	Totale (n=481)		Garçons (n=226)		Filles (n=255)	
	% [95% IC]	n	% [95% IC]	n	% [95% IC]	n
Prevalence MAG	11,9% [8,6-16,1]	57	12,8% [8,8-18,4]	29	11,0% [7,4-16,0]	28
Prevalence MAM	10,0% [7,0-14,1]	48	11,5% [7,8-16,7]	26	8,6% [5,3-13,8]	22
Prevalence MAS	1,9% [1,0-3,6]	9	1,3% [0,5-3,8]	3	2,4% [1,1-5,0]	6

Tableau 23: Prévalences de la malnutrition aiguë globale (MAG) désagrégés par sexe selon l'enquête nutritionnelle SMART réalisée dans le District d'Amboasary Sud, Mars - Avril 2019

G. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES

Perception communautaire de la sous-nutrition

Lors de l'enquête qualitative Link NCA il a été considéré essentiel de tracer les représentations locales de la sous-nutrition dans le district d'Amboasary Sud ainsi que les interactions des communautés avec cette condition. En d'autres mots, la terminologie locale utilisée pour décrire

¹⁶¹ Analyse utilisant un STATA 2015 deux échantillons test avec les variances égales ($p=0,605$).

la sous-nutrition révèle comment les communautés perçoivent la sous-nutrition et leur façon de l'aborder. L'étude de la terminologie locale est un point d'entrée crucial pour la compréhension d'un contexte socioculturel local, dans lequel le phénomène apparaît et dans lequel le programme de la lutte contre la sous-nutrition fonctionne.

La population dans les communautés échantillonnées a fait référence à la sous-nutrition en utilisant plus de 10 termes locaux, dont la majorité a été utilisé pour identifier la forme marasmique de la malnutrition aigüe. Certains de ces termes ont été aussi utilisés pour la malnutrition chronique, dévoilant ainsi que les représentations locales ne s'alignent pas nécessairement avec les définitions biomédicales. Par exemple, les participants aux groupes de discussion ont utilisé le terme *kaponono* pour décrire un enfant souffrant de l'amaigrissement sévère faute à l'insuffisance du lait maternel ainsi qu'un enfant de petite taille pour des mêmes raisons. Ceci indique que la communauté donne la préférence aux causes, plutôt que symptômes, dans l'identification des maladies – et des itinéraires thérapeutiques en conséquence. Cette tendance se confirme aussi à travers une distinction dans la description des enfants marasmiques, se concentrant sur les causes possibles de leur état et ensuite différenciant entre les traitements.

En regardant les images d'un enfant marasmique émacié mais avec un ventre bien visible et des lésions cutanées autour de sa bouche, les participants aux groupes de discussion ont constaté qu'il s'agit d'un enfant fatigué (*reraka*). D'après eux, l'enfant souffre des autres maladies, comme la toux, la fièvre/le paludisme – ce qui a provoqué sa fatigue et l'amaigrissement. Ils ont ajouté que l'enfant souffrant de cette condition a besoin d'un traitement pour ces maladies et de repas variés pour reprendre la force.

Etude de cas : Enfant « *reraka* »¹⁶²

Tsiory est un garçon de 16 mois. Sa mère l'allaitait exclusivement pendant les premiers six mois. A partir de six mois, en continuant l'allaiter, elle a commencé lui servir des repas préparés pour le reste du ménage.

Il y a quelques semaines sa mère est tombée enceinte à nouveau. Toujours sous le sein de sa mère, Tsiory a commencé de souffrir de la diarrhée et de vomissement. Sa mère a décidé de le sevrer brusquement.

Par conséquent, Tsiory a commencé à faiblir. Dans l'espoir de l'aider, la mère a lui administré des tisanes mais son corps commençait à gonfler. En panique, la mère est allée voir l'agent communautaire qui a mesuré le bras de Tsiory et ensuite a constaté qu'il est *reraka*, un enfant fatigué.

L'AC les a accompagnés au Centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) pour les soins. Tsiory a été hospitalisé pendant 15 jours. Le gonflement a disparu, son poids a augmenté. Après la sortie de l'hôpital, l'équipe d'Action Contre la Faim lui donnait des sachets d'aliments thérapeutiques chaque semaine.

Il y a deux semaines, l'équipe n'est pas venue et Tsiory est à nouveau malade. Cette fois-là, il n'a que perdu du poids. Il ne joue plus.

A ce niveau, il est aussi important de rappeler que le district d'Amboasary Sud connaît une haute prévalence de bilharziose qui se manifeste aussi par un ventre gonflé. L'enfant souffrant de la bilharziose peut être ainsi facilement confondu avec un enfant émacié. Pourtant, d'après les témoignages, les parents suivraient le même itinéraire thérapeutique, c'est-à-dire, éliminer les vers d'abord et ensuite renforcer le corps de l'enfant par un repas enrichi.

¹⁶² Etude de cas, Esatra Bevia.

De l'autre côté, en regardant les images d'un enfant marasmique émacié avec la peau plissée et un visage d'un petit vieux, les participants aux groupes de discussion ont constaté qu'il s'agit d'un enfant « qui manque du lait maternel » (*kaponono*) ou « enfant CRENAS ». D'après eux, l'enfant a été sevré précocement dû à la nouvelle grossesse de sa mère – ce qui se traduit en son incapacité de gagner du poids. Ils ont ajouté que l'enfant souffrant de cette condition être traité par le lait de chèvre ou repas variés, par un tradipraticien ou au centre de santé. Si sa famille fait un recours au tradipraticien, l'enfant commence à être traité par des tisanes. Ensuite, le tradipraticien lui réfère au centre de santé pour bénéficier des aliments thérapeutiques (qui substituent les repas variés). Dans ce cas, l'enfant suit un traitement parallèle, en substituant l'eau par les tisanes. Pendant ce traitement, l'enfant ne peut pas boire de l'eau parce qu'elle pourrait diluer la force des tisanes.

“Les tisanes remplace du lait maternel et le PlumpyNut donne des muscles.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Si l'enfant ne guérit pas, il est jugé d'être maudit/possédé par les démons. A ce moment, il faut sacrifier un mouton chez le marabout. Le traitement au centre de santé n'est pas possible.

“Si l'enfant est possédé, l'aiguille ne rentrera pas dans son corps. D'ailleurs, l'injection pourrait le paralyser ou causer une crise d'épilepsie.”

Participants au groupe de discussion, Esatra Bevia

Selon les participants, les enfants *kaponono* viennent des familles nombreuses avec peu de moyens financiers qui ont été sevrés brusquement. D'ailleurs, la condition peut aussi être provoquée par les pratiques d'alimentation d'enfant non-optimales et/ou les pratiques d'alimentation de la mère.

“La cause principale c'est la sécheresse. Il n'y a pas suffisamment de récolte pour nourrir toute la famille. Les femmes préparent les repas à la base de cactus ou de tamarin et les donnent aux enfants. Si l'enfant est fragile, il tombera malade. D'ailleurs, si l'enfant est encore allaité et c'est la mère qui mange ce genre de repas, le lait maternel change le gout et la couleur ; il devient transparent et ne suffit pas à nourrir le bébé.”

Participants au groupe de discussion, Ankilimalaindio 2

Certains participants aux groupes de discussion ont mentionné que le stress fait aussi partie d'une équation. Selon eux, les femmes sont sous le stress constant, notamment pendant la période de soudure, dû à leur faible capacité de subvenir aux besoins nutritionnels de leurs familles. Ceci diminue davantage la production du lait maternel et/ou elles sont complètement absentes de leurs foyers en essayant de trouver des moyens d'existence.

Etude de cas : Enfant « *kaponono* »¹⁶³

Olga est une fille de 7 mois. Elle avait 4.7 kg à l'âge de 6 mois mais elle a perdu 1.2 kg en deux semaines après avoir attrapé la grippe. Elle dort tranquillement dans les bras de sa grand-mère qui lui accompagne au Centre de récupération nutritionnelle intensive (CRENI) pour les soins. A un moment, elle plie son visage pour pleurer mais aucun son sort de sa bouche. Elle est fatiguée. Sa grand-mère lui donne le sein pour la calmer même si elle n'a pas du lait. Olga commence à sucer et s'en dort à nouveau.

¹⁶³ Etude de cas, Ifotaka.

Olga n'a été jamais allaitée. Depuis sa naissance elle est nourrie de lait de chèvre, d'eau et de tisanes. Selon les croyances locales, le lait se transforme en boule endurcie dans le ventre d'un bébé et ainsi cause un malaise ou douleur. Les tisanes aident la dissoudre et garde l'enfant en bonne santé.

Olga boit son lait d'une bouteille qui émet une forte odeur. La grand-mère la lave rarement.

La grand-mère vit seule. Son mari est décédé il y a quelques années. Ils avaient qu'un seul enfant – la mère d'Olga. Elle est décédée à l'âge de 25 ans, 3 mois après la naissance d'Olga. Elle est tombée malade pendant la grossesse. Son corps a gonflé mais la grand-mère ne se souvient plus d'un nom de la maladie dont elle a souffert. Elle a recherché des soins à Amboasary et même à Ambovombe mais les médecins ont lui dit qu'elle ne peut pas être sauvée.

La mère d'Olga n'était pas mariée. Elle avait 4 enfants avec 2 pères différents, dont premier a été né quand elle avait 17 ans. Olga était la dernière. Elle est *kaponono*, un enfant qui manque du lait.

Comme il a été évoqué ci-dessous, l'enfant *kaponono* peut être à la fois un enfant sévèrement malnutri et un enfant en retard de croissance. Tenant compte d'une cause unique (ou partagée), le traitement reste le même – les repas variés étant l'option préférée. Lors des échanges, certains participants aux groupes de discussion ont exprimé que le « retard de croissance » ne peut pas être traité parce que « *les dégâts ne peuvent pas être réparés* ». D'autres participants ont intervenu, en disant que « *les filles, pas les garçons, ont la capacité de rattraper le retard, si elles sont proprement nourries.* »¹⁶⁴ (Cf. *Autres pratiques de soins*).

Malnutrition aigüe - marasme	
<i>alofisake</i>	maigre, déshydratation
<i>tsy ampy sakafo</i>	manque de nourriture
<i>reraka</i>	fatigué, « manque de vie »
<i>tena reraka</i>	« malade mort »
<i>heatse</i>	maigre
<i>mahia</i>	maigre
<i>mangene</i>	peau plissée
<i>kaponono</i>	insuffisance du lait
<i>miboenatse</i>	insuffisance du lait
<i>beateke</i>	malade
Malnutrition aigüe - kwashiorkor	
<i>donadonake</i>	gonflement
<i>albumine</i>	gonflement
<i>halobotra</i>	gonflement
<i>mienatsenatse</i>	gonflement
<i>mibinabina</i>	gonflement
Malnutrition chronique	
<i>tara fitombo</i>	retard de croissance
<i>kely antitre</i>	petit vieux

Tableau 24: Liste des termes locaux utilisés à décrire les différentes formes de sous-nutrition

En ce qui concerne le kwashiorkor, les participants aux groupes de discussion ne l'ont pas reconnu comme une des formes de la malnutrition. Pour certains participants, l'enfant paraissait « bien nourri » ; pour les autres il était empoisonné pendant que la majorité des participants a constaté que le gonflement est causé par une surconsommation du sucre ou du sel et/ou l'intolérance au

¹⁶⁴ Participants aux groupes de discussion, Esatra Bevia.

manioc. Le traitement traditionnel pour cette condition n'existe pas et la condition en soit n'est pas très courante.



Photo 8: Discussion de groupe sur les perceptions communautaires de malnutrition aigüe et de malnutrition chronique à Analoalo, Ifotaka

H. PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES MECANISMES CAUSAUX DE LA SOUS-NUTRITION

Le composant qualitative de cette étude Link NCA comprenait plus de 130 échanges communautaires avec plus de 570 participants. Leurs témoignages complémentaires ont permis de pre-définir un schéma causal de la sous-nutrition dans le district d'Amboasary Sud, qui nous permet d'étudier deux axes principaux – un axe concernant principalement la santé d'enfant (« *axe enfant* ») et l'autre concernant la santé maternelle (« *axe mère* »).

La situation sécuritaire, climatique et économique dans la zone étudiée ayant l'impact considérable sur la disponibilité des sources de revenu de ménages et leurs capacités de résister aux chocs récurrents, les ménages font face aux problèmes d'accès aux aliments au cours de l'année – ce qui a l'effet direct sur la quantité et la qualité d'alimentation de ménage au cours de l'année – les enfants ≤ 5 ans ainsi que des femmes enceintes et allaitantes étant les plus vulnérables aux apports nutritionnels inadéquats.

L'état nutritionnel des femmes est aussi affecté par leur surcharge de travail ainsi que leur faible pouvoir décisionnaire, réduisant ainsi leurs possibilités d'influencer l'alimentation plus équilibrée au sein de ménage. Dans certains cas, les grossesses rapprochées peuvent aussi jouer sur l'état de santé des femmes, pendant que l'accouchement à domicile peut inspirer une réduction des apports alimentaires pendant le dernier mois de la grossesse afin d'éviter les complications potentielles, y compris la mort de la femme et/ou son enfant.

La faible alimentation des femmes allaitantes réduit ensuite leurs capacités d'allaiter les enfants, notamment les garçons. Par conséquent, l'alimentation de complément à bas âge pourrait leur exposer aux infections et éventuellement augmenter le risque de la sous-nutrition.

De l'autre côté, « l'axe « enfant » prend ses racines dans le faible accès à l'eau qui se traduit en faibles pratiques d'hygiène et ainsi en la plus grande vulnérabilité aux maladies récurrentes (contamination mains-bouche). D'ailleurs, le faible accès à l'eau de qualité peut aussi aboutir aux maladies diarrhéiques faute au manque de traitement de l'eau. Cet axe est, d'une manière, complémenté par « l'axe mère » qui, vu sa surcharge de travail, débouche sur le faible accès aux services de santé pour les traitements curatifs ainsi que préventifs. Tous les effets combinés, le système immunitaire de l'enfant affaiblit et le rend plus vulnérable à la sous-nutrition. Il est important à noter que pas certains membres des communautés consultées, particulièrement les hommes, avaient des doutes sur l'impact de l'hygiène et/ou assainissement sur l'état nutritionnel des enfants <5ans. Ainsi, l'axe mère a été jugé plus important et prioritaire pour les interventions potentielles.

I. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

Afin de comprendre comment les communautés participantes perçoivent la gravité des facteurs de risque de la sous-nutrition, un exercice de priorisation a été mené dans chacune des quatre localités à la fin de la période de la collecte de données qualitatives. Tous les facteurs de risque identifiés par les membres de la communauté au cours de cette étude leur ont été restitués en utilisant les aides visuels, décrivant chaque facteur de risque discuté. Après un récapitulatif des conclusions de l'étude par l'équipe qualitative, les participants ont été invités à valider l'interprétation des résultats et/ou à suggérer des modifications, si nécessaire. Par la suite, il leur a été demandé de diviser les facteurs de risque en trois catégories (majeur, important, mineur), en fonction de leur impact sur la sous-nutrition infantile. Les résultats de cet exercice sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les facteurs de risque perçus comme ayant un impact majeur sur la sous-nutrition sont marqués en rouge, les facteurs importants sont marqués en orange, tandis que les facteurs de risque ayant un impact mineur sont marqués en couleur verte. Les cellules blanches marquées « N/A » signifient qu'une communauté respective n'a pas identifié ce facteur de risque en tant que cause de la sous-nutrition dans son milieu.

	Facteurs de risque	Sampona	Ifotaka	Mahabo	Behara	Ensemble
A	Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels	+	++	+	+++	++
B	Grossesses rapprochées / Faible utilisation du planning familial	+++	+++	+++	+++	+++
C	Niveau de stress maternel élevé	+	+	+	+	+
D	Pratiques d'allaitement maternel non-optimales	+	+	+	+	+
E	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales	+	+++	+	+	+
F	Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins	+	+	+	+	+
G	Faible accès aux aliments	++	+	+	++	++
H	Utilisation des revenus non-bénéfique à l'état nutritionnel des enfants et des mères	+	++	+++	+++	++
I	Faible diversité, accès et disponibilité des sources de revenus pour les ménages	+++	+++	+++	+++	+++
J	Faible capacité de résilience	+	+	+	+	+
K	Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité)	+++	N/A	+++	+	++
L	Gestion de l'eau non-optimale	+	+	+	+	+
M	Faibles pratiques d'assainissement	+	+++	+	+	+
N	Faibles pratiques d'hygiène	+	+	++	+	+
O	Surcharge de travail des femmes	+++	+++	++	+++	+++
P	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	+++	++	+++	++	++

Q	Grossesses précoces	++	+	+	+	+
R	Faible état nutritionnel des femmes	++	+	++	+	++
S	Migration	N/A	N/A	N/A	++	+

Tableau 25: Synthèse des résultats de l'exercice de la catégorisation des facteurs de risque communautaire

Après la collecte de données quantitatives et qualitatives, l'Analyste Link NCA a triangulé toutes les données disponibles, comparé les associations statistiques de chaque facteur de risque et déterminé la force de son association avec la sous-nutrition. Les notes attribuées à chaque facteur de risque hypothétique sont résumées dans le tableau ci-dessous.

	Facteur de risque	Prévalence/ Associations statistiques du facteur de risque selon les données secondaires/revue de la littérature	Associations statistiques issues de l'enquête quantitative	Force de l'association du facteur de risque avec la sous- nutrition dans la littérature scientifique	Association du facteur de risque avec les tendances saisonnnières et historiques de la sous- nutrition	Classification du facteur de risque selon les résultats de l'étude qualitative	Classification du facteur de risque par les communautés	Interprétation/ Impact du facteur de risque
A	Faible accès aux centres de santé / Recours aux soins traditionnels	++	+++	++	++	++	++	Majeur
B	Grossesses rapprochées / Faible utilisation du planning familial	+++	-	++	++	+++	+++	Important
C	Niveau de stress maternel élevé	N/A	N/A	++	+	++	+	Mineur
D	Pratiques d'allaitement maternel non-optimales	++	+++	+++	++	++	+	Majeur
E	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales	++	-	+++	++	++	+	Important
F	Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins	N/A	-	+	+	++	+	Mineur
G	Faible accès aux aliments	++	+++	++	++	++	++	Majeur
H	Utilisation des revenus non-bénéfique à l'état nutritionnel des enfants et des mères	N/A	-	++	-	++	++	Mineur

I	Faible diversité, accès et disponibilité des sources de revenus pour les ménages	++	-	++	+	++	+++	Mineur
J	Faible capacité de résilience	+++	++	+++	++	++	+	Majeur
K	Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité)	+++	+++	+++	+	+++	++	Majeur
L	Gestion de l'eau non-optimale	N/A	N/A	+++	-	+++	+	Mineur
M	Faibles pratiques d'assainissement	++	+	++	-	++	+	Important
N	Faibles pratiques d'hygiène	++	+++	++	+	++	+	Important
O	Surcharge de travail des femmes	N/A	++	++	+	+++	+++	Important
P	Faible autonomie des femmes / Faible pouvoir de décision	++	-	+	-	+++	++	Mineur
Q	Grossesses précoces	++	+	+	+	++	+	Mineur
R	Faible état nutritionnel des femmes	++	+++	+++	+	++	++	Majeur
S	Migration	+	-	N/A	++	+	+	Mineur

Tableau 26: Synthèse de la catégorisation des facteurs de risque

Le poids de chaque facteur de risque a été déterminé conformément à la grille de catégorisation présentée ci-dessous.

Catégorie	Critères
Facteur de risque majeur	Pas d'informations contradictoires ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++] ET Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque important	Quantité d'informations contradictoires minime ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [++] ou [+++] ET Majorité de [++] ou de [+++] pour toutes les autres sources d'information
Facteur de risque mineur	Quantité d'informations contradictoires modérée ET Force de l'association avec la revue de littérature classifiée comme [+] ou [++] ET Majorité de [+] pour toutes les autres sources d'information

Facteur de risque rejeté	Informations non contradictoires ET Majorité de [-] ou [+] pour toutes les autres sources d'information
--------------------------	---

Tableau 27: Grille de catégorisation des facteurs de risque

Au même temps, l'Analyste Link NCA a revisité les schémas causaux, développés à la base des explications communautaires, et dessiné deux schémas simplifiés afin d'expliquer une majorité de cas de malnutrition aigüe et de malnutrition chronique dans le district d'Amboasary Sud. Le plus important, cet exercice a permis de différencier entre les facteurs de risque conduisant à la malnutrition aigüe et la malnutrition chronique, même s'ils se chevauchent.

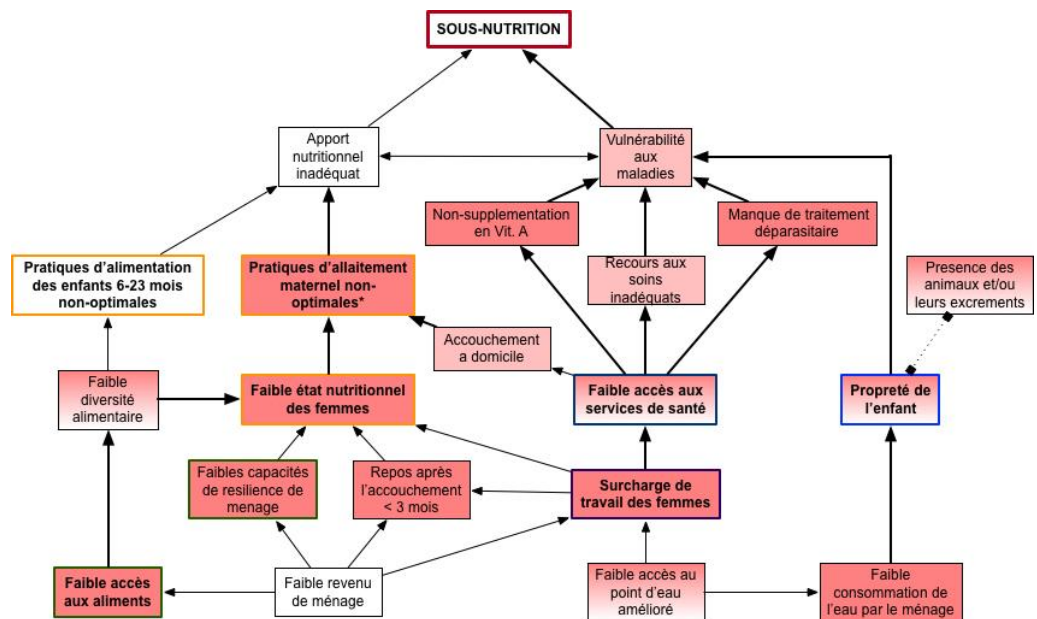


Figure 6 Schéma causal simplifié pour malnutrition aigüe dans le district d'Amboasary Sud¹⁶⁵

Le figure 6 ci-dessus résume les facteurs de risques avec le lien statistiquement significatif avec la malnutrition aigüe dans la zone étudiée. Le schéma démontre clairement des interconnexions entre le rôle et l'état nutritionnel de la mère et celui de l'enfant. Ainsi, la malnutrition aigüe est à la fois causée par le faible état nutritionnel de la mère qui, dû au faible accès aux aliments, n'arrive pas subvenir aux besoins de son fœtus (lors de la grossesse) et son nourrisson (après l'accouchement). Autrement dit, la mère malnutrie peut souffrir de l'insuffisance du lait, motivant une complémentation précoce en aliments solides à son enfant a bas âge et, par conséquent, le rendant plus vulnérable aux infections et/ou autres complications médicales.

D'ailleurs, la surcharge de travail de la mère couplée avec le faible accès à l'eau peut résulter en faibles pratiques de soins, se dévoilant sous forme de faibles pratiques d'hygiène corporelle de l'enfant qui - en conjonction avec la présence des animaux et/ou leurs excréments dans l'espace de jeux des enfants - peuvent augmenter le risque de contamination et des infections successives de l'enfant. Pourtant, la surcharge de travail de la mère peut aussi aboutir au faible accès et l'utilisation

¹⁶⁵ Les cellules en rouge foncé représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en rose indiquent des facteurs de risque significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. (Cf. Annexe B).

des services de santé pour les soins curatifs ainsi que préventifs, potentiellement débouchant sur la détérioration graduelle de l'état nutritionnel de l'enfant.

Le figure 7 ci-dessous résume les facteurs de risques avec le lien statistiquement significatif avec la malnutrition chronique dans la zone étudiée. Le schéma est considérablement plus simple. La croissance de l'enfant semble de dépendre moins de l'état nutritionnel de sa mère, même si les pratiques d'allaitement continuent de jouer leur rôle, notamment du point de vue de sevrage ou la complémentation de l'alimentation de l'enfant par le lait maternel. Vu la faible diversité alimentaire au ménage, le lait maternel semble de protéger l'enfant contre le retard de croissance pendant que le sevrage, brusque ou précoce, peut contribuer à la dégradation de l'état nutritionnel de l'enfant.

D'ailleurs, le faible accès à l'eau résultant en épisodes répétitives des maladies diarrhéiques ainsi les faibles pratiques de l'hygiène corporelle avec le même effet, potentiellement aggravés par le recours aux soins inadéquats, contribuent à la détérioration de l'état nutritionnel de l'enfant et retardent sa croissance.

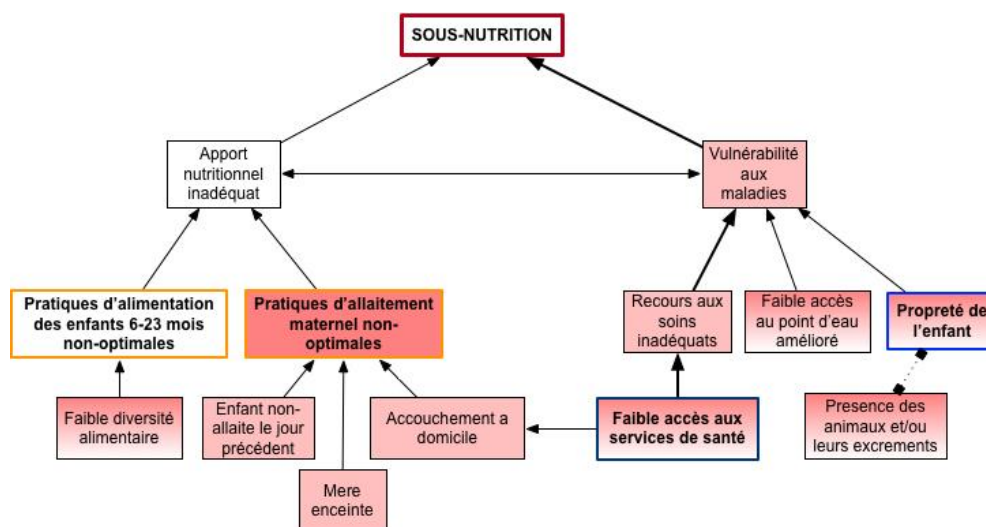


Figure 7: Schéma causal simplifié pour malnutrition chronique dans le district d'Amboasary Sud¹⁶³

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Habité par quatre ethnies différentes, le district d'Amboasary Sud fait face à la persistance de problèmes nutritionnels qui impactent les différents secteurs de développement. Suite à la crise politique de 2009 et des sécheresses récurrentes au cours des 10 dernières années qui ont érodé les capacités socioéconomiques de la population, les ménages n'ont pas reconstitué leur capital et reste vulnérable. Les ressources en eau ne sont pas revenues à la normale, les terres agricoles ont une faible productivité et la réduction de l'épargne des ménages interdit la reprise des activités normales.

Les effets cumulatifs de la sécheresse et du phénomène El Niño ont une incidence directe sur la sécurité nutritionnelle de la population. Selon les résultats de l'enquête nutritionnelle SMART, réalisée en Mars 2019 en tant que partie intégrale de cette étude Link NCA, le taux de la malnutrition aiguë globale (MAG) au niveau de 11,9% [8,6-16,1 IC 95%] est considéré comme « élevé » selon les seuils de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 2018, avec la valeur plus

haute de l'intervalle de confiance au-dessus du seuil d'urgence de 15%. Le taux de la malnutrition aigüe sévère (MAS) a légèrement diminué (1,9% [1,0-3,6 IC 95%]) pendant que la prévalence de la malnutrition chronique globale (MCG) a augmenté à 44,0% [38,7-49,4 IC 95%].

Les analyses entreprises au cours de cette étude Link NCA ont permis d'identifier 19 facteurs de risque, susceptibles d'avoir l'effet sur l'incidence de la sous-nutrition dans la zone d'étude. Suite à une triangulation de données provenant de sources diverses, six (6) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, cinq (5) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et huit (8) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur.

Les six principaux facteurs de risque couvrent chaque secteur et ainsi soulignent l'aspect multisectoriel des mécanismes causaux de la sous-nutrition. Ils comprennent le faible accès aux services de santé, les faibles pratiques d'allaitement maternel, le faible accès aux aliments, les faibles capacités de résilience de ménage, le faible accès à l'eau et le faible état nutritionnel des femmes.

Les analyses permettant la détermination d'associations statiques entre les facteurs de risque et l'émaciation ou le retard de croissance a permis de différencier les mécanismes causaux de ces deux formes de sous-nutrition et de simplifier des schémas assez complexes à des fins opérationnelles.

Sur la base de ces résultats, les activités suivantes sont recommandées d'être incorporées dans un plan d'action multisectoriel afin de répondre aux facteurs de risque identifiés. Les recommandations sont présentées par secteur thématique d'intervention mais doivent être prises en compte de manière dynamique pour une meilleure amélioration de la situation nutritionnelle dans la zone d'étude.

- Renforcer l'autonomisation des communautés afin de les permettre de détecter les problèmes et d'identifier les solutions locales, en facilitant, entre autres, l'accès à l'information;
- Améliorer la coordination entre les partenaires/projets afin d'améliorer les synergies de différentes interventions, y compris la compilation des cartographies des interventions, leurs gaps et leçons apprises ;

Santé et Nutrition

- Améliorer l'accès physique et financier aux établissements de santé, en particulier par le biais d'approches communautaires à faibles ressources;
- Renforcer les capacités des agents communautaires et les doter des médicaments de premier recours ;
- Améliorer la qualité des soins, notamment l'accueil et la communication avec les patients, par un renforcement continu des compétences et des capacités du personnel de santé afin de construire une relation de confiance entre les soignants et les soignés;
- Considérer une révision de la politique de recouvrement des coûts pour les services aux établissements de santé, en offrant un service gratuit aux femmes enceintes et allaitantes ainsi qu'aux enfants <5ans;
- Améliorer le recours aux soins pour les maladies infantiles, y compris la malnutrition, par le biais de séances de sensibilisation adaptées au savoir actuel des communautés de symptômes, de causes et d'itinéraires thérapeutiques des principales maladies infantiles;

- Renforcement des activités IEC/CCC aux établissements de santé sur la santé maternelle et infantile, en modifiant les messages clés au niveau de connaissances des communautés, y compris les tabous culturels ;

Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence

- Augmenter des moyens/sources de revenu de ménages, en facilitant leur accès au micro-crédit et renforçant leurs connaissances sur des bonnes pratiques agricoles, y compris les cultures maraichères ;
- Promouvoir les techniques de transformation et de conservation des produits locaux ;
- Renforcer les capacités de ménages en gestion de biens / gestion financière ;
- Accompagner les ménages les plus vulnérables à plus long terme afin d'assurer leur autonomisation graduelle ;

Eau, Assainissement et Hygiène

- Améliorer l'accès physique aux points d'eau via construction/aménagement des puits, forages ou pompes, accompagnée par la formation en gestion des biens publics ;
- Organiser des campagnes de reboisement et d'assainissement de masse ;
- Promouvoir les techniques de transformation locale des plantes et/ou animaux pour la production du savon ;

Genre

- Promouvoir les foyers améliorés, encourageant la production locale (en tant que l'activité génératrice de revenu) et en les subventionnant aux ménages les plus vulnérables.

VI. ANNEXES

A. CADRE D'ÉCHANTILLONAGE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES ANTHROPOMÉTRIQUES & ENQUÊTE DE FACTEURS DE RISQUE

N°	Commune	Fokontany	Taille de la population	Grappes
1	Amboasary Atsimo	Tanambe Bas	2897	1
2		Morafeno Haut	3149	2
3		Ianakafy Maroroke	876	3
4		Ankamena Tanantsoa	1197	RC ¹⁶⁶
5		Rombazy	1064	4
6		Fondrakady Mahaso	1073	5
7		SPSM Ankamena	4577	6, RC
8				
9		Tanambao Ezaka	3560	7
10		Bedaro	2489	RC
11		Mantsaky	1378	8
12		Belitsaka	1560	9
13	Behara	Mieba	450	10
14		Behara Bas II	550	11
15		Anjamalaza	459	12
16		Esatra Bevia	514	13
17		Beraketa	297	14
18		Tanantaolo	250	15
19		Bealoky	479	16
20		Maromena Centre	782	17
21	Berano	Maroika Centre	392	18
22		Manitsevo	904	19
23		Ambaniza Ampihamy	162	20
24	Ebelo	Ankaramangotroka	1054	21
25		Bevalay	576	22
26		Tsaramandroso	682	23
27	Elonty	Elonty	1583	24
28		Beadabo Centre	962	25
29		Sirania	853	26
30		Beadabo Sud	576	27
31	Esira	Emieba	937	28
32		Mandarano	647	29
33	Ifotaka	Ifotaka Centre	1081	RC
34		Ifotaka Dp	1479	30
35		Ankilemasy	477	31
36		Betioky Zanavo	578	RC
37		Tsarapioky	1165	32
38		Anjamahavelo I	612	33

¹⁶⁶ Grappe de réserve.

39	Mahabo	Ambaninato I	409	34
40	Mahaly	Mahaly	1040	RC
41		Vohitelo I	361	35
42		Mitsinjo	584	36
43		Amboahangy	1609	37
44	Maromby	Ambatotsivala	449	38
45		Betsingilo	996	39
46		Andranondambo II	1029	40
47		Esaka Marolahy	1057	41
48		Befihamy	272	42
49	Marotsiraka	Ambinanivelo	470	43
50		Antranotany	744	44
51	Ranobe	Ankamena	1203	45
52		Ankaramena	800	46
53		Mahazoarivo	352	47
54	Sampona	Sampona Centre	730	48
55		Manindra	972	49
56		Bealoky	238	50
57		Ankilimitraha	872	51
58	Tandanava	Ankilitsiarova	250	52
59		Tanandava Mandrare	236	RC
60		Antsovela Ville	677	53
61	Tranomaro	Andolobe	229	54
62		Analalava	811	55
63		Bemanteza	657	56
64		Ambadagnira	791	57
65		Tatsimo Ampilira	912	58
66	Tsivory	Tsivory	3041	59
67		Ampiha	1164	60
68		Tsapa	520	61
69		Soanierana	602	62
70		Marovotry	2195	63
71		Anklimahaso	716	64

* Les cellules en rouge foncé représentent les grappes échantillonnées mais pas enquêtées pour des raisons d'insécurité ; les cellules en orange indiquent les grappes échantillonnées mais pas enquêtées pour des raisons d'inaccessibilité (>20 km aller-retour à pied).

B. CALCULS DES ASSOCIATIONS STATISTIQUES¹⁶⁷ ENTRE LES FACTEURS DE RISQUE ET MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DES ENFANTS DANS LES MÉNAGES ECHANTILLONÉS

Tableau 1: Associations statistiques entre les facteurs de risque et MAG/MCG, démontrées par les régressions logistiques et linéaires.

Facteur de Risque <i>Régression logistique</i>					Variable de résultats							
					MAG (P / T) <i>Enfants 0-59 mois</i>		MAG (PB) <i>Enfants 6-59 mois</i>		MAG Combinée* <i>Enfants 6-59 mois</i>		Malnutrition Chronique <i>Enfants 0-59 mois</i>	
Indicateur	N	n	Prévalence [95% CI]	Effet de Grappe	P- value	Odds Ratio [95% C]	P- value	Odds Ratio [95% CI]	P- value	Odds Ratio [95% CI]	P- value	Odds Ratio [95% CI]
Enfant masculin	416	201	48,3% [43,6-53,1]	0,94	0,735	1,11 [0,62-1,98]	0,070	0,47 [0,21-1,07]	0,537	0,84 [0,48-1,46]	0,643	1,10 [72,9-1,67]
Chef de ménage féminin	416	157	37,7% [29,9-46,3]	3,02	0,849	1,06 [0,58-1,93]	0,412	1,39 [0,63-3,03]	0,505	1,21 [0,69-2,13]	0,965	0,99 [0,65-1,52]
Enfant masculin et chef de ménage féminin	201	73	36,3% [27,9-45,6]	1,71	0,177	0,51 [0,20-1,35]	0,471	1,65 [0,42-6,38]	0,607	0,79 [0,32-1,93]	0,052	1,84 [0,99-3,41]
Barrières d'accès au CSB	414	281	67,9% [59,0-75,7]	3,33	0,298	0,72 [0,39-1,33]	0,480	0,75 [0,34-1,66]	0,111	0,63 [0,36-1,11]	0,580	1,13 [0,73-1,76]
Fièvre	414	189	45,7% [38,8-52,7]	2,02	0,072	1,72 [0,95-3,13]	0,142	1,81 [0,82-3,98]	0,128	1,54 [0,88-2,69]	0,198	1,31 [0,87-1,99]
Diarrhées	413	146	35,4% [29,7-41,4]	1,54	0,170	1,52 [0,84-2,75]	0,050	2,17 [1,00-4,73]	0,072	1,67 [0,95-2,92]	0,009	1,77 [1,15-2,72]
Infection Respiratoire	413	187	45,3% [37,1-53,7]	2,87	0,114	1,61 [0,89-2,93]	0,252	1,58 [0,72-3,44]	0,072	1,67 [0,96-2,92]	0,086	1,44 [0,95-2,18]
Vacciné contre la rougeole	336	270	80,4% [69,0-88,3]	4,88	0,627	0,83 [0,38-1,78]	0,385	0,67 [0,27-1,66]	0,626	0,84 [0,41-1,71]	0,909	0,97 [0,54-1,72]
Vacciné par les 3 doses de Penta-3	377	157	41,6% [33,3-50,5]	2,91	0,810	0,93 [0,50-1,72]	0,991	1,00 [0,45-2,24]	0,956	1,02 [0,57-1,80]	0,819	1,05 [0,68-1,62]
Supplémenté par Vitamine A	354	298	84,2% [76,7-89,6]	2,71	0,174	0,58 [0,27-1,27]	0,012	0,33 [0,14-0,78]	0,031	0,46 [0,23-0,93]	0,284	0,72 [0,39-1,31]
Traité par Déparasitage	312	241	77,2% [69,1-83,8]	2,38	0,080	0,53 [0,26-1,08]	0,009	0,30 [0,12-0,74]	0,058	0,52 [0,26-1,02]	0,417	0,79 [0,45-1,39]
Recours thérapeutique dehors d'un CSB ou l'hôpital	201	38	18,9% [11,9-28,7]	2,26	0,312	1,59 [0,65-3,92]	0,300	1,91 [0,56-6,54]	0,525	1,34 [0,55-3,28]	0,008	2,81 [1,30-6,06]
Mère a achevé 5 consultations prénatals	327	122	37,3% [28,9-46,6]	2,79	0,415	1,32 [0,67-2,60]	0,476	0,70 [0,26-1,87]	0,652	1,16 [0,61-2,19]	0,956	1,01 [0,63-1,64]
Accouchement dehors d'un CSB ou l'hôpital	340	120	35,3% [26,3-45,5]	3,47	0,776	0,90 [0,45-1,80]	0,275	1,63 [0,68-3,92]	0,775	1,10 [0,58-2,08]	0,044	1,62 [1,01-2,59]
Repos après l'accouchement <3 mois	327	240	73,4% [62,6-82,0]	3,95	0,421	0,74 [0,36-1,53]	0,018	0,34 [0,14-0,83]	0,368	0,74 [0,38-1,44]	0,718	1,10 [0,66-1,85]

¹⁶⁷ Correlation est une technique statistique qui démontre si et comment les paires de variables sont liées. Une corrélation statistiquement significative est indiquée par une valeur de probabilité (valeur p) inférieure à 0,05.

Repos après l'accouchement <2 mois	327	120	36,7% [26,0-48,9]	4,72	0,578	0,81 [0,39-1,68]	0,700	0,82 [0,31-2,20]	0,572	0,82 [0,42-1,62]	0,974	0,99 [0,61-1,62]
Mère de l'enfant actuellement enceinte**	359	44	12,3% [8,5-17,4]	1,60	0,752	1,16 [0,46-2,95]	0,675	1,27 [0,41-3,94]	0,703	1,18 [0,51-2,72]	0,008	2,46 [1,27-4,76]
Enfant (<24 mois) était allaité(e) le jour précédent	185	168	90,8% [85,2-94,4]	1,10	0,538	0,66 [0,17-2,51]	0,543	1,92 [0,23-15,8]	0,629	0,74 [0,22-2,52]	0,029	0,30 [0,10-0,89]
Allaitement exclusif	47	28	59,6% [42,2-74,8]	1,30	0,369	0,59 [0,19-1,85]	N/A				0,073	0,47 [0,21-1,07]
Continuation d'allaitement a 1 an	39	35	89,7% [77,9-95,6]	0,69	colinéarité parfaite						0,346	0,38 [0,02-3,67]
Continuation d'allaitement a 2 ans	19	13	68,4% [40,6-87,3]	1,15	colinéarité parfaite						0,129	0,14 [0,01-1,76]
Utilisation des tisanes quand nouveau-né	187	33	17,7% [11,7-25,7]	1,54	0,090	2,36 [0,87-6,37]	0,091	2,78 [0,85-9,09]	0,016	3,19 [1,25-8,18]	0,909	0,95 [0,41-2,19]
Utilisation des tisanes quand nouveau-né et enfant masculin	92	13	14,1% [7,9-24,1]	1,17	0,275	2,29 [0,52-10,11]	0,658	1,69 [0,17-17,06]	0,430	1,83 [0,41-8,23]	0,490	0,61 [0,15-2,47]
Utilisation des tisanes quand nouveau-né et accouchement dehors d'un CSB ou l'hôpital	63	17	27,0% [15,0-43,5]	1,59	0,093	3,73 [0,80-17,34]	0,113	3,63 [0,74-17,81]	0,034	4,80 [1,13-20,41]	0,969	1,02 [0,32-3,24]
Initiation d'allaitement précoce	187	149	79,7% [68,3-87,7]	2,68	0,411	1,71 [0,48-6,14]	0,481	1,75 [0,37-8,26]	0,350	1,73 [0,55-5,48]	0,560	0,79 [0,35-1,76]
Perception de insuffisant production du lait maternel	182	45	24,7% [18,7-32,0]	1,07	0,124	2,06 [0,82-5,18]	0,553	1,42 [0,45-4,48]	0,182	1,81 [0,76-4,33]	0,368	1,39 [0,68-2,87]
Perception de insuffisant production du lait maternel et enfant masculin	91	27	29,7% [21,2-39,8]	0,92	0,075	3,01 [0,90-10,11]	0,174	3,67 [0,56-23,82]	0,032	3,81 [1,12-12,92]	0,288	1,70 [0,64-4,49]
Introduction aux aliments solides, semi-solides	19	14	73,7% [47,5-89,7]	colinéarité parfaite								
Garde d'enfant par un enfant <12 ans	348	41	11,8% [7,6-17,8]	2,08	0,602	1,28 [0,50-3,28]	0,871	1,11 [0,31-3,95]	0,990	1,01 [0,40-2,57]	0,835	1,08 [0,53-2,18]
Source d'eau amélioré	416	87	20,9% [11,8-34,3]	7,90	0,022	2,11 [1,11-4,01]	0,547	1,32 [0,54-3,23]	0,013	2,17 [1,18-4,00]	0,035	0,56 [0,33-0,96]
Visage et mains propres	400	133	33,3% [27,6-39,4]	1,55	0,010	0,36 [0,16-0,79]	0,084	0,34 [0,10-1,15]	0,072	0,51 [0,25-1,06]	0,001	0,35 [0,21-0,57]
Visage et mains propres et enfant masculin	194	59	30,4% [23,3-38,7]	1,36	0,163	0,45 [0,15-1,38]	colinéarité parfaite		0,272	0,53 [0,17-1,64]	0,019	0,43 [0,21-0,87]
Vêtements propres	399	101	25,3% [19,4-32,3]	2,16	0,083	0,48 [0,21-1,10]	0,304	0,52 [0,15-1,80]	0,408	0,72 [0,34-1,56]	0,001	0,41 [0,24-0,70]
Vêtements propres si enfant masculin	194	48	24,7% [17,7-33,5]	1,62	0,449	0,65 [0,21-2,00]	colinéarité parfaite		0,606	0,74 [0,24-2,32]	0,200	0,62 [0,29-1,29]
Récemment lavé	400	82	20,5% [14,8-27,7]	2,52	0,284	0,63 [0,27-1,47]	0,460	0,63 [0,18-2,16]	0,746	0,88 [0,41-1,91]	0,011	0,48 [0,27-0,84]

Récemment lavé <i>si enfant masculin</i>	194	31	16,0% [9,9-24,7]	1,91	0,783	1,18 [0,37-3,76]	<i>colinéarité parfaite</i>		0,842	1,13 [0,35-3,61]	0,361	0,67 [0,28-1,59]
Les animaux ou signes dans la zone de l'enfant	400	358	89,5% [80,2-94,7]	5,18	0,929	1,05 [0,39-2,81]	0,825	0,87 [0,25-3,05]	0,991	0,99 [0,39-2,52]	0,079	1,97 [0,93-4,18]
Les animaux ou signes dans la zone de l'enfant <i>et visage et mains pas propre</i>	400	247	61,8% [54,4-68,6]	2,15	0,036	2,08 [1,05-4,12]	0,134	2,14 [0,79-5,79]	0,120	1,67 [0,88-3,18]	0,001	2,90 [1,82-4,62]
Surcharge de travail de la mère	280	231	82,5% [75,6-87,7]	1,72	0,360	0,68 [0,30-1,55]	0,049	0,35 [0,13-0,99]	0,154	0,55 [0,24-1,25]	0,489	0,80 [0,42-1,52]
Surcharge de travail de la mère <i>si chef de ménage féminin</i>	102	81	79,4% [66,4-88,3]	1,76	0,430	1,89 [0,39-9,15]	0,808	1,31 [0,15-11,65]	0,625	1,50 [0,29-7,64]	0,548	1,37 [0,49-3,84]
Perception du capital social de la mère	340	102	30,0% [22,6-38,7]	2,63	0,312	1,42 [0,72-2,83]	0,105	0,36 [0,10-1,24]	0,609	1,19 [0,61-2,30]	0,118	0,67 [0,40-1,11]
Perception du capital social de la mère <i>si chef de ménage féminin</i>	132	31	23,5% [15,2-34,5]	1,68	0,378	1,68 [0,53-5,32]	0,356	0,37 [0,04-3,07]	0,348	1,69 [0,57-5,05]	0,092	0,44 [0,17-1,14]
Pouvoir de décision pour les dépenses pour le ménage	341	145	42,5% [34,3-51,2]	2,53	0,159	0,61 [0,30-1,22]	0,728	0,85 [0,35-2,10]	0,400	0,76 [0,40-1,44]	0,995	0,99 [0,63-1,58]
Pouvoir de décision pour les dépenses pour le ménage <i>si chef de ménage masculin</i>	210	71	33,8% [23,2-46,3]	3,14	0,522	0,74 [0,29-1,87]	0,876	1,10 [0,32-3,83]	0,620	0,36 [0,33-1,93]	0,287	0,71 [0,38-1,33]
Pouvoir de décision pour les dépenses personnelles	341	138	40,5% [32,1-49,5]	2,71	0,262	0,67 [0,33-1,35]	0,861	0,92 [0,37-2,28]	0,566	0,83 [0,44-1,58]	0,932	1,02 [0,64-1,62]
Pouvoir de décision pour les dépenses personnelles <i>et chef de ménage masculin</i>	210	63	30,0% [20,3-41,8]	2,90	0,847	0,91 [0,36-2,32]	0,672	1,31 [0,38-4,55]	0,930	0,96 [0,40-2,33]	0,397	0,76 [0,40-1,44]
Ménage polygame	416	26	6,3% [3,8-10,1]	1,64	0,690	1,25 [0,41-3,81]	0,544	0,53 [0,07-4,10]	0,948	1,04 [0,34-3,18]	0,999	1,00 [0,44-2,29]
Ménage migrateur	416	31	7,5% [4,2-13,0]	2,73	0,355	0,50 [0,11-2,17]	0,430	0,44 [0,06-3,37]	0,445	0,62 [0,18-2,13]	0,127	0,50 [0,21-1,22]
Ménage ≥7 membres	416	157	37,7% [30,6-45,5]	2,46	0,117	0,59 [0,31-1,14]	0,211	0,57 [23,5-1,38]	0,105	0,61 [0,33-1,11]	0,631	0,90 [0,59-1,38]
Ménage possède ≥1 volaille <i>et visage et mains pas propres</i>	223	124	55,6% [42,1-68,3]	3,96	0,674	0,86 [0,42-1,76]	0,289	0,62 [0,26-1,50]	0,353	0,73 [0,38-1,42]	0,389	0,79 [0,45-1,36]
Mère <19 ans	378	25	6,6% [4,0-10,7]	1,60	0,220	0,28 [0,04-2,14]	0,654	0,62 [0,80-4,88]	0,172	0,24 [0,03-1,85]	0,828	0,91 [0,39-2,14]
Age de la mère lors de la 1 ^{ère} grossesse <16 ans	341	87	25,5% [19,3-32,9]	2,04	0,866	0,94 [0,44-2,01]	0,845	1,10 [0,41-2,93]	0,598	0,82 [0,40-1,71]	0,895	0,97 [0,57-1,63]
Ménage a compté sur des aliments moins préférés et moins chers ≥ 5 de 7 jours	413	176	42,6% [32,9-53,0]	4,34	0,118	0,61 [0,33-1,13]	0,417	1,38 [0,64-2,99]	0,337	0,76 [0,43-1,33]	0,195	1,32 [0,87-2,00]
Ménage a emprunté de la nourriture ≥ 5 de 7 jours	413	100	24,2% [18,0-31,8]	2,65	0,785	1,10 [0,57-2,12]	0,734	0,85 [0,33-2,17]	0,758	1,10 [0,59-2,07]	0,452	1,20 [0,75-1,93]

Ménage a limité les portions aux heures de repas ≥ 5 de 7 jours	413	221	53,5% [43,9-62,8]	3,75	0,161	1,54 [0,84-2,82]	0,021	2,84 [1,17-6,86]	0,055	1,74 [0,98-3,08]	0,275	1,26 [0,83-1,92]				
Ménage a réduit le nombre de repas mangés dans la journée ≥ 5 de 7 jours	411	151	36,7% [27,0-47,7]	4,79	0,682	1,13 [0,62-2,06]	0,140	1,79 [0,83-3,89]	0,335	1,32 [75,3-2,30]	0,578	1,13 [73,7-1,73]				
Ménage a réduit la consommation des adultes pour les enfants de manger	413	300	72,6% [62,4-81,0]	4,51	0,294	1,46 [0,72-2,96]	0,042	3,56 [1,05-12,06]	0,088	1,80 [0,92-3,55]	0,762	0,93 [0,58-1,48]				
Ménage a mangé ≤2 groupes des aliments le jour précédent (SDAM)	416	309	74,3% [64,5-82,1]	4,25	0,309	1,46 [0,70-3,04]	0,719	0,85 [0,36-2,01]	0,444	1,30 [0,67-2,53]	0,527	1,17 [0,72-1,89]				
Ménage a mangé les céréales, pain, ou pâtes le jour précédent (SDAM)	416	253	60,8% [50,5-70,3]	4,37	0,541	0,83 [0,46-1,50]	0,131	0,55 [0,25-1,19]	0,244	0,72 [0,41-1,25]	0,797	0,95 [0,62-1,44]				
Ménage a mangé les légumes le jour précèdent (SDAM)	416	329	79,1% [70,5-85,7]	3,62	0,831	0,92 [0,45-1,90]	0,077	3,74 [0,87-16,2]	0,514	1,27 [0,62-2,57]	0,132	1,50 [0,88-2,55]				
Facteur du Risque Régression Linéaire					P / T Z-score			PB			-			T / A Z-score		
Indicateur	N	Moyenne [95% CI]	Ecart Type	Effet de Grappe	P- value	Coeff,	SE	P- value	Coeff,	SE	P- value	Coeff,	SE	P- value	Coeff,	SE
Distance ou CSB (heures)	416	1,68 [1,23-2,14]	1,45	10,25	0,384	0,03	0,04	0,184	-0,61	0,46				0,701	-0,20	0,05
Nombre de Consultations Prénatales	327	4,12 [3,94-4,30]	0,93	2,92	0,575	-0,04	0,07	0,136	1,13	0,75				0,642	0,04	0,09
Espacement de naissances (mois)	223	27,1 [24,7-29,4]	10,54	2,75	0,346	-0,01	0,01	0,277	0,09	0,09				0,712	-0,01	0,01
Période de repos après l'accouchement (semaines)	327	7,75 [6,72-8,78]	4,18	4,90	0,487	0,01	0,01	0,249	-0,20	0,17				0,524	-0,01	0,02
MAHFP (0-12 mois)	416	6,57 [5,87-7,28]	3,80	3,55	0,023	-0,03	0,01	0,007	-0,45	0,17				0,602	0,01	0,02
MAHFP (0-12 mois) si chef de ménage féminin	157	7,13 [6,26-8,00]	3,51	2,37	0,022	-0,07	0,03	0,008	-0,88	0,33				0,650	0,02	0,04
SDAM (0-12)	416	1,94 [1,63-2,24]	1,34	5,43	0,005	0,12	0,04	0,001	1,83	0,47				0,007	0,15	0,06
SDAM (0-12) si chef de ménage féminin	157	1,85 [1,51-2,18]	1,33	2,46	0,079	0,14	0,08	0,004	2,54	0,87				0,031	0,22	0,10
Nombre personnes dans le ménage	416	6,00 [5,40-6,60]	2,98	4,19	0,339	0,02	0,02	0,159	0,30	0,21				0,746	0,01	0,03

Nombre de bétail	336	4,19 [2,11-6,27]	10,1	3,50	0,454	0,01	0,01	0,647	0,04	0,08				0,746	0,01	0,01
Nombre des zébu	336	1,35 [0,57-2,13]	3,91	3,33	0,892	-0,01	0,02	0,871	0,03	0,18				0,976	0,01	0,02
Nombre des mutons	336	0,61 [0,26-0,97]	2,08	2,40	0,296	0,03	0,03	0,365	0,31	0,34				0,603	0,02	0,04
Nombre des chèvres	336	2,17 [0,81-3,54]	7,10	3,06	0,334	0,01	0,01	0,788	0,04	0,14				0,890	0,01	0,01
Nombre des cochons	336	0,06 [0,01-0,14]	0,40	3,36	0,025	-0,34	0,15	0,976	0,06	2,03				0,008	0,56	0,21
Nombre de volaille	336	3,30 [2,15-4,45]	6,93	2,29	0,099	0,01	0,01	0,053	0,19	0,10				0,325	0,01	0,01
rCSI (1-56)	411	28,97 [24,4-31,6]	17,1	4,50	0,511	-0,01	0,01	0,188	-0,05	0,04				0,552	-0,01	0,01
Quantité de l'eau par personne par jour (litres)	416	7,55 [6,65-8,45]	5,16	3,13	0,203	0,01	0,01	0,003	0,38	0,13				0,145	0,02	0,01
Age de la mère lors de la 1ere grossesse	341	17,28 [16,88-17,69]	3,02	1,52	0,115	0,03	0,02	0,187	0,31	0,23				0,634	0,01	0,03
Age de la mère lors de la 1ere grossesse si chef de ménage féminin	131	17,24 [16,36-18,12]	3,27	2,30	0,489	0,02	0,03	0,906	0,05	0,40				0,290	-0,05	0,04
Age de la mère	378	27,42 [26,47-28,37]	7,75	1,41	0,754	-0,01	0,01	0,246	0,10	0,09				0,448	0,01	0,01
MUAC FEFA (mm)	357	245,01 [240,60-249,43]	27,05	2,36	0,001	0,01	0,01	0,001	0,15	0,03				0,076	0,01	0,01
Durée de la migration (mois)	31	3,45 [1,42-5,49]	3,38	2,43	0,680	-0,03	0,07	0,276	0,78	0,70				0,726	0,03	0,08

Tableau 2 : Facteurs de risque comparés par sexe selon les ttests des variances égales

Indicateur	Prévalence garçons	Prévalence filles	Significatif selon ttest
Fièvre	43,0% [35,6-50,7]	48,1% [38,5-57,9]	0,296
Diarrhées	37,0% [30,1-44,5]	33,8% [25,9-42,8]	0,498
Infection Respiratoire	44,0% [35,5-52,9]	46,5% [36,6-56,6]	0,614
Vacciné contre la rougeole	81,6% [70,1-89,4]	79,2% [66,4-88,0]	0,581
Vacciné par les 3 doses de Penta-3	40,8%	42,5%	0,735

	[32,0-50,1]	[32,6-53,0]	
Supplémenté par Vitamine A	83,8% [74,1-90,4]	84,5% [77,3-89,8]	0,854
Traité par Déparasitage	79,3% [69,5-86,6]	75,3% [67,2-81,9]	0,399
Recours thérapeutique dehors d'un CSB ou l'hôpital	17,4% [10,6-27,1]	20,4% [11,6-33,4]	0,584
Enfant était allaité(e) le jour précédent	90,5% [68,2-97,7]	88,9% [63,1-97,4]	0,875
Utilisation des tisanes quand nouveau-né	14,1% [7,9-24,1]	21,1% [13,0-32,3]	0,217
Initiation d'allaitement précoce	79,4% [64,1-89,2]	80,0% [67,8-88,4]	0,912
Perception de insuffisant production du lait maternel	29,7% [21,2-39,8]	19,8% [12,1-30,6]	0,123
Garde d'enfant par un enfant <12 ans	13,9% [8,5-21,8]	9,7% [5,3-17,1]	0,230
Visage et mains propre	30,4% [23,3-38,7]	35,9% [28,2-44,5]	0,244
Habits propres	24,7% [17,7-33,5]	25,9% [18,3-35,2]	0,799
Récemment lavé	16,0% [9,9-24,7]	24,8% [17,3-34,1]	0,030
Les animaux ou signes dans la zone de l'enfant	90,2% [81,5-95,1]	88,8% [77,5-94,9]	0,656
Ménage a réduit la consommation des adultes pour que les enfants mangent	70,9% [59,2-80,3]	74,3% [63,6-82,7]	0,434

Tableau 3 : Groupes alimentaires les plus consommés par ménage

Groupe	Prévalence [95% CI]	Autres Exemples
Céréales, pain, pâtes	60,8% [50,5-70,3]	Principalement : riz, maïs Moins fréquents : sorgho
Pommes de terre, racines, tubercules	22,4% [14,6-32,6]	Principalement : manioc Moins fréquents : tubercules sauvages
Légumes	79,1% [70,5-85,7]	Principalement : citrouille, tomate, feuille de citrouille, feuille de manioc, feuille de patate douce Moins fréquents : carotte, feuille de cactus, feuilles sauvages
Fruits	34,9% [24,0-47,5]	Principalement : fruit de cactus, pastèque Moins fréquents : mangue
Viande, volaille	1,9% [0,6-5,7]	Principalement : zébu Moins fréquents : poulet
Œufs	1,0% [0,3-3,2]	Principalement : œufs des poulets
Poisson	4,6% [2,4-8,5]	Principalement : poisson d'eau douce Moins fréquents : poisson d'eau salé

Légumineuses, noix	12,0% [7,5-18,6]	Principalement : haricots Moins fréquents : arachides
Lait, produits laitiers	2,6% [1,3-5,3]	Principalement : lait de vache, <i>habobo</i> (lait de vache fermenté) Moins fréquents : lait de chèvre
Huile, graisse	13,2% [8,2-20,6]	Principalement : huile végétal
Sucre, miel	7,5% [3,4-15,8]	Principalement : sucre (ajouté dans le café ou le thé)
Autres comme les épices, le café, le thé	32,7% [22,7-44,5]	Principalement : café, thé, gingembre, carry Moins fréquents : crickets

Tableau 4: Associations supplémentaires

Indicateur 1	Prévalence [95% CI]	Indicateur 2	Prévalence [95% CI]	Pearson Chi ²	P-value
Accouchement dehors d'un CSB ou l'hôpital	34,5% [25,5-44,8]	Utilisation des tisanes quand nouveau-né	17,7% [11,7-25,7]	5,27	0,022
Accouchement dehors d'un CSB ou l'hôpital	34,5% [25,5-44,8]	Initiation d'allaitement précoce	79,7% [68,3-87,7]	1,96	0,161
Age de la mère lors de la 1ere grossesse <16 ans	25,5% [19,3-32,9]	Utilisation des tisanes quand nouveau-né	17,7% [11,7-25,7]	1,11	0,292
Les animaux ou signes dans la zone de l'enfant	89,5% [80,2-94,7]	Visage et mains propre	33,3% [27,6-39,4]	7,74	0,005
Ménage possède ≥1 cochon(s)	2,4% [0,7-7,9]	Visage et mains propre	33,3% [27,6-39,4]	0,14	0,706
Ménage possède ≥1 volaille	54,2% [42,3-65,5]	Visage et mains propre	33,3% [27,6-39,4]	0,60	0,437

C. GUIDE QUALITATIF

Note d'information¹⁶⁸

Analyse causale de la sous-nutrition Link NCA dans le district d'Amboasary Sud, Région Anosy fait partie du projet intégrant la réponse nutritionnelle et de l'eau, assainissement et de l'hygiène à la sécheresse au sud de Madagascar, mis en œuvre par Action Contre la Faim (ACF) et financé par le Bureau d'Assistance aux Urgences Internationales de l'Agence des Etats Unis pour le Développement Internationale (USAID-OFDA).

Nom du chercheur principal: Lenka Blanárová

INVITATION: Nous aimerions que vous participiez à une étude menée par Action Contre La Faim, une organisation non gouvernementale, qui lutte contre les causes et les effets de la faim dans près de 50 pays du monde, y compris Madagascar. L'organisation possède une expertise dans le domaine de la santé et de la nutrition, y compris la santé mentale et les pratiques de soins, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, ainsi que la sécurité alimentaire et les moyens d'existence.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE: L'objectif de cette étude est d'améliorer notre compréhension des causes de la sous-nutrition dans le district d'Amboasary. Nous espérons que cette étude nous aidera à identifier les facteurs de risque déclenchant la sous-nutrition dans votre communauté de manière qu'ensemble, et avec la participation des autorités locales et des autres partenaires, nous puissions réduire la sous-nutrition à l'avenir. L'étude se déroulera du 17 Novembre au 15 Décembre 2018 dans cinq communautés échantillonnées du district.

PROCEDURE: Nous aimerions passer 6 jours consécutifs à compter d'aujourd'hui dans votre communauté. Nous partagerons une planification détaillée de nos activités afin de faciliter la sélection et la mobilisation des participants pour des entretiens et des discussions de groupe. L'étude concernera principalement les parents d'enfants de moins de 5 ans, mais d'autres informateurs clés pourraient être sollicités. Toute personne désirant partager son opinion en dehors des entretiens prévus et des discussions de groupe peut s'adresser à l'équipe d'étude pour le faire. L'équipe chargée de l'étude aimerait également effectuer un certain nombre d'observations et de visites de ménages dans votre communauté, si possible, afin que nous puissions mieux comprendre vos défis quotidiens. Les discussions des groupes de discussion seront organisées autour de thèmes tels que la santé, la nutrition, les pratiques de soins, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance, ainsi que le genre. 8-12 personnes doivent participer à chaque discussion de groupe, comme indiqué dans la planification détaillée partagée. Il convient de noter que nous ne serons pas en mesure d'accueillir plus de personnes à la fois. Les participants sont priés de se présenter à l'heure afin de ne pas retarder les discussions des groupes suivantes. Au nom de votre communauté, acceptez-vous d'assister à cette étude? Avez-vous des questions? Si tel est le cas, nous aurons besoin de vous pour désigner un mobilisateur communautaire. Ce doit être une personne connue et respectée par tous les membres de votre communauté. Le rôle de cette personne sera de mobiliser les participants pour des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe, comme indiqué dans notre planification détaillée. De préférence, la sélection des participants sera coordonnée avec vous. Veuillez noter qu'il est préférable que les participants sélectionnés assistent à une seule

¹⁶⁸ Utilisé comme une ouverture de chaque échange avec des informateurs clés, qu'il s'agisse d'un entretien semi-directif ou d'une discussion de groupe. Les phrases en gris ne sont relatives que pour une première réunion avec les leaders communautaires.

discussion de groupe. S'ils souhaitent contribuer plus d'une fois, cela n'est autorisé que si cela concerne différents sujets. Cependant, nous souhaitons parler avec autant de membres de la communauté que possible et pour cette raison, il serait préférable si plus de personnes du village soient mobilisées pour participer. Veuillez noter que la participation d'un mobilisateur de communauté ne sera pas rémunérée et doit être entièrement volontaire.

Veuillez noter qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse à nos questions, pas de bonne ou de mauvaise opinion et pas de bonne ou de mauvaise façon de faire les choses. Nous sommes sincèrement intéressés à plonger dans votre vie quotidienne et à apprendre davantage sur vos croyances et vos pratiques. Si vous acceptez de participer, nous vous demanderons environ une heure de votre temps.

CONFIDENTIALITÉ: Nous ne vous demanderons pas votre nom et ne partagerons pas le contenu de notre discussion avec d'autres personnes de votre communauté. Votre nom n'apparaîtra pas dans notre étude et personne ne pourra identifier ce que vous avez partagé avec nous.

RISQUES: Malheureusement, mis à part notre sincère reconnaissance, nous ne pouvons rien vous promettre en échange de votre participation à cette étude. La participation à cette étude ne garantit pas votre sélection dans les activités futures d'Action Contre la Faim et ne devrait pas non plus avoir d'effet négatif sur votre participation aux activités en cours. Toutefois, pendant les discussions de groupe, nous partagerons avec vous de l'eau et des collations que vous pourrez choisir de rapporter à la maison, si vous le souhaitez.

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ: La participation à cette étude est votre choix. Vous êtes libre d'arrêter l'entretien ou de quitter le groupe de discussion à tout moment. Votre participation est entièrement volontaire. Si vous ne souhaitez pas répondre à une question, vous pouvez refuser de le faire et nous passerons à une autre question. Si vous avez des questions sur nous ou sur le travail que nous effectuons, vous pouvez nous le demander à tout moment.

CALENDRIER SAISONNIER¹⁶⁹

Un calendrier saisonnier est un diagramme des changements au cours des saisons - généralement sur une période de 12 mois. Les calendriers saisonniers sont utiles pour identifier les tendances saisonnières - par exemple, l'évolution de la disponibilité des ressources, telles que la nourriture ou le revenu, tendances de travail et flux migratoire; pour explorer les relations entre différentes tendances de changement - par exemple, la relation entre les niveaux de revenu et les mouvements de populations clés pour le travail; pour identifier quand les personnes peuvent être particulièrement vulnérables; pour explorer les schémas saisonniers de bien-être et de difficultés et la manière dont différentes personnes sont affectées; ou pour identifier quand les personnes sont particulièrement vulnérables à l'infection.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations saisonnières pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera abordé. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un format d'un calendrier saisonnier imprimé, décrivant douze mois d'une année universelle. Au cours des discussions de groupe, les participants seront invités à définir le mois pendant lequel chaque facteur de risque est le plus important et les causes précises de ces changements.

¹⁶⁹ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 19 & 20 (<https://www.aidsalliance.org/>).

CALENDRIER HISTORIQUE

Un calendrier historique est un diagramme qui montre l'évolution sur une certaine période. Aux fins de cette étude, une période de 10 à 15 ans sera considérée. Toutefois, si les participants mentionnent des événements clés antérieurs à la période de 15 ans, ils seront également notés. Un calendrier historique est utile pour explorer les changements au fil du temps dans une situation particulière et les raisons de ce changement. Cela peut inclure des changements de comportement, de connaissances et d'attitudes dans une communauté. C'est également utile pour explorer les conséquences d'un événement particulier ou pour évaluer l'efficacité (impact) d'un projet ou d'une initiative communautaire.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche explorera les variations historiques pour chaque facteur de risque, tandis que le sujet sera discuté. Les facteurs de risque respectifs seront listés sur un modèle dessiné à la main d'un calendrier historique (format A2), décrivant 15 années universelles. Au cours des discussions des groupes de discussion, les participants seront invités à définir en quelle année chaque facteur de risque était le plus importante et préciser les causes de ces changements. Tous les événements importants qui ont marqué la vie dans une communauté de manière positive ou négative, qu'il soit politique, socio-économique, environnemental ou autre, seront considérés comme des déclencheurs potentiels. L'objectif sera de capter des tendances fondées sur les connaissances de la communauté et d'identifier éventuellement des corrélations entre divers facteurs de risque.

NARRATION¹⁷⁰

La narration implique des participants discuter les histoires « typiques » de leur communauté. Cette approche permet d'ouvrir des discussions sur des sujets sensibles de manière non menaçante et d'identifier les situations et les problèmes de la vie réelle qui affectent les membres de leur communauté. Il est utile d'explorer ce que les gens pensent de ces situations et quelles mesures ils aimeraient prendre.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche introduira des histoires réelles au cours de discussions de groupe afin de tester le point de vue des participants sur des sujets particulièrement sensibles et/ou de tester leurs réponses données dans le cadre d'un échange classique de questions-réponses. Le but de cette méthode sera de détourner l'attention d'eux (ce qui peut les rendre mal à l'aise) et plutôt de les impliquer en tant qu'observateurs et conseillers d'autres personnes dans des situations reflétant leur réalité quotidienne.

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

Le Tableau des activités quotidiennes trace comment les gens passent leur temps au cours d'une journée typique. Il est utile pour explorer comment les hommes et les femmes passent leur journée, pour évaluer leur charge de travail et pour discuter de leurs différents rôles et responsabilités ou explorer les facteurs qui influent ces différences.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera des images imprimées des activités quotidiennes dans une communauté donnée et demandera aux participants des discussions de groupe de les arranger chronologiquement, commençant par l'heure habituelle de réveil et terminant par l'heure habituelle de sommeil. Cela sera fait séparément pour les hommes et les femmes. Tout autre groupe, tel que les enfants ou les personnes âgées, ou des groupes ayant

¹⁷⁰ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 58 (<https://www.aidsalliance.org/>).

des fonctions économiques différentes (agriculteurs, éleveurs ou vendeurs au marché) peuvent être introduits, si cela est jugé pertinent.

COMPOSITION DES REPAS

Le Tableau de composition des repas montre ce que les gens mangent habituellement au cours d'une journée. Il est utile pour explorer la perception d'une bonne nutrition de la part de la communauté et la façon dont cela se reflète sur leurs habitudes alimentaires maintenant et dans des situations où l'argent ne serait pas un obstacle à l'achat des aliments souhaités. Aux fins de la présente étude, trois scénarios seront envisagés: la consommation alimentaire typique pendant une période de soudure, la consommation alimentaire typique pendant une période post-récolte et la consommation alimentaire typique lorsque l'argent ne constitue pas un obstacle.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe d'étude présentera un graphique dessiné à la main (format A2), divisé en trois colonnes, représentant chaque scénario. Il sera demandé aux participants d'une discussion de groupe de dire combien de repas ils mangent par jour au cours de chaque scénario et quels repas ils mangent à ces moments de la journée.

DÉPENSES MÉNAGÈRES

Les dépenses ménagères est un exercice participatif, dont le principal objectif est de montrer comment le revenu des ménages est réparti pour couvrir ses dépenses. Cela peut révéler les priorités du ménage en termes de dépenses, identifier les comportements néfastes ou les mécanismes de prise de décision au sein du ménage.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera un ensemble d'images imprimées représentant différents types de dépenses ordinaires engagées par un ménage dans une communauté donnée. Ces images seront placées devant les participants. Les participants recevront également un ensemble de cailloux représentant l'argent qu'un ménage dispose pour couvrir ces dépenses. Le rôle des participants sera de répartir les revenus entre différents groupes de dépenses, comme ils le feraient dans la vie réelle.

ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE¹⁷¹

Cet outil permet à dessiner l'histoire du voyage d'une personne en quête d'un rétablissement de sa santé sur une période donnée. Il s'agit de suivre l'évolution de la santé de la personne depuis qu'il est tombé malade, en indiquant les différentes options de traitement explorées afin de guérir. L'itinéraire thérapeutique est un exercice participatif, qui permet d'ouvrir une discussion sur les traitements traditionnels et non traditionnels de manière non menaçante. Cela permet également d'explorer la compréhension des personnes sur des maladies récurrentes, qui essentiellement influence leur choix de traitement. De plus, l'outil permet d'explorer les obstacles à l'accès à un traitement biochimique disponible dans les établissements de santé soutenus par l'État.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera une feuille de papier vierge (format A2) et demandera aux participants d'expliquer leur parcours de santé typique en cas de maladies récurrentes, qui sera tracé sur cette feuille de papier. L'objectif est d'identifier si leur connaissance de ces maladies déclenche la même réaction et/ou certaines différences existent. Une attention particulière sera accordée à la compréhension et au traitement de la sous-nutrition chez l'enfant.

¹⁷¹ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 17 (<https://www.aidsalliance.org/>).

BOÎTES DE GENRE¹⁷²

Cet outil consiste en participants plaçant des femmes et des hommes « typiques » dans des « boîtes de genre » et identifiant les rôles, qualités et comportements attendus d'eux. Il s'agit d'explorer ce qui se passe si une femme ou un homme sort de sa boîte et ne fait pas ce qu'on attend d'eux. Le but de cet exercice est d'explorer de manière non menaçante l'origine de ces rôles, qualités et comportements et des pressions qu'ils entraînent. Cela permet également d'identifier quels rôles, qualités et comportements doivent être changés et comment cela peut être fait. Les boîtes de genre sont particulièrement utiles pour explorer des questions liées à la vulnérabilité de genre, au pouvoir et aux traditions culturelles.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera une feuille de papier vierge (format A2) et demandera aux participants de tracer deux boîtes de même taille côte à côte. L'un représentera une femme et l'autre un homme. Les participants seront ensuite invités à placer toutes les qualités, tous les rôles et tous les comportements attendus d'eux à l'intérieur de la boîte. Toute qualité, rôle ou comportement qui ne correspond pas aux attentes de la société devra être dessiné à l'extérieur de la boîte. Une fois terminé, les participants seront invités à comparer et à discuter de ce que les encadrés de genre montrent.

JEU D'ACCORD/DÉSACCORD¹⁷³

Cet outil consiste en participants exprimant leur accord ou leur désaccord avec différentes déclarations relatives aux facteurs de risque étudiés dans leur communauté. Le jeu d'accord/désaccord est très interactif. Il peut servir à dynamiser et à ouvrir des échanges plus structurés, qui suivront. Cela aide les personnes à explorer leur attitude vis-à-vis des problèmes clés de leur communauté de manière animée et non menaçante. Le jeu d'accord/désaccord est particulièrement utile pour explorer les attitudes à l'égard du genre, des traditions culturelles et de la stigmatisation. Cela peut également fournir une couche supplémentaire de la compréhension au chercheur dans la communauté, qui dépend de l'aide humanitaire et dont les réponses à différentes questions peuvent être biaisées par les attentes d'une aide de suivi.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe chargée de l'étude placera trois affiches imprimées avec des émoticônes devant les participants des discussions de groupe. Chaque signe représentera "Je suis d'accord 😊", "Je ne suis pas d'accord ☹️" ou "Je ne suis pas sûr". L'équipe de recherche lira ensuite les déclarations préparées à l'avance sur un sujet traité et demandera aux participants de se placer à côté d'un panneau indiquant leur opinion sur le sujet. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils se tiennent près de différents signes. Ils seront également encouragés à essayer de se persuader et de changer d'avis s'ils le souhaitent. Une fois que toutes les déclarations seront utilisées, les participants seront encouragés à discuter de ce que le jeu a montré.

COURAGE DE CHANGER¹⁷⁴

Cet outil consiste en participants se plaçant en différents points le long d'une ligne pour montrer à quel point il est « facile » ou « difficile » d'adopter certains comportements ou d'apporter des changements en fonction des défis rencontrés dans leurs communautés. Utilisant « Courage de changer » contribue à créer un environnement non menaçant, dans lequel les participants peuvent exprimer librement ce qu'ils pensent de certains messages de sensibilisation censés améliorer leur

¹⁷² Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 25 (<https://www.aidsalliance.org/>).

¹⁷³ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 36 (<https://www.aidsalliance.org/>).

¹⁷⁴ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 39 (<https://www.aidsalliance.org/>).

qualité de vie. L'exercice permet aux participants d'identifier les obstacles auxquels ils sont confrontés en relation avec les comportements suggérés, ce qui conduira éventuellement à une compréhension plus profonde de l'écart entre la connaissance et la pratique. Cela peut être particulièrement utile pour les organisations mettant en œuvre des projets axés sur le changement de comportement.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche tracera une ligne par terre. Une extrémité représentera « facile » tandis que l'autre extrémité signifiera « difficile ». L'équipe de recherche introduira ensuite les comportements prédéfinis, qui devraient être adoptés par la communauté. Les participants seront invités à se positionner à cette extrémité de la ligne qui représente leur attitude à l'égard du comportement indiqué, c'est-à-dire s'il est facile ou difficile à adopter. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils ressentent cela à propos de ces comportements et quoi les rend faciles/difficiles à adopter.

JEU DE RISQUES¹⁷⁵

Cet outil consiste en participants identifiant un risque perçu lié aux certains comportements le long d'une ligne montrant un risque faible à élevé. L'utilisation du jeu de risques permet d'explorer les connaissances et les attitudes des personnes concernant les niveaux de risque liés à leur comportement actuel et/ou au comportement suggéré par le biais d'activités de sensibilisation. À cet égard, l'outil peut aider à identifier les zones de comportement à risque qui pourraient nécessiter une priorité pour des actions futures. Un jeu de risques est particulièrement utile pour sensibiliser la communauté en général à la prévention des maladies, notamment en ce qui concerne l'allaitement maternel, les pratiques de soins et d'hygiène.

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche tracera une ligne par terre. Une extrémité représentera un « risque faible » tandis que l'autre extrémité signifiera un « risque élevé ». Ensuite, l'équipe de recherche introduira les comportements préparés à l'avance, qui sont courants dans la communauté ou qui devraient être adoptés par celle-ci. Il sera demandé aux participants de se positionner sur un flashcard décrivant le risque du comportement concerné comme perçu par eux, c'est-à-dire s'il est dangereux ou pas de pratiquer ou pas pratiquer certains comportements. Les participants seront encouragés à expliquer pourquoi ils ressentent cela à propos de ces comportements.

GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

1. Comment décririez-vous un enfant en bonne santé? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? (Cf. [Flashcards des maladies infantiles](#))
2. Ces maladies sont-elles présentes dans votre communauté? Lesquels sont les plus courantes? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/bilharziose, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme)
3. Est-ce qu'elles changent au cours des saisons? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
4. Comment sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
5. Quelles sont les causes de ces maladies? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/bilharziose, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme)
6. Comment ces maladies sont-elles traitées? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (NB: A tracer pour chaque maladie de manière indépendante. Informez-vous sur les différences en saison sèche/pluvieuse)

¹⁷⁵ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 55 (<https://www.aidsalliance.org/>).

7. Les options de traitement sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
8. Comment décidez-vous quel traitement de choisir? Qui vous conseille?
9. Quels traitements traditionnels existent dans et autour de votre communauté? Lesquels utilisez-vous?
10. Comment soignez-vous un enfant malade? (PISTE DE RECHERCHE: Allaitiez-vous un enfant malade? Pourquoi/Pourquoi pas? Le nourrissez-vous moins/plus? Quels types d'aliments ne peuvent pas être donnés à un enfant malade? Pourquoi?)
11. Certains enfants de votre communauté sont-ils plus malades que d'autres? Est-ce que vous savez pourquoi? Comment les décririez-vous?
12. Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Combien d'effort faut-il pour le faire tous les jours?
13. Où se trouve le centre de santé/hôpital la plus proche? Combien de temps cela vous prend-il pour y arriver? Votre accès change-t-il selon la saison? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
14. Combien ça coûte pour y arriver? Combien coûte le traitement? Les médicaments sont-ils facilement disponibles?
15. Quelles sont les heures d'ouverture des centres de santé? Le personnel est-il disponible en cas d'urgence? Comment les contactez-vous?
16. Quels types de services sont disponibles dans le centre de santé le plus proche? Lesquels utilisez-vous? Pourquoi?
17. Le personnel sait-il comment traiter les maladies fréquentes dans votre communauté? Est-ce qu'ils parlent votre langue? Sont-ils gentils?
18. Qu'est-ce qui vous motive à rechercher un traitement dans le centre de santé? Qu'est-ce qui vous décourage de le faire? (PISTE DE RECHERCHE: qualité de soins, absence du personnel, manque de médicaments, pouvoir de décision, charge de travail, distance du centre de santé, etc.)

Recommandations

19. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
20. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
21. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
22. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
23. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
24. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
25. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#))
2. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
4. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce similaire ou différent des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
5. Avez-vous des enfants comme ça dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?

6. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
7. Pensez-vous que votre enfant peut devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas? (PISTE DE RECHERCHE: Quels comportements/pratiques peuvent induire/prévenir cette condition?)
8. Pensez-vous que vous pourriez devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas?
9. Connaissez-vous des femmes dans votre communauté qui sont comme ça? Si oui, pourquoi pensez-vous qu'elles sont comme ça?
10. Au cours de quelle saison/mois observez-vous plus d'enfants être comme ça? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
11. Depuis quand les enfants de votre communauté souffrent-ils de cette maladie? (Cf. [Calendrier historique](#))
12. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)
13. Que faites-vous pour garder votre enfant en bonne santé?
14. Quels défis rencontrez-vous pour garder votre enfant en bonne santé? Au cours de quelles saisons/mois cela devient-il plus difficile?
15. **Narration** : *XX a une fille née il y a deux ans. Elle l'allaitait au sein pendant la première année, complétant avec des tisanes et des concoctions pour laver ses intestines. Puis elle a commencé à lui donner à manger qu'elle a préparé pour le reste de la famille. Etant au champs bonne partie de la journée, XX a laissé sa fille avec sa grand-mère qui a été censée de la surveiller. Sa fille a commencé à perdre du poids et n'était plus intéressée à jouer avec d'autres enfants. XX a décidé de l'emmener chez un guérisseur traditionnel pour soigner sa fille avec des herbes médicinales. Cependant, sa fille ne va pas mieux.*
Que pensez-vous de cette histoire? XX a-t-elle pris des bonnes décisions? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment? Que suggèreriez-vous ensuite à XX?
16. **Narration** : *XX a un petit garçon. Elle l'a allaité pendant quelques mois mais elle a arrêté à 4 mois, lors du déplacement en transhumance avec son mari. Après quelques semaines son fils est tombé malade et nécessitait des soins. Etant loin du CSB le plus proche, son mari a lui conseillé d'attendre quelques jours. Quand l'état de sa santé ne s'améliorait, il se sont rendu au guérisseur traditionnel habitant pas loin de leur campement.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

Recommandations

17. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
18. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
19. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
20. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
21. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
22. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
23. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: NUTRITION

1. Qu'est-ce qu'un aliment de base dans votre communauté (que mangez-vous le plus?) Combien de fois par jour mangez-vous?

2. Y a-t-il eu des changements dans vos habitudes alimentaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
 3. Y a-t-il des changements dans vos habitudes alimentaires tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
 4. Que mangez-vous normalement pendant une journée pendant une période de soudure? (Cf. [Composition des repas](#))
 5. Que mangez-vous normalement pendant une journée pendant une période post-récolte? (Cf. [Composition des repas](#))
 6. Voudriez-vous manger différemment? Si oui, comment? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. [Composition des repas](#))
 7. Qui décide ce que vous mangez?
 8. Les habitudes alimentaires des enfants/femmes enceintes et allaitantes sont-elles les mêmes? Pourquoi/pourquoi pas?
 9. Quels aliments ne peuvent pas être consommés par les enfants/femmes enceintes et allaitantes? Pourquoi?
 10. Quels aliments ne peuvent pas être mangés par les filles/garçons? Pourquoi?
 11. *Narration: XX a 18 ans. Elle s'est mariée il y a environ trois ans. Elle est maintenant enceinte de son deuxième enfant. Elle suit les consignes de sa belle-mère par rapport l'alimentation soigneusement. Cependant, elle a remarqué qu'elle se sentait plus faible et se sentait parfois malade toute la journée. Elle s'est rendue au centre de santé et le personnel l'a encouragée à manger pour aider le bébé à grandir. Quand elle a dit à son mari qu'elle devait manger mieux pour rester en bonne santé, il a refusé.*
 Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment? Est-ce que la situation est applicable aux femmes allaitantes également?
 12. Quels aliments considérez-vous comme bons pour la santé? Pourquoi?
 13. Avez-vous accès à ces aliments dans votre communauté? Où y accédez-vous? (PISTE DE RECHERCHE : production propre/achat/aide alimentaire/autre)
 14. Est-ce que l'accès change tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
 15. Est-ce que l'accès a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
 16. Avez-vous assez des aliments pour nourrir votre ménage toute l'année?
 17. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
 18. Que pensez-vous des repas de deux enfants sur la photo? (Cf. [Images de repas équilibré/non équilibré](#))
 19. Que pensez-vous des repas de deux enfants sur la deuxième photo? (Cf. [Images des portions alimentaires](#))
 20. Comment diviseriez-vous cette nourriture dans votre famille? La famille mange-t-elle ensemble ou dans un ordre spécifique?
 21. *Narration: XX a un mari et 5 enfants. Les parents de son mari vivent avec eux. Un jour le mari lui a donné 500 birr pour préparer un repas du soir. XX a acheté du riz mais cela ne suffira pas à toute la famille. À l'heure du dîner, elle a réservé une assiette pour son mari et ses parents. Elle a donné le reste du repas à ses enfants aînés, deux garçons. XX et ses trois petites filles se couchent affamées.*
 Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?
- Recommandations**
22. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
 23. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)

24. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
25. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
26. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
27. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
28. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: ALLAITEMENT MATERNELT & ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

1. À quoi ressemble votre routine quotidienne avec un bébé? (Cf. [Flashcards IYCF & Pratiques de soins](#))
2. Votre routine change-t-elle au cours de la semaine? Si oui, comment?
3. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
4. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. [Calendrier historique](#))
5. Voulez-vous que la routine quotidienne change? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Est-ce que quelqu'un vous aide à s'occuper de vos enfants? Si oui, quand (quotidiennement/hebdomadairement/sporadiquement)?
7. Comment les pères sont-ils impliqués dans les activités de garde d'enfants? Que pensez-vous de leur implication? (suffisant/pas suffisant?) Pourquoi?
8. Quels défis rencontrez-vous lorsque vous vous occupez de vos enfants? (PISTE DE RECHERCHE: manque de connaissances/ressources/temps/autre)
9. *Narration: XX a 25 ans. Elle a quatre enfants. Le dernier est né il y a trois mois. Elle l'allaita quand elle est à la maison le matin et le soir. Entre temps, elle a des nombreuses activités dans le village (aller chercher de l'eau, ramasser du bois de chauffe, aller au marché, travailler sur le champs) et elle n'amène pas son bébé avec elle. Elle laisse le bébé avec sa belle-mère. Il y a quelques semaines, elle s'est rendue au centre de santé et le personnel lui a dit d'allaiter son bébé à la demande pour qu'il puisse bien se développer. Mais elle a tellement des choses à faire! Elle ne peut pas porter l'enfant toute la journée!*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

10. Quand mon bébé est né, la première chose que je lui donne à boire est la tisane.
11. Quand mon bébé est né, je le lave et le fais dormir.
12. Quand mon bébé est né, je l'allaita immédiatement.
13. Lorsque mon bébé est né, le premier lait dans mes seins n'est pas bon. Je le jette.
14. Quand j'allaita, je donne aussi de l'eau à mon bébé car il fait très chaud et le bébé a soif!
15. Quand j'allaita, je donne aussi à mon bébé du lait de vache/chèvre pour qu'il soit plus fort.
16. Quand j'allaita, je donne des tisanes à mon bébé pour qu'il grandisse bien.
17. Quand j'allaita, je n'ai pas assez du lait pour garder mon bébé heureux.
18. L'allaitement prend du temps.
19. Quand j'allaita, je me sens faible.
20. Quand j'allaita, j'ai mal aux seins.
21. Quand j'allaita, je mange plus.
22. Quand j'allaita, je mange moins.
23. Quand j'allaita, je mange tous les types d'aliments.
24. Quand j'allaita, je ne peux pas manger tous les types d'aliments.
25. Quand je suis enceinte, j'arrête d'allaiter.

26. Quand je travaille, mon lait est chaud et je ne peux pas allaiter mon bébé.
27. Je commence à donner à manger à mon bébé à l'âge de 4 mois.
28. Je commence à donner à manger à mon bébé à l'âge de 8 mois.
29. Si je commence à donner à manger au bébé trop tôt, il sera moins résistant par la suite.
30. Je prépare des repas spéciaux pour mon bébé.
31. Je nourris mon bébé avec la nourriture que je prépare pour toute la famille.
32. Pendant les repas, j'aide mon bébé à manger.
33. Pendant les repas, ce sont les enfants plus âgés qui aident mon bébé à manger.
34. Quand mon bébé ne veut pas manger, je ne le force pas.
35. Quand mon bébé pleure, je le prends dans mes bras pour le calmer.
36. Quand mon bébé pleure, je lui donne à manger.
37. Quand mon bébé pleure, je lui donne à boire.
38. Quand mon bébé pleure, je le laisse se calmer tout seul.
39. Quand mon bébé pleure, je le tape.

[Jeu de risques \(+ DEBRIEFING\)](#)

40. Allaitement maternel à la demande.
41. L'allaitement maternel quand une femme est enceinte.
42. Allaiter quand une femme est chaude ou malade.
43. Manger peu pendant l'allaitement.
44. Donner des tisanes au bébé avant l'âge de 6 mois.
45. Donner de l'eau au bébé avant l'âge de 6 mois.
46. Donner à manger au bébé avant l'âge de 6 mois.
47. Donner des repas familiaux au bébé.
48. Laisser un bébé avec des frères et sœurs plus âgés.
49. Laisser un bébé avec sa grand-mère/grand-père.
50. Lever la voix ou gifler un bébé lorsqu'il fait quelque chose de mal.

[Courage de changer \(+ DEBRIEFING\)](#)

51. Initiation précoce d'allaitement.
 52. Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.
 53. Allaitement à la demande.
 54. Préparer des repas spéciaux pour les bébés.
55. Que donnez-vous normalement à votre bébé tout au long de la journée? (Cf. [Composition des repas](#))
 56. Voudriez-vous lui donner autre chose? Si oui, comment? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. [Composition des repas](#))
 57. Les habitudes alimentaires des enfants sont-elles changées au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. [Calendrier historique](#))
 58. *Narration: XX a un petit garçon. Il est très actif. Il aime jouer. Il aime courir. Parfois, il est vraiment désobéissant. Pendant que le mari de XX migre pour trouver les pâturages pour nourrir leurs zébus, XX reste seule avec son petit garçon. Elle est maintenant enceinte de son deuxième enfant. Ce matin, le petit garçon s'est réveillé très énergique. Il chante et saute. XX vient de rentrer du point d'eau et a mis un bidon à côté de la porte. Pendant que le petit garçon courait partout, il a renversé le bidon et l'eau a inondé la cour. XX était vraiment fâchée et l'a giflé pour être méchant.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

Recommandations

59. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
60. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
61. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
62. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
63. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
64. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
65. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: MARIAGE, GROSSESSE & ESPACEMENT DES NAISSANCES

1. À quel âge les jeunes hommes se marient-ils dans votre communauté? Quel est l'âge habituel des femmes qu'ils épousent? Considérez-vous cela problématique? Pourquoi/pourquoi pas? Quelles sont les raisons pour se marier à cet âge?
2. *Narration: XX a 13 ans. Elle a 7 autres frères et sœurs, elle est aînée. Ses parents ont lui préparé une chambre à coucher séparée pour pouvoir recevoir les visiteurs au cours de la journée ainsi que la nuit. Elle tombe enceinte le premier mois de cet arrangement et ses parents lui obligent à marier avec son cousin de 45 ans.*
Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Si vous étiez les parents de XX, que feriez-vous différemment?
3. Y a-t-il d'autres raisons pour le mariage précoce dans votre communauté?
4. *Narration: XX a 14 ans. Elle est belle et gentille et beaucoup de garçons sont intéressés à l'épouser. Un jour ses parents décident de la marier et invitent un homme de leur choix pour la rencontrer. XX refuse de l'épouser et quitte la maison. Elle s'installe chez sa tante et oncle dans le chef-lieu du district. Elle leur aide de vendre la marchandise sur le marché où elle rencontre un homme qui lui plait. Très peu après, elle tombe enceinte mais l'homme refuse sa responsabilité. Sa tante et oncle sa fâchent et l'obligent de retourner chez ses parents.*
Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Pourquoi pensez-vous que cela arrive? Comment la communauté perçoit-elle les relations sexuelles hors mariage (avant le mariage/pendant le mariage? Que feriez-vous si vous étiez XX? Que feriez-vous si vous étiez les parents de XX?
5. Quand pensez-vous une fille est prête à être mère (physiquement et émotionnellement?)
6. Qui conseille les femmes, et en particulier les adolescentes, pendant la grossesse?
7. Les couples dans votre communauté ont-ils des désaccords pendant le mariage? Sont-ils fréquents? Comment sont-ils gérés? Quelle est la cause de ces désaccords?
8. Combien d'enfants les membres de votre communauté ont-ils habituellement? Pourquoi?
9. *Narration: XX a 28 ans. Elle a épousé son mari il y a 12 ans. Depuis lors, elle a donné naissance à un enfant presque tous les ans. Sur 10 enfants, 3 sont décédés plutôt jeunes. Le mari de XX souhaite les remplacer afin qu'ils aient suffisamment de personnes pour travailler dans les champs. XX ne veut plus d'enfants, elle en a assez des grossesses successives. Elle a peur de dire à son mari qu'elle ne veut plus d'enfants parce qu'il dit qu'ils sont un cadeau de Dieu.*
Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela peut arriver dans votre communauté? Pourquoi pensez-vous que cela arrive? Que pensent les gens de l'espacement des naissances? Une femme est-elle impliquée dans une décision concernant plusieurs enfants? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous si vous seriez XX?
10. Quel est l'espacement des naissances habituel dans votre communauté? Comment vous sentez-vous à propos de cela? (Court/adéquat/long) Pourquoi?

Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

11. Quand je suis enceinte, je vais dans un centre de santé pour une consultation médicale.
12. Quand je suis enceinte, je vais à un guérisseur traditionnel pour une consultation médico-spirituelle.
13. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé, c'est trop loin.
14. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car le personnel y est rarement présent.
15. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car j'ai peur qu'ils fassent grandir mon bébé.
16. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé, car ils me donnent des conseils que je ne peux pas suivre.
17. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé parce que je n'ai pas d'argent.
18. Quand je suis enceinte, je ne vais pas dans un centre de santé car je n'ai pas le temps.
19. Quand je suis enceinte, je mange plus pour que mon bébé puisse grandir.
20. Quand je suis enceinte, je mange moins parce que je ne me sens pas bien.
21. Quand je suis enceinte, je mange moins parce que j'ai peur que mon bébé grandisse.
22. Quand je suis enceinte, je ne peux pas manger certains aliments.
23. Quand je suis enceinte, je travaille comme d'habitude.
24. Quand je suis enceinte, je travaille moins.
25. Je préfère accoucher à la maison.
26. Je préfère accoucher dans un centre de santé.
27. Après la naissance, je me repose au moins 6 semaines.
28. Après la naissance, je reprends mes activités après quelques jours.
29. Si je voulais espacer les naissances, je serais mal perçue dans ma communauté.
30. Si je voulais utiliser la planification familiale, mon mari doit me donner son accord.
31. Si j'avais recours à la planification familiale, je saignerais davantage et je ne pourrais plus avoir d'enfants.

Jeu de risques (+ DEBRIEFING)

32. Jeune femme ayant un bébé à 12 ou 13 ans.
33. Femme ayant un bébé à 40 ans.
34. Femme ayant un bébé tous les douze mois.
35. Femme qui tombe enceinte en allaitant son bébé.
36. Femme ne fréquentant pas les services de soins prénatals dans un centre de santé.
37. Femme ne suivant pas les interdits alimentaires pendant la grossesse.
38. Femme travaillant pendant la grossesse.
39. Femme accouchant à la maison.
40. Femme travaillant après l'accouchement.

Courage de changer (+ DEBRIEFING)

41. Avoir un premier enfant à 13 ans.
42. Avoir des enfants à environ deux ans d'intervalle.
43. Avoir moins d'enfants.
44. Utiliser des moyens de contraception différents.
45. Assister aux soins prénatals au centre de santé.
46. N'observer pas les interdits alimentaires pendant la grossesse.
47. Ne travailler pas pendant la grossesse.
48. N'observer pas les interdits alimentaires pendant l'allaitement.

Recommandations

49. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
50. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)

51. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
52. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
53. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
54. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
55. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: STATUT SOCIAL & CHARGE DE TRAVAIL DES FEMMES

1. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#))
2. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Comment vous sentez-vous?
4. Quand vous sentez-vous le plus occupé ou fatigué? Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Avez-vous quelqu'un pour vous aider?
5. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. [Calendrier historique](#))
6. Y a-t-il des différences dans les routines quotidiennes entre les différents ménages? Si oui, quelles différences? Qu'est-ce qui caractérise ces ménages?
7. Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des hommes?
8. Avez-vous fréquenté l'école quand vous étiez plus jeune? Quelles sont les raisons pour lesquelles les filles ne vont pas à l'école dans votre communauté? Quelles sont les raisons pour lesquelles ils abandonnent l'école?
9. Les femmes dans votre communauté peuvent-elles prendre leurs propres décisions? Si oui, que pouvez-vous décider vous-même? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale?)
10. Votre pouvoir de décision change-t-il lorsque vos maris migrent? Qui prend les décisions en leur absence?

(ou alternativement pour 9 & 10) Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

11. Je pourrais décider si je vais ou pas à l'école.
12. Je peux décider si mes enfants vont ou pas à l'école.
13. J'ai décidé quand je voulais me marier.
14. J'ai décidé avec qui je voulais me marier.
15. Je peux décider le moment où ma fille se mariera.
16. Je peux décider avec qui ma fille se mariera.
17. Ma fille décidera elle-même quand elle se mariera.
18. Ma fille décidera elle-même avec qui elle se mariera.
19. Mon mari décide comment je dépense de l'argent.
20. Je décide ce que je cuisine.
21. Mon mari me dit combien je peux dépenser pour les aliments.
22. Je ne prépare que des plats que mon mari aime.
23. Je ne peux pas décider sur mon travail, je dois faire tout ce que les femmes sont censées faire.
24. Mon mari a moins de responsabilités que moi.
25. Après la naissance, je peux me reposer pendant 6 semaines.
26. Quand je suis malade, je peux décider qui voir pour traiter ma maladie.
27. Quand mes enfants sont malades, je dois demander à mon mari qui voir pour traiter leur maladie.
28. Je peux dire à mon mari que je ne veux plus d'enfants.
29. Je peux décider sur toutes les affaires du ménage lorsque mon mari n'est pas à la maison.

30. Avez-vous été dans une situation où vous n'étiez pas satisfait de la décision prise à votre égard? Expliquez. Comment vous sentiez-vous?
31. Si vous avez un problème, qui allez-vous voir pour vous aider? Quelle a été la situation la plus récente lorsque vous avez eu besoin de l'aide de quelqu'un? Expliquez.
32. Quelles possibilités les femmes dans votre communauté ont-elles? (PISTE DE RECHERCHE: Quels rôles les jeunes femmes peuvent-elles aspirer à jouer dans leur communauté lorsqu'elles seront adultes?)
33. Que pensez-vous de ces possibilités - sont-elles suffisantes? Si non, que manque-t-il? Que voudriez-vous changer/faire différemment? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire?
34. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Y a-t-il eu un changement dans les relations communautaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
35. Quelles activités pratiquez-vous habituellement avec d'autres membres de la communauté? Y a-t-il des occasions que vous célébrez ensemble? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))

Recommandations

36. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
37. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
38. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
39. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
40. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
41. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
42. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: STATUT SOCIAL & CHARGE DE TRAVAIL DES HOMMES

1. A quoi ressemble votre routine quotidienne? (Cf. [Activités quotidiennes](#))
2. Votre routine change-t-elle au cours de l'année? Si oui, comment? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Comment vous sentez-vous?
4. Quand vous sentez-vous le plus occupé ou fatigué? Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Avez-vous quelqu'un pour vous aider?
5. La routine quotidienne a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Faites-vous les choses différemment de vos parents/grands-parents? Expliquez. (Cf. [Calendrier historique](#))
6. Y a-t-il des différences dans les routines quotidiennes entre les différents ménages? Si oui, quelles différences? Qu'est-ce qui caractérise ces ménages?
7. Comment votre quotidien diffère-t-il de celui des femmes?
8. Avez-vous fréquenté l'école quand vous étiez plus jeune? Quelles sont les raisons pour lesquelles les garçons ne vont pas à l'école dans votre communauté? Quelles sont les raisons pour lesquelles ils abandonnent l'école?
9. Les femmes de votre communauté peuvent-elles prendre leurs propres décisions? Si oui, que peuvent-ils décider eux-mêmes? (PISTE DE RECHERCHE: scolarité, mariage, dépenses ménagères, composition des repas, activités quotidiennes, charge de travail, repos après l'accouchement, traitement médical en cas de maladie, planification familiale?)
10. Leur pouvoir de décision change-t-il lorsque les maris migrent? Qui prend les décisions en leur absence?
11. Avez-vous été dans une situation où une femme n'était pas satisfaite de la décision qui avait été prise à son égard? Expliquez.
12. Quelles possibilités les hommes de votre communauté ont-ils? (PISTE DE RECHERCHE: Quels rôles les jeunes hommes peuvent-ils aspirer à jouer dans leur communauté lorsqu'ils seront adultes?)

13. Que pensez-vous de ces possibilités - sont-elles suffisantes? Si non, que manque-t-il? Que voudriez-vous changer/faire différemment? Qu'est-ce qui vous empêche de le faire?
14. Sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Y a-t-il eu un changement dans les relations communautaires au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
15. Aux quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? Y a-t-il des occasions que vous célébrez ensemble? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
16. Si vous avez un problème, qui allez-vous voir pour vous aider? Quelle a été la situation la plus récente lorsque vous avez eu besoin de l'aide de quelqu'un? Expliquez.

Recommandations

17. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
18. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
19. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
20. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
21. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
22. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
23. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: SOURCES DE REVENU & PRODUCTION AGRICOLE

1. Quelles sont les principales sources de revenu dans votre communauté (M/W séparément)?
2. Varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
3. Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
5. Aux quels défis faites-vous face en domaine d'agriculture? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/la terre, dégradation du sol, indisponibilité de semences/outils/savoir-faire/travail, coût du travail, maladies des plantes, accès au marché pour la vente, fluctuations des prix en période de semis/récolte, fluctuations de la demande sur le marché, exigences de qualité)
6. Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
7. Ces défis ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
8. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
9. Quelles conséquences ont-ils sur le revenu de votre ménage ?
10. Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles?

Recommandations

11. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
12. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
13. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
14. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
15. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
16. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
17. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?
18. Quels défis rencontrez-vous en domaine d'élevage? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/pâturage/vaccination, maladies animales, indisponibilité du savoir-faire, accès aux marchés pour la vente, fluctuation des prix, fluctuation de la demande sur le marché, exigences de qualité)
19. Ces défis varient-ils au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))

20. Ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
21. Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
22. Quelles conséquences ont-ils sur le revenu de votre ménage?
23. Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pour compenser les pertes éventuelles?

Recommandations

24. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
25. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
26. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
27. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
28. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
29. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
30. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: ACCES AU MARCHÉ, UTILISATION DE RESSOURCES & STRATÉGIES DE RÉSILIENCE

1. Quels marchés utilisez-vous normalement? Combien de temps cela vous prend-il pour y arriver?
2. Votre accès varie-t-il au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
3. Votre accès a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Qu'est-ce qui a provoqué le changement? Quelles conséquences cela a-t-il sur votre ménage?
5. Les produits sont-ils disponibles toute l'année? Si non, quoi et quand n'est pas disponible? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
6. La disponibilité du produit a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
7. Les prix des produits sont-ils stables toute l'année? Si non, quels prix des produits fluctuent? Quand? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
8. Les prix des produits ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
9. Comment utilisez-vous le revenu de votre ménage? (Cf. [Dépenses ménagères](#))
10. Qui prend la décision concernant les dépenses ménagères? (PISTE DE RECHERCHE: achats (diverses catégories) vs. vente de production agricole)
11. Le processus décisionnel change-t-il en l'absence du mari (Ex. migration)?
12. Les femmes reçoivent-elles une allocation hebdomadaire? Si oui, combien et pour quoi? Est-il suffisant? Pourquoi/pourquoi pas?
13. Les hommes et les femmes dépensent-ils différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
14. Où trouvez-vous habituellement vos aliments? (PISTE DE RECHERCHE: production agricole, achat, aide alimentaire, troc/échange, cueillette/chasse)
15. Est-ce que cela varie tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
16. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
17. Comment vous assurez-vous d'avoir suffisamment des aliments pour votre ménage tout au long de l'année?
18. Que faites-vous quand vous n'avez pas assez d'argent pour nourrir votre ménage? (PISTE DE RECHERCHE: déstockage, vente d'actifs productifs, vente, utilisation d'une dette excessive, réduction de l'apport alimentaire quotidien et du nombre de repas quotidiens, migration pour le travail, etc.)
19. Certains ménages de votre communauté sont-ils plus vulnérables à l'insécurité alimentaire? Pourquoi?

Recommandations

20. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
21. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
22. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
23. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
24. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
25. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
26. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: MIGRATION & SOLIDARITÉ COMMUNAUTAIRE

1. Comment décririez-vous l'accès à la terre dans votre communauté? (PISTE DE RECHERCHE: source (héritage/achat/crédit/bail/autre), propriété (M/F), taille, distance, accessibilité géographique et saisonnière, qualité, accès à l'eau/irrigation, taxes/redevances).
2. L'accès à la terre a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
3. Quelles conséquences l'accès à la terre a-t-il sur votre production agricole? (PISTE DE RECHERCHE: sélection des cultures, rotation des cultures, utilisation d'engrais naturels/chimiques)
4. Comment abordez-vous ces défis?
5. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à former des groupes/associations/organisations communautaires? Si oui, dans quel but? (PISTE DE RECHERCHE: adhésion (H/F), frais, activités, avantages, soutien externe (gouvernement, ONG)
6. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à économiser de l'argent/des ressources? Si oui, dans quel but? Que sauvent-ils? Combien?
7. Les gens de votre communauté ont-ils accès au crédit? Si oui, comment ça marche? (PISTE DE RECHERCHE: qui peut y accéder (H/F), fournisseur, montant, intérêt)
8. Les gens de votre communauté ont-ils tendance à avoir des dettes? Pourquoi? Combien? Que font-ils quand ils ne peuvent pas les rembourser?
9. Les membres de votre communauté ont-ils tendance à migrer? Si oui, qui migre? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
10. Les tendances migratoires dans votre communauté ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
11. Quelles sont les conséquences de la migration ou de l'évolution des flux migratoires sur les membres d'un ménage qui restent? (PISTE DE RECHERCHE: revenu, charge de travail, prise de décision, nutrition, santé, hygiène et pratiques de prise en charge de l'enfant)
12. Mis à part la migration pour des raisons d'élevage, les habitants de votre communauté ont-ils tendance à quitter le village pendant de longues périodes (semaines/mois)? Si oui, qui part? Où? Quand? Pour combien de temps? Pourquoi? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
13. Voyage-t-il avec des enfants? Si oui, quelles conséquences ce voyage a-t-il sur eux? (santé, pratiques de soins et d'hygiène)
14. *Narration: XX et YY sont mariés depuis environ sept ans. Ils ont 5 enfants. Ils ont un petit champ que XX a hérité de son père. Même pendant une bonne année, le champ ne donne pas assez de récoltes pour faire survivre sa famille pendant un an. XX doit donc quitter le village pendant trois à quatre mois pour travailler comme journalier. Malheureusement, c'est la période où il aurait besoin de travailler sur son propre champ. YY n'a pas donc le choix et doit travailler seule. C'est extrêmement fatigant et elle doit rester loin de ses enfants presque toute la journée. Parfois, c'est*

sa fille aînée, qui n'a que 6 ans, qui s'occupe d'autres enfants. Parfois, sa mère ou sa belle-mère l'aide. Cependant, c'est très dur sans que son mari ne soit pas là!

Que pensez-vous de cette histoire? Que pensez-vous de la situation de XX? Les femmes de votre communauté font-elles face aux mêmes difficultés? Pourquoi/pourquoi pas? Que feriez-vous différemment?

Recommandations

15. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
16. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
17. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
18. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
19. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
20. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
21. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSEMENT & HYGIÈNE

1. Où trouvez-vous de l'eau pour votre ménage? Utilisez-vous une source différente pour boire/cuisiner/se baigner/consommation animale/agriculture?
2. Votre source change-t-elle au cours de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
3. Votre source a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
4. Est-ce que quelqu'un gère cette source d'eau? Y a-t-il des conditions d'utilisation?
5. Avez-vous assez d'eau pour vos besoins tout au long de l'année? Si non, quand? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
6. L'accès à l'eau a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
7. Est-ce que tous les membres de la communauté ont le même accès à l'eau? Sinon pourquoi? Qui sont-ils?
8. Qui est responsable de chercher de l'eau pour le ménage?
9. Combien de temps faut-il pour avoir de l'eau? (NB: heure d'arrivée au point d'eau, file d'attente, heure de retour du point d'eau). Cela change-t-il tout au long de l'année? (Cf. [calendrier saisonnier](#))
10. Combien d'eau récupérez-vous pendant une journée? Cela change-t-il tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
11. Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#)) Comment? Pourquoi? Quelles sont les conséquences de ces changements?

Jeu d'accord/désaccord (+ DEBRIEFING)

12. L'eau dans ma communauté est bonne à boire.
13. L'eau dans ma communauté nous pose des problèmes d'estomac.
14. L'eau dans ma communauté rend les enfants malades.
15. L'eau dans ma communauté est claire.
16. Je me lave les mains et le corps le matin.
17. Je me lave mes mains après une visite au toilette.
18. Je me lave mes mains avant de cuisiner.
19. Je me lave les mains avant de manger.
20. Je ne me lave pas souvent les mains car il n'y a pas assez d'eau dans ma communauté.
21. Je ne me lave pas souvent les mains car je dois le conserver pour un autre usage.
22. Je ne pense pas avoir besoin de me laver les mains souvent, nous avons toujours vécu de cette façon.
23. J'achète du savon chaque fois que je vais au marché.

24. Le savon est vendu à un bon prix.
25. Je n'aime pas les latrines.
26. Je n'ai pas besoin de latrine à la maison. Je passe beaucoup de temps à travailler loin de chez moi.
27. Je n'ai pas besoin de latrine à la maison. Il est plus naturel de répondre à nos besoins à l'air libre.
28. Je lave mon bébé chaque fois qu'il est sale.
29. Je laisse mon bébé jouer à l'extérieur de la maison.
30. Il y a des animaux errant autour de ma maison.
31. Il y a des animaux errant dans ma maison.

Jeu de risques (+ DEBRIEFING)

32. Boire de l'eau au point d'eau aménagé.
33. Boire de l'eau dans le fleuve.
34. Boire de l'eau de pluie.
35. Laisser les réservoirs d'eau ouverts.
36. Laisser les mouches s'asseoir sur un plat de repas.
37. Manger sans se laver les mains.
38. Cuisiner sans se laver les mains.
39. Ne pas se laver les mains après la défécation.
40. Déféquer autour de la maison.
41. Nettoyage d'une latrine.
42. Bébé jouant dans la boue.
43. Bébé en contact avec des animaux domestiques.
44. Animaux errant dans la maison.

Courage de changer (+ DEBRIEFING)

45. Puisage de l'eau
46. Traitement de l'eau
47. Lavage des mains
48. Bains
49. Défécation à l'air libre
50. Utilisation d'une latrine
51. Nettoyage d'une latrine
52. Achat du savon
53. Nettoyage d'une maison
54. Nettoyage d'une cour
55. Lessive
56. Stockage de la nourriture

Recommandations

57. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
58. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
59. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
60. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
61. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
62. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
63. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: CROYANCES COMMUNAUTAIRES & ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION

1. Comment décririez-vous un bébé idéal? (taille/caractéristiques/comportement)
2. Que pouvez-vous faire pour avoir un tel bébé avant/après sa naissance?
3. L'image du bébé idéal a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? Pourquoi?
4. Sentez-vous une pression de votre famille/vos voisins/votre communauté pour avoir un bébé idéal? Si oui, que disent-ils/font-ils?
5. Que se passe-t-il si le bébé de quelqu'un ne répond pas à ce critère? Quelles sont les conséquences sur la réputation du ménage dans la communauté?
6. Avez-vous observé que certaines mères/pères s'occupent d'enfants différemment? Comment? Comment vous sentez-vous à propos de cela?
7. Avez-vous observé que certaines mères/pères négligent leurs enfants? Que font-ils ou ne font-ils pas? Pourquoi/pourquoi pas? Quelles sont les conséquences sur la croissance et le développement de ces enfants?
8. Selon vous, qu'est-ce qui est très important pour le bon développement des enfants? Est-ce que tous les parents le font? Pourquoi/pourquoi pas?
9. Que pensez-vous de la vaccination? (PISTE DE RECHERCHE: accès, disponibilité, acceptabilité culturelle, etc.)
10. Assistez-vous aux séances de sensibilisation organisées par des agents de santé ou des agents de développement communautaire de différentes ONG? Pourquoi/pourquoi pas?
11. Qui est invité à ces séances de sensibilisation? Y a-t-il d'autres personnes qui devraient être incluses? Pourquoi?
12. Que penses-tu des différents sujets dont ils parlent? Avez-vous les trouvés utiles/pertinents/facilement applicables? Pourquoi/pourquoi pas?
13. Avec quels comportements avez-vous particulièrement lutté? Pourquoi? (Avantages/désavantages)
14. Y a-t-il des personnes dans votre communauté qui n'approuvent pas de certains messages/comportements? Qui? Pourquoi? (APPROBATION)
15. Que devrait-on améliorer? (SOLUTIONS)
16. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
17. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITÉS LOCALES)
18. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
19. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
20. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (PERSONNEL DE SANTÉ)

1. Quel est votre rôle dans l'établissement de santé? Depuis quand travaillez-vous ici? Avez-vous occupé un poste similaire ailleurs? Si oui, où et pour combien de temps?
2. Que pensez-vous de votre position? (PISTE DE RECHERCHE: formation, supervision, charge de travail, disponibilité du matériel/médicament, lieu, salaire)
3. Quels types de services offrez-vous? Quels frais facturez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: soins prénatals, accouchement, soins postnatals, vaccination)
4. Quelles sont vos heures de travail/heures d'ouverture? Êtes-vous disponible en cas d'urgence? Comment les gens peuvent-ils vous joindre?
5. Quelle est votre routine quotidienne? Cela change-t-il tout au long de la semaine/du mois? Cela change-t-il tout au long de l'année? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Quels sont les défis auxquels vous faites face dans votre quotidien?
7. Comment la communauté perçoit-elle les services dans cet établissement de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Pourquoi?

8. Y a-t-il des services qu'ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
9. Connaissez-vous des obstacles qui pourraient les empêcher d'utiliser les services de cet établissement de santé? Si oui, que sont-ils?
10. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? Quelles sont leurs principales causes?
11. Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquentes? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
12. La prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
13. Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté et/ou l'itinéraire thérapeutique classique en cas de maladies infantiles fréquentes? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée/bilharziose, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme, malnutrition)
14. Est-ce que cela change tout au long de l'année? (Cf. [Calendrier saisonnier](#))
15. Est-ce que cela a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? (Cf. [Calendrier historique](#))
16. Proposez-vous des services liés au traitement de la malnutrition? Si oui, pouvez-vous expliquer comment cela est organisé? Y a-t-il des jours spécifiques quand le service est disponible?
17. Aux quels défis faites-vous face en relation avec le programme PECMA? (PISTE DE RECHERCHE: cas attendus/charge de travail, dépistage, ruptures de stock, perception de la communauté, etc.)
18. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
19. La malnutrition est-elle stigmatisée dans cette communauté? Si oui, comment?
20. Quelles catégories d'enfants sont les plus vulnérables à la sous-nutrition? Pourquoi?
21. Y a-t-il des enfants dans ces catégories qui ne sont pas mal nourris? Si oui, pourquoi? Qu'est-ce que leurs parents font différemment?
22. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont-ils confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Comment pensez-vous que cela est lié à la sous-nutrition?

Recommandations

23. Avez-vous essayé de résoudre ces problèmes individuellement/collectivement au niveau de la communauté? Si oui, comment?
24. Comment pensez-vous qu'ils pourraient être résolus? (SOLUTIONS)
25. Y a-t-il des obstacles pour y arriver? (OBSTACLES)
26. Que pourrait-on faire de votre côté? (CAPACITES LOCALES)
27. De quoi avez-vous besoin pour y arriver? (BESOINS)
28. Quelle solution devrait avoir la plus grande priorité? Quelle est l'action la plus importante à prendre? (PRIORISATION)
29. Qui devrait être ciblé par cette action en priorité? Pourquoi?

GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (GUÉRISSEUR/ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE)

1. Quel est votre rôle dans la communauté? Depuis combien de temps vivez-vous ici? Avez-vous aussi vécu ailleurs? Si oui, où, quand et pourquoi?
2. Quels types de services offrez-vous? Comment les gens peuvent-ils vous joindre?
3. Quels sont les principaux défis auxquels font face les membres de cette communauté?
4. Quelles conséquences ces défis ont-ils sur leur santé? Pourquoi?
5. Que penses-tu des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#))

6. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire de tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
7. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
8. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce qu'elle est similaire ou différente des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
9. Avez-vous des enfants comme celui-ci dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?
10. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge/sexe sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
11. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)
12. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Est-ce qu'ils sont liés à la sous-nutrition? Si oui, comment et pourquoi?
13. Existe-t-il des croyances locales pouvant être liées à ces défis? Si oui, lesquelles? Que pensez-vous d'eux? Ont-ils besoin d'être strictement suivis? Pourquoi/pourquoi pas?
14. Ont-ils été suivis de la même manière au cours des 10-15 dernières années? Si non, qu'est-ce qui a changé? Pourquoi? (Cf. [Calendrier historique](#))
15. S'il est démontré que ces pratiques ont des conséquences mettant la vie en danger, que pouvez-vous/la communauté faire?
16. Avez-vous entendu des histoires dans le passé où certaines croyances locales devaient être reconsidérées? Si oui, quelles croyances concernaient-elles? Comment a-t-il été géré? Pensez-vous que cela pourrait être répliqué? Pourquoi/pourquoi pas?

GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ & NUTRITION (AUTORITÉS RELIGIEUSES)

1. Quel est votre rôle dans la communauté? Depuis combien de temps vivez-vous ici? Avez-vous aussi vécu ailleurs? Si oui, où, quand et pourquoi?
2. Quels types de services offrez-vous? Comment les gens peuvent-ils vous joindre?
3. Quels sont les principaux défis auxquels font face les membres de cette communauté?
4. Quelles conséquences ces défis ont-ils sur leur santé? Pourquoi?
5. Que penses-tu des enfants sur ces photos? Les enfants sur ces images sont-ils en bonne santé? Pourquoi/pourquoi pas? (Cf. [Photos d'enfants malnutris \(marasme/kwashiorkor\) + enfants souffrant de malnutrition chronique](#))
6. De quelle maladie souffrent-ils? Quels mots utilisez-vous pour décrire de tels enfants dans votre communauté? Certains mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Pourquoi?
7. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
8. Que pensez-vous de cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE: Est-ce qu'elle est similaire ou différente des autres maladies infantiles? Si oui, comment?)
9. Avez-vous des enfants comme celui-ci dans votre communauté? Si oui, quel type est le plus commun?
10. Y a-t-il des ménages dans votre communauté qui sont plus affectés? Si oui, qu'est-ce qu'ils ont en commun? (PISTE DE RECHERCHE: les enfants d'un certain groupe d'âge/sexe sont-ils plus affectés? Pourquoi?)
11. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? (Cf. [Itinéraire thérapeutique](#)) (PISTE DE RECHERCHE: Quel est le traitement le plus courant? Pourquoi?)

12. Quels sont les principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. [Flashcards Hypothèses](#)) Est-ce qu'ils sont liés à la sous-nutrition? Si oui, comment et pourquoi?
13. Existe-t-il des croyances locales pouvant être liées à ces défis? Si oui, lesquelles? Que pensez-vous d'eux? Ont-ils besoin d'être strictement suivis? Pourquoi/pourquoi pas?
14. Ont-ils été suivis de la même manière au cours des 10-15 dernières années? Si non, qu'est-ce qui a changé? Pourquoi? (Cf. [Calendrier historique](#))
15. S'il est démontré que ces pratiques ont des conséquences mettant la vie en danger, que pouvez-vous/la communauté faire?
16. Avez-vous entendu des histoires dans le passé où certaines croyances locales devaient être reconsidérées? Si oui, quelles croyances concernaient-elles? Comment a-t-il été géré? Pensez-vous que cela pourrait être répliqué? Pourquoi/pourquoi pas?

GUIDE D'ENTRETIEN: PERSONNES PRATIQUANT LE COMPORTEMENT (DO-ERS)

SE CONCENTRER SUR:

- a) utilisation des moyens contraceptives;
- b) allaitement maternel / administration des tisanes/concoctions pendant les 6 premiers mois ;
- c) alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois (initiation, fréquence de repas, composition de repas) ;
- d) pratiques d'assainissement ;
- e) pratiques d'hygiène¹⁷⁶

1. De quelles maladies pouvez-vous/votre enfant souffrir si vous NE PRATIQUEZ PAS LE COMPORTEMENT?
2. Que pensez-vous de [MALADIE mentionnée par la mère]? Est-ce que c'est dangereux?
3. Quand une personne pratique (LE COMPORTEMENT), est-ce que cela conduit à l'effet recherché? (Ex. « Lorsqu'une personne allaite exclusivement un enfant pendant les six premiers mois de sa vie, est-ce que cela aide à éviter [la MALADIE mentionnée par la mère]? »)
4. Dans quelle mesure (LE COMPORTEMENT) aide-t-il à prévenir la (MALADIE)?
5. Qui (individus ou groupes) pensez-vous, objecte ou désapprouve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
6. Qui (individu ou groupe), pensez-vous, approuve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
7. Lesquels de ces individus ou groupes dans les deux questions ci-dessus sont les plus importants pour vous?
8. Est-ce que c'est facile pour vous de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
9. Est-ce que c'est facile de se souvenir de pratiquer (LE COMPORTEMENT) chaque fois que vous devez le faire?
10. Est-ce que c'est parfois la volonté de Dieu que les personnes/enfants contractent la (MALADIE)?
11. Pourquoi certaines personnes contractent-elles la (MALADIE) et d'autres non?
12. Les gens contractent-ils parfois la (MALADIE) à cause de malédictions ou d'autres causes spirituelles ou surnaturelles?
13. Quels sont selon vous les avantages ou les bonnes choses qui se produisent si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses qui vous plaisent pratiquant (LE COMPORTEMENT)?

¹⁷⁶ Prioritised behaviours, as per validated hypotheses.

14. Quels sont selon vous les inconvénients ou les mauvaises choses qui se produisent si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses que vous n'aimez pas pratiquant (LE COMPORTEMENT)?

GUIDE D'ENTRETIEN: PERSONNES NE PRATIQUANT LE COMPORTEMENT (NON DO-ERS)

SE CONCENTRER SUR:

- a) utilisation des moyens contraceptives;
- b) allaitement maternel / administration des tisanes/concoctions pendant les 6 premiers mois ;
- c) alimentation du nourrisson et du jeune enfant 6-23 mois (initiation, fréquence de repas, composition de repas) ;
- d) pratiques d'assainissement ;
- e) pratiques d'hygiène¹⁷⁷

1. De quelles maladies pouvez-vous/votre enfant souffrir si vous PRATIQUEZ LE COMPORTEMENT?
2. Que pensez-vous de [MALADIE mentionnée par la mère]? Est-ce que c'est dangereux?
3. Quand une personne ne pratique pas (LE COMPORTEMENT), est-ce que cela conduit à l'effet recherché? (Ex. « Lorsqu'une personne n'allait pas exclusivement un enfant pendant les six premiers mois de sa vie, est-ce que cela aide à éviter [la MALADIE mentionnée par la mère]? »)
4. Dans quelle mesure (LA NON-PRATIQUE DE COMPORTEMENT) aide-t-il à prévenir la (MALADIE)?
5. Qui (individus ou groupes), pensez-vous, objecte ou désapprouve si vous pratiquez (LE COMPORTEMENT)?
6. Qui (individu ou groupe), pensez-vous, approuve si vous ne pratiquez pas (LE COMPORTEMENT)?
7. Lesquels de ces individus ou groupes dans les deux questions ci-dessus sont les plus importants pour vous?
8. Est-ce qu'il serait facile pour vous de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
9. Qu'est-ce que le rend difficile, voire impossible de pratiquer (LE COMPORTEMENT)?
10. Qu'est ce pourrait rendre (LE COMPORTEMENT) plus facile à pratiquer ?
11. Est-ce qu'il serait facile de se souvenir de pratiquer (LE COMPORTEMENT) chaque fois que vous devriez le faire?
12. Est-ce que c'est parfois la volonté de Dieu que les personnes/enfants contractent la (MALADIE)?
13. Pourquoi certaines personnes contractent-elles la (MALADIE) et d'autres non?
14. Les gens contractent-ils parfois la (MALADIE) à cause de malédictions ou d'autres causes spirituelles ou surnaturelles?
15. Quels sont selon vous les avantages ou les bonnes choses qui se produiront si vous pratiquiez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses qui vous plaideront pratiquant (LE COMPORTEMENT)?
16. Quels sont selon vous les inconvénients ou les mauvaises choses qui se produiront si vous pratiquiez (LE COMPORTEMENT)? Quelles sont les choses que vous n'aimeriez pas pratiquant (LE COMPORTEMENT)?

¹⁷⁷ Prioritised behaviours, as per validated hypotheses.

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS, CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE ET RECOMMANDATIONS FINALES

Le but de cet exercice est d'impliquer les membres de la communauté dans la catégorisation des facteurs de risque en fonction de leur impact sur l'occurrence de la sous-nutrition dans leur communauté. En d'autres termes, les membres de la communauté seront encouragés à hiérarchiser les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. En outre, ils seront encouragés à identifier les facteurs de risque, qu'ils pensent susceptibles de changer en premier, s'ils sont correctement pris en charge.

Avant l'exercice de classement, l'équipe qualitative résumera leurs conclusions, qu'ils auront pu rassembler au cours des cinq premiers jours dans la communauté, à l'aide de flashcards préparés à l'avance. Après la présentation de tous les facteurs de risque identifiés, il sera demandé aux membres de la communauté de valider les résultats et l'interprétation de l'équipe des principaux défis de la communauté en matière de sous-nutrition. Si certains éléments sont jugés non représentatifs de la communauté, l'équipe d'étude modifiera l'interprétation, si nécessaire.

Ensuite, les participants seront invités à classer les facteurs de risque identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. À l'aide de cailloux, il leur sera demandé de donner trois cailloux à des facteurs qui ont un impact majeur sur la sous-nutrition, deux cailloux à des facteurs ayant un impact important sur la sous-nutrition et un caillou à des facteurs ayant un impact mineur sur la sous-nutrition dans leur communauté. Des photos d'enfants malnutris, qui étaient auparavant utilisées lors des discussions de groupes les aideront visuellement à se concentrer davantage sur ce problème de santé que sur les autres principaux problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur communauté.

Tous les échanges entre les participants en rapport avec cet exercice de catégorisation et/ou leur justification de la catégorisation seront dûment notés. Tous les participants seront encouragés à contribuer et tout désaccord sera dûment traité. Le but de cet exercice sera de classer les facteurs de risque en trois groupes, sur lesquels tous les participants seront d'accord.

Une fois cette étape terminée, les participants seront invités à sélectionner quelques facteurs de risque, qui, selon eux, expliquent la plupart des cas de sous-nutrition dans leur communauté et créent un schéma causal principal.

Alternativement, si un consensus sur trois catégories de risques s'avère difficile, l'équipe chargée de l'étude donnera trois cailloux à chaque participant et leur demandera d'attribuer un caillou à chaque risque, qu'ils considèrent comme le plus important en relation avec la sous-nutrition dans leur communauté. Une fois tous les cailloux comptés, les facteurs de risque seront divisés en trois catégories. L'équipe chargée de l'étude demandera aux participants de les valider et de parvenir à un consensus sur 4 ou 5 facteurs ayant un impact majeur sur la sous-nutrition dans leur communauté.

Après la catégorisation des facteurs de risque, l'équipe chargée de l'étude présentera des solutions identifiées par la communauté lors de discussions de groupe afin de relever ces défis. Une validation, suivie d'une hiérarchisation des activités, sera recherchée.

D. LISTE DES TISANES LES PLUS FREQUEMMENT UTILISÉES DANS LA ZONE ETUDIÉE

Compte tenu de l'usage fréquent des plantes médicinales, le tableau ci-dessous résume les tisanes les plus souvent citées pour le traitement des maladies infantiles ou le rétablissement d'une mère après l'accouchement. Il est important à noter que l'équipe qualitative n'était pas en mesure d'identifier tous les noms scientifiques des plantes médicinales citées par les participants aux groupes de discussion et/ou vérifier leurs propriétés médicinales et/ou leurs effets potentiellement néfastes sur la santé des enfants ≤ 5 ans. Ainsi, cette liste devrait être étudiée avec précaution. Pourtant, elle pourrait servir comme un point de départ pour la recherche plus approfondie selon les besoins ou intérêts des parties prenantes. Il est aussi important à noter que certaines plantes médicinales qui figurent sur la liste ne sont plus disponibles dans la zone étudiée.

Nom	Posologie	Propriétés médicinales
<i>Agna mafaitry</i>	Voie orale	• Purificateur (lavage des intestines du bébé)
<i>Andriambolafotsy</i>	Voie orale	• Traitement de la « maladie des ancêtres »
<i>Apembakibo</i>	Voie orale	• Purificateur (lavage des intestines du bébé)
<i>Bedoko</i>	Voie orale	• Traitement de la toux
<i>Dagoa</i>	Voie orale	• Traitement de la fontanelle
<i>Ebognebogne</i>	Voie orale	• Purificateur (lavage des intestines du bébé)
<i>Famonty</i>	Bain	• Traitement de la variole/rougeole
<i>Fengoke</i>	Bain	• Energisant
<i>Filofilo</i>	Voie orale	• Guérit la plaie après l'accouchement
<i>Fleurs de citrouille</i>	Voie orale	• Purificateur (lavage des intestines du bébé)
		• Prévention des troubles intestinaux
<i>Feuilles de patate</i>	Massage	• Traitement de la fontanelle
<i>Halomboro</i>	Voie orale	• Traitement de la fontanelle
<i>Hangamani</i>	Voie orale	• Facilite la croissance du bébé
<i>Hazumena</i>	Voie orale	• Energisant (administré à la mère pendant le deuxième mois après l'accouchement)
		• Guérit la plaie après l'accouchement
<i>Katrafay</i> ¹⁷⁸	Voie orale	• Augmentation de la production du lait maternel
		• Digestif
		• Energisant
		• Guérit la plaie après l'accouchement
		• Contraceptif naturel
<i>Katsakatsagne</i>	Massage	• Traitement de la fontanelle
<i>Kily</i> ¹⁷⁹	Voie orale	• Augmentation de la production du lait maternel
		• Contraceptif naturel
<i>Kirava</i>	Voie orale	• Guérit la plaie après l'accouchement
<i>Kita</i>	Voie orale	• Purificateur (lavage des intestines du bébé)
		• Prévention de la diarrhée
<i>Lalen bazavo</i> ¹⁸⁰	Bain	• Traitement de la variole/rougeole
<i>Lahirozake</i>	Voie orale	• Traitement de la toux
		• Contraceptif naturel
<i>Mafaibelo</i>	Voie orale	• Traitement de la bilharziose / verres
<i>Mandravasaratse</i>	Voie orale	• Traitement de la « maladie des ancêtres »
<i>Monjola</i>	Voie orale	• Guérit la plaie après l'accouchement

¹⁷⁸ *Cedrelopsis grevei*.

¹⁷⁹ *Tamarindus indica*, aussi connu comme « tamarinier ».

¹⁸⁰ Feuilles de pastèque.

Neem ¹⁸¹	Voie orale	• Traitement de la bilharziose / verres
Nonoke	Voie orale	• Traitement de la diarrhée
Nonosora	Voie orale	• Contraceptif naturel
Pisopiso	Voie orale	• Rend le bébé plus fort
Ravina tomatoesy ¹⁸²	Bain	• Traitement de la variole/rougeole
Relofa	Voie orale	• Traitement de la diarrhée
Reringitry	Voie orale	• Rend le bébé plus fort
Ronba	Voie orale	• Traitement de la « maladie des ancêtres »
Sagnira	Massage	• Traitement de la fontanelle
Sahirisatse	Voie orale	• Guérit la plaie après l'accouchement
Sahondra	Voie orale	• Guérit la plaie après l'accouchement
Samboto	Voie orale	• Traitement de la fontanelle
Saronzaza	Voie orale	• Prévention de la bilharziose
Sofasofa	Voie orale	• Traitement de la « maladie des ancêtres »
Tabarike	Voie orale	• Stimulation de l'appétit de la mère pendant le premier mois après l'accouchement
Takisakisaki	Bain	• Augmentation de la production du lait maternel
Tamboro	Voie orale	• Traitement de la diarrhée / troubles intestinales
Tambuarike	Voie orale	• Nettoyant (enlève les saletés de la peau)
Tingo-tingo ¹⁸³	Bain	• Traitement de la variole/rougeole
Tokatovo	Voie orale	• Traitement de la diarrhée
Toratora	Voie orale	• Traitement de la toux
Trongatse ¹⁸⁴ / Tonga	Voie orale	• Traitement de la variole/rougeole
Try	Voie orale	• Contraceptif naturel
Tsambolafotsy	Voie orale	• Traitement de la diarrhée
Tsy matavy an drano	Bain	• Traitement de la bilharziose / verres
Vahombey ¹⁸⁵	Voie orale	• Traitement de la diarrhée
Varo	Voie orale	• Contraceptif naturel
Voapike	Voie orale	• Traitement de la « maladie des ancêtres »
Votofosa	Voie orale	• Traitement de la variole/rougeole
Zizimo	Voie orale	• Aide à guérir les blessures après l'accouchement d'un premier enfant
		• Traitement de la bilharziose / verres
		• Traitement de la diarrhée
		• Guérit la plaie après l'accouchement
		• Traitement de la toux
		• Guérit la plaie après l'accouchement
		• Traitement de la diarrhée

¹⁸¹ *Azadirachta indica*, aussi connu comme « margousier ».

¹⁸² Feuilles de tomate.

¹⁸³ Selon les observations du personnel de santé, l'administration de cette tisane a des effets néfastes sur la santé de l'enfant, tels que « le blocage des éléments nutritifs, l'attaque des reins, le refus de traitement, conduisant potentiellement au décès de l'enfant ». Afin de confirmer ou infirmer ces observations, une étude appropriée et approfondie, tel que l'essai randomisé contrôlé, doit être menée avec l'objectif d'étudier les substances actives de cette et toute autre plante médicinale utilisée dans la zone étudiée, leurs indications et contre-indications.

¹⁸⁴ *Catharanthus roseus*, aussi connu comme « pervenche de Madagascar ».

¹⁸⁵ *Aloe vera*.

E. LISTE EXHAUSTIVE DES RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'ATELIER TECHNIQUE FINAL (3 MAI 2019, AMBOASARY VILLE)

Recommandations générales:

- Réaliser les cartographies des interventions au niveau du district par secteur, y compris les gaps de couverture ;
- Compiler les leçons apprises des interventions en cours/interventions passées et les mettre à la disposition des partenaires futurs ;
- Augmenter la coordination entre les partenaires/projets afin d'améliorer les synergies de différentes interventions ;
- Définir les ménages vulnérables et identifier tels ménages au niveau de chaque fokontany ;

Facteur de risque	Recommandations	Catégorisation des interventions ¹⁸⁶	Couverture géographique / Volume	Durée / Saisonnalité	Durabilité	Sélection de bénéficiaires	Appropriation communautaire
Multiples facteurs ¹⁸⁷	Renforcement des activités IEC/CCC aux établissements de santé et dans les communautés ▪ Révision des thèmes/messages clés aux réalités/niveau de connaissances des communautés, y compris les tabous culturels ▪ Révision des canaux de communication afin de rendre la sensibilisation plus intéressante/plus adaptée aux groupes ciblés ▪ Renforcement des séances de sensibilisation via engagement des personnes clés (ex. tradipraticiens, matrones, notables)	I/A*	☑	☑	☑	☑	☑
	Renforcement du dialogue communautaire ▪ Echanges communautaires afin de renforcer la redevabilité des services de santé envers les communautés/renforcer le partage d'information, y compris l'information sur le paquet d'activités disponibles ▪ Mise en place du système d'échanges communautaires pour permettre de remonter les doléances communautaires vers les autorités avec une obligation	I	☑		☑		☑

¹⁸⁶ M = interventions manquantes ; I = interventions insuffisantes ; A = interventions nécessitant des adaptations méthodologiques. Les interventions accompagnées d'un astérisque (*) nécessitent un appui extérieur (technique ou financier).

¹⁸⁷ Faibles pratiques d'allaitement maternel, Faibles accès à l'eau, Faibles pratiques d'hygiène corporelle / assainissement.

	d'adresser ces doléances (via Chef de fokontany) ▪ Engagement des communautés dans l'opération du CSB/case de santé (ex. comité de gestion) ▪ Identification des solutions locales par rapport les barrières d'accès aux services de santé (ex. transport en charrettes communautaires, caisse communautaire pour les frais de santé)						
Faible accès aux services de santé	Mise en place de standard de service (standardisation de parcours aux établissements de santé ; signes/consignes clairs)	I			☒		
	Amélioration de l'accueil aux établissements de santé	I			☒		
	Révision de la mise en place des écoles privées pour les paramédiques par le Ministère de l'Enseignement Supérieur (assurance de qualité/lien avec le Ministère de la Santé)	A					
	Amélioration de l'accès physique aux services de santé via ▪ Mise en place des cliniques mobiles ▪ Construction de cases de santé dans les fokontany à ≥10 km du CSB ▪ Renforcement de capacités des agents communautaires¹⁸⁸ et les doter des médicaments de premier recours	M/I*	☒	☒	☒		☒
	Révision de taux de recouvrement des coûts pour les services aux établissements de santé ▪ Service gratuit pour les FEFA et enfants <5ans et/ou les ménages vulnérables ▪ Taxe « santé » pour les grandes compagnies minières ou autres (« caisse sociale »)	I*	☒	☒	☒	☒	
Faibles pratiques d'allaitement maternel	Concours « mères modèles » dans chaque fokontany ▪ Renforcement de la visibilité des mères modèles et leur engagement dans les activités IEC/CCC	I	☒		☒		☒
	Extension des primes « gros bébé » par ORN si AME respecté	I*	☒		☒		☒

¹⁸⁸ Y compris les capacités d'accueil et la mise en confiance. A appliquer à tous les niveaux du système sanitaire. A intégrer dans la formation initiale des agents de santé.

Faible accès aux aliments	Augmentation des moyens/sources de revenu de ménages ▪ Contribuer à la diversification des sources de revenu suite à l'analyse du marché ▪ Faciliter l'accès au micro-crédit ▪ Formation des agriculteurs sur les pratiques agricoles efficaces, y compris les cultures maraichères ▪ Etablissements des jardins scolaires / communautaires ▪ Renforcement technique dans la gestion de biens / gestion financière ▪ Accompagnement de ménages les plus vulnérables à plus long terme afin d'assurer leur autonomisation graduelle ▪ Renforcement de la mise en œuvre des systèmes d'irrigation ▪ Promotion des techniques de transformation et de conservation des produits locaux	I*	☒		☒	☒	☒
Faibles capacités de résilience de ménage	Renforcement des stratégies de réponse aux crises afin de prévenir la décapitalisation de ménages en période de crise/urgence (BNGRC) ▪ Distribution des vivres alimentaires ▪ Distribution de semences ▪ Travail contre vivres	I*	☒	☒		☒	
Faible accès à l'eau	Amélioration de l'accès physique aux points d'eau via ▪ Livraison d'eau par DIREAU et UNICEF dans les zones isolées ▪ Construction des puits / forages / pompe « japy », accompagnée par la formation en gestion des biens publics ▪ Aménagement des puits traditionnels ▪ Installation des systèmes de captage d'eau de pluie	I*	☒		☒		☒
	Amélioration de l'accès à l'eau de qualité via ▪ Renforcement du système de traitement de l'eau Mandrare (JIRAMA) ▪ Assainissement du fleuve et de l'environnement à son proximité afin d'éliminer les sources de contamination	I*			☒		☒
	Organisation des campagnes de reboisement	M*					

Faibles pratiques d'hygiène corporelle / assainissement	Intégration des messages clés dans le curriculum scolaire, y compris la formation initial des enseignants ¹⁸⁹	I/A*	☒		☒		☒
	Renforcement d'engagement communautaire - Mise en place et renforcement des capacités des comités d'hygiène et d'assainissement - Organisation des campagnes d'assainissement de masse - Mise en application de la lutte contre les feux de brousse	I	☒		☒		☒
	Amélioration de l'accès des populations au savon via - Distribution du savon - Promotion de techniques de transformation locale des plantes et/ou animaux pour la production du savon	M*					
Surcharge de travail / Faible état nutritionnel des femmes	Promouvoir les foyers améliorés - Production = AGR - Subvention aux ménages vulnérables	M*					
	Incentiviser les consultations prénatales et postnatales	I/A*					

¹⁸⁹ Renforcer la mise en application de la Politique Nationale de Nutrition et Santé Scolaire (PNANSS) en fournissant l'appui aux partenaires de la mise en œuvre au niveau du district.