

RAPPORT FINAL

ETUDE DES DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION

Projet SAKANDRO

1er et 4ème Arrondissement, District Antananarivo
Renivohitra, Région Analamanga, Madagascar

Mars-Avril 2026



REMERCIEMENTS

L'étude des déterminants de la sous-nutrition dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo, District Antananarivo Renivohitra, Région Analamanga, Madagascar, a été rendue possible grâce au financement de l'Agence Française de Développement (AFD).

L'étude a été menée par *Uwimana Sebinwa*, Conseillère Technique en Nutrition, sous la direction de *Lenka Blanárová*, Responsable du département nutrition d'Action Contre la Faim (ACF) Royaume Uni, et sous la supervision des points focaux de cette étude: *Dr Haingo Nirina Ranaivoarivony*, Responsable de Département Santé Nutrition, ACF Madagascar et *Fabienne Rousseau*, Référente Technique Opérationnelle Santé Nutrition, ACF France, avec des contributions importantes de *Jean Pierre Randrianarivo*, Adjoint de la Responsable de Département Santé Nutrition ACF, de *Dr Annie Raherisoanjato*, coordinatrice de l'ASOS, et *Emma Raboanary*, responsable de projet de l'ASOS.

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

Aux experts techniques de l'Office Régional de Nutrition de la Région Analamanga, à *Xavier Poncin*, Adjoint Directeur Pays, ACF Madagascar, *Mialy Annick Rakotondraina*, Responsable de Département Santé Mentale et Pratiques de Soins, ACF Madagascar, *Patrizia Pajak*, Analyste de données et Référente Recherche, ACF Royaume Uni, pour leurs orientations et leur appui technique.

A l'équipe de techniciens d'ASOS et aux agents communautaires des zones visitées, pour leur profond engagement et leur accompagnement tout au long de la collecte de données,

Aux autorités administratives et sanitaires dans les fokontany ciblés par l'étude pour l'assurance de sécurité à l'équipe de l'étude et leurs orientations précieuses

A tous les résidents et résidentes des zones visitées pour leur accueil, le temps donné et la confiance offerte. Que ce rapport contribue à faire entendre leurs voix.

À tous les experts techniques et partenaires opérationnels du projet SAKANDRO pour le partage de leur riche expertise, assurant ainsi la haute qualité de l'étude.

Un remerciement spécial est adressé à toute l'équipe qualitative pour leurs efforts exceptionnels dans des conditions éprouvantes lors de la collecte des données : *Miharintsoa Voahanginirina Ranaivozanany*, *Tamara Manohy Joshela*, *Tokiniana Ratolojanahary*, et *Eddy Berthin Randriamahasolo*.

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

ABBREVIATIONS

AC	Agent communautaire
ACF	Action Contre la Faim
AFD	Agence Française de Développement
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (PlumpyNut®)
ASOS	Action Socio Sanitaire Organisation des Secours
BMH	Bureau Municipal de l'Hygiène
CSB	Centre de Santé de Base
CPN	Consultation Prénatale
DIU	Dispositif Intra Utérin
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
ESD	Entretien Semi-Directif
FCS	Food Consumption Score (Score de Consommation Alimentaire)
FEFA	Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes
FGD	Discussion de Groupe
FID	Fonds d'Intervention pour le Développement
HIMO	Haute Intensité de Main d'Œuvre
IC	Intervalle de Confiance
IPC	Integrated food security Phase Classification
IRA	Infections Respiratoires Aigües
MA	Malnutrition Aigüe
MAG	Malnutrition Aigüe Globale
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ORN	Office Régional de Nutrition
PB	Périmètre Brachial
P/T	Indice Poids/Taille
RC	Retard de Croissance
rCSI	Reduced Coping Strategy Index (Indice des Stratégies d'Adaptation réduit)
SAME	Sécurité Alimentaire et Moyens d'Existence
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief & Transition
SMPS	Santé Mentale et Pratiques de Soins
T/A	Indice Taille/Âge
UNICEF	United Nations' Children's Fund (Fond des Nations Unies pour l'Enfance)

FIGURES

FIGURE 1: CARTE DE LA ZONE D'INTERVENTION DU PROJET SAKANDRO, DISTRICT D'ANTANANARIVO RENIVOHITRA.....	14
FIGURE 2: PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES SCHEMAS CAUSAUX DE LA SOUS-NUTRITION, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	18

TABLEAUX

TABEAU 1: CADRE D'ECHANTILLONNAGE QUALITATIF, ZONE D'INTERVENTION DU PROJET SAKANDRO, DISTRICT D'ANTANANARIVO RENIVOHITRA	14
TABEAU 2: RESUME DES CONSULTATIONS COMMUNAUTAIRES LORS DE L'ETUDE QUALITATIVE, DISTRICT D'ANTANANARIVO RENIVOHITRA	15
TABEAU 3: LISTE DE TERMES LOCAUX UTILISES POUR DECRIRE LA MALNUTRITION AIGÛE, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	20
TABEAU 4: RESUME DES PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES PAR RAPPORT AUX CAUSES ET LE TRAITEMENT DES DEUX FORMES DE LA MALNUTRITION AIGÛE, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	22
TABEAU 5: LISTE DE TERMES LOCAUX UTILISES POUR DECRIRE LE RETARD DE CROISSANCE, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	23
TABEAU 6: RESUME DES PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES PAR RAPPORT AUX CAUSES ET LE TRAITEMENT DU RETARD DE CROISSANCE, , DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	23
TABEAU 7: RESUME DES PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES PAR RAPPORT AUX CAUSES ET LE TRAITEMENT DES MALADIES INFANTILES, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA.....	25
TABEAU 8: CALENDRIER SAISONNIER POUR LES MORBIDITES INFANTILES, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA	26
TABEAU 9: RESULTATS DE L'EXERCICE PARTICIPATIF SUR LA COMPOSITION DES REPAS, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA.....	44
TABEAU 10: REPARTITION DU POUVOIR DE DECISION AU SEIN DES MENAGES, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA.....	59
TABEAU 11: SYNTHESE DE LA CATEGORISATION DES DETERMINANTS, DISTRICT ANTANANARIVO RENIVOHITRA.....	62

TABLE DES MATIERES

SYNTHÈSE EXECUTIVE.....	6
I. INTRODUCTION.....	11
II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	12
III. METHODOLOGIE	13
IV. RÉSULTATS	18
SOUS-NUTRITION.....	18
SANTÉ ET NUTRITION	23
SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS.....	37
SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE.....	44
EAU, ASSAINISSEMENT, ET HYGIENE	52
GENRE	57
PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES INTERVENTIONS.....	60
V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	62
BIBLIOGRAPHIE	66
ANNEXES	67

SYNTHÈSE EXECUTIVE

A Madagascar, 81% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté¹ et les enfants² (67%) sont les premières victimes de la pauvreté multidimensionnelle³. Dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo, les défis économiques et sociaux sont aggravés par des chocs environnementaux et sanitaires fréquents, tels que les inondations saisonnières, les cyclones et les épidémies. Les conditions précaires dans lesquelles vivent les femmes, les hommes et les enfants, entraînent des risques majeurs en termes de santé, de nutrition et de bien-être psychosocial. Par ailleurs les enfants de moins de cinq ans souffrent de taux alarmants de malnutrition chronique, estimée à 48,3% [43,7-53,0]⁴ pendant la dernière enquête nutritionnelle SMART dans la ville d'Antananarivo⁵. Le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) a été estimé à 9,0% [6,1-13,1]. Cette situation est d'autant plus préoccupante dans un contexte où l'accès aux soins est limité, en lien avec la fragilité du système de santé, notamment le manque d'infrastructures, d'équipements adéquats, de personnel qualifié, ainsi que les moyens financiers limités des ménages.

Une approche multisectorielle est essentielle pour relever ces défis. Le projet SAKANDRO, mis en œuvre par l'Action Socio Sanitaire Organisation des Secours (ASOS) et Action Contre la Faim (ACF) avec le soutien de l'Agence Française de Développement (AFD), vise à réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans quatre fokontany vulnérables de la capitale. Il repose sur une approche intégrée et communautaire visant à améliorer l'accès aux services de santé et de nutrition pour les mères et les enfants, tout en offrant un cadre protecteur pour promouvoir leur bien-être. Inscrit dans la continuité des actions menées par ACF depuis 2012, le projet s'étend sur trois ans à partir de septembre 2025.

Afin d'adapter les stratégies d'intervention du projet à court terme ainsi qu'à plus long terme, ACF a engagé la population des quatre fokontany concernés par le projet SAKANDRO dans l'analyse des déterminants de la sous-nutrition afin de mieux comprendre les causes multisectorielles de l'émaciation et du retard de croissance dans ce milieu. Par ailleurs, cette étude vient compléter et éclairer les résultats de l'enquête nutritionnelle menée en décembre 2025 dans les quartiers vulnérables de la capitale, permettant ainsi une compréhension approfondie de la situation nutritionnelle et des dynamiques propres aux quartiers urbains vulnérables d'Antananarivo.

Résultats clés

Les données qualitatives collectées au cours de cette étude ont permis de catégoriser 20 déterminants susceptibles d'influencer la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aiguë et retard de croissance) dans la zone d'étude. Suite aux séances de restitution communautaire, cinq (5) déterminants ont été identifiés comme ayant un impact majeur, quatre (4) déterminants ont été classés comme ayant un impact important et onze (11) déterminants ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les déterminants identifiés comme majeurs par la communauté, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir **le faible accès aux services de santé** et **le faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées** ; deux déterminants ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et moyens de subsistance, à savoir **le faible accès aux sources de revenu** et les

¹ World Bank Group, 'Madagascar Country Overview', <https://www.worldbank.org/ext/en/country/madagascar>, 2024.

² IPC, *Analyse IPC de Mise à Jour Sur l'Insécurité Alimentaire Aigue Au Niveau Des 32 Districts, Madagascar*. 2026, <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1161004/?iso3=MDG>.

³ UNICEF Conseil économique et social, 'Descriptif de Programme Pays Madagascar', January 2024, <https://www.unicef.org/executiveboard/media/19611/file/2024-PL3-Madagascar-CPD-FR-ODS.pdf>.

⁴ Résultats exprimés en z-score selon la référence OMS 2006 avec un intervalle de confiance de 95%

⁵ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025, SMART (2025)*.

faibles capacités de résilience, et un déterminant a été identifié dans le domaine du genre, à savoir la **charge de travail élevée des femmes**.

D'après la population, la sous-nutrition est provoquée par le faible accès aux revenus, lié au caractère instable des opportunités économiques. Celles-ci se sont réduites au cours des dernières années, en raison notamment de la récession du secteur textile, aggravée par la pandémie de COVID-19 ainsi que par l'instabilité politique, le tout dans un contexte de pression démographique accrue et d'inflation marquée.

Par conséquent, l'accès à une alimentation de qualité est fortement limité, avec des effets directs sur l'état nutritionnel des femmes — ainsi que sur leur perception de leur capacité à allaiter — et sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, caractérisées par une introduction précoce d'aliments de compléments et une consommation privilégiée d'aliments de rue peu nutritifs, tels que les beignets, pâtes, biscuits ou glaces.

Par ailleurs, le manque de ressources financières entraîne une surcharge de travail pour les femmes, engagées dans la recherche quotidienne de moyens de subsistance, en parallèle de la gestion du foyer. La surcharge liée à ce double rôle productif et reproductif est accentuée par un accès à l'eau difficile caractérisé par de longs temps d'attente aux points d'eau, et par un soutien social qui s'est progressivement réduit en lien avec la priorisation donnée à la recherche de moyens de subsistance. Ces défis ont des répercussions notables sur la santé mentale des mères et, par extension, sur les pratiques de soins aux jeunes enfants. Ceux-ci sont souvent confiés dès leur plus jeune âge à des membres de l'entourage pour une garde quotidienne prolongée⁶, limitant la pratique de l'allaitement maternel, en parallèle d'une alimentation complémentaire souvent inadéquate.

Face aux préoccupations financières et à la surcharge de travail, le moindre choc tel que les inondations, la maladie ou le décès d'un membre du foyer devient vite insurmontable pour les ménages, et accélère le recours à des stratégies d'adaptation négatives. Celles-ci incluent notamment les jeux d'argent, la consommation d'alcool et/ou de drogues (principalement le cannabis et le « rôle », dérivé de l'héroïne), y compris chez les femmes et les jeunes, ainsi que le recours à la prostitution et la délinquance. Ces pratiques compromettent l'accès aux sources de revenus et ont des répercussions significatives sur la santé mentale et l'état nutritionnel des mères et des jeunes filles. Elles contribuent également à une augmentation du risque de faible poids à la naissance, inscrivant les ménages dans une dynamique cyclique défavorable.

Toutes ces difficultés sont renforcées par des grossesses précoces et/ou non désirées, et un faible espacement des naissances, qui accentuent à leur tour la surcharge de travail des femmes et le faible accès à une alimentation de qualité. Pour certaines jeunes filles les grossesses constituent parfois une forme d'alternative à la précarité économique des ménages, ainsi qu'au climat familial souvent jugé difficile, marqué par les reproches, les violences intra-familiales et le manque de dialogue parents-enfants, les poussant à rechercher dans les relations amoureuses l'attention et l'affection qui leur manquent à la maison. Lorsqu'une grossesse survient, elle bouleverse l'équilibre fragile des jeunes couples à peine formés, et les précipitent dans une reproduction des contraintes et dynamiques familiales qu'ils ont connues, y compris le recours à des stratégies d'adaptation négatives.

Par ailleurs, la surcharge de travail, la santé mentale précaire des mères et le recours fréquent à des stratégies d'adaptation négatives influencent la qualité des interactions avec les jeunes enfants. Celles-ci sont souvent caractérisées par une faible disponibilité des personnes en charge des soins, ainsi que par des relations familiales marquées par des comportements

⁶ Pour les femmes qui travaillent en dehors du domicile, il n'est pas rare de s'absenter de 6 h à 19 h.

violents, tant au sein du couple que des parents envers les enfants, qu'ils soient jeunes ou plus âgés, ou des enfants entre eux.

En parallèle, l'environnement insalubre et dégradé du quartier contribue à sa mauvaise réputation, limitant les opportunités d'emploi pour les habitants qui se retrouvent stigmatisés, et, de ce fait, enfermés dans des situations de faible résilience.

Le faible accès aux revenus, combiné à un faible pouvoir décisionnel des femmes et à leur surcharge de travail débouchent aussi sur un faible accès aux services de santé, renforcé par les difficultés d'accès géographique aux structures de santé pour certains fokontany (Ankasina et Ampefiloha Ambodirano notamment), par la qualité de l'accueil et de la prise en charge, ainsi que par les normes sociales concernant la perception des maladies et l'efficacité perçue des pratiques traditionnelles. Ces multiples barrières retardent le recours aux soins appropriés en cas de maladies. Celles-ci peuvent être provoquées par l'environnement insalubre, dû aux pratiques d'assainissement et d'hygiène non-optimales, qui compromettent la qualité de l'eau et de l'environnement et ainsi augmentent un risque des maladies infantiles liées à l'eau.

Ce schéma causal s'aligne avec une typologie d'enfant malnutri issue des études de cas, des échanges communautaires et des études précédentes, indiquant un effet cumulatif du faible accès aux revenus (parents sans emploi stable), de la surcharge de travail des femmes (enfants de mère célibataires/ monoparentales), de faibles capacités de résilience (consommation d'alcool dans le ménage et/ou pratique de jeux d'argent) et d'un faible espacement des naissances (enfants d'une mère ayant eu des grossesses rapprochées/ précoces). Le profil des cas étudiés soutient par ailleurs l'observation d'une association fréquente entre la malnutrition aiguë et le retard de croissance chez les enfants. Autrement dit, les enfants présentant un retard de croissance partagent souvent des antécédents de malnutrition aiguë, et inversement. Ces situations s'accompagnent fréquemment d'un historique de faible poids à la naissance, parfois lié à la prématurité et/ou à la consommation d'alcool maternelle. Les itinéraires thérapeutiques confirment par ailleurs le faible accès aux services de santé, retardant le plus souvent le recours à des soins adaptés (Cf. Annexes A et B).

Recommandations

Les recommandations suivantes sont formulées dans le cadre du projet SAKANDRO (■/●), mais s'étendent également aux actions complémentaires susceptibles d'être mises en œuvre à l'avenir par d'autres acteurs dans la zone d'étude (□/○). Elles s'appuient à la fois sur les recommandations des communautés, recueillies au cours de l'étude, et sur les orientations techniques issues de ses conclusions.

Faible accès aux centres de santé

- Assurer une identification précoce et un accompagnement adéquat des couples mères enfants à risque de retard de croissance et de développement, notamment les enfants nés avec un faible poids, de mères adolescentes, de mère présentant des addictions, de mère ayant contracté le VIH, et d'enfants issus d'accouchements avec complications ;
- Mener des actions ciblées de communication pour le changement de comportement, en impliquant les acteurs clés de la communauté, afin de promouvoir l'utilisation des services de santé, de renforcer l'importance de la vaccination et d'encourager son appropriation par les communautés ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et la prise en charge à travers l'organisation de formations du personnel de santé sur la relation soignant-soigné ;
- Plaidoyer pour un accès gratuit aux médicaments préventifs (FeFol, déparasitant) et une information des usagers sur leurs droits ;
- Renforcer les approches de stratégies avancées (vaccination et planification familiale, incluant le dépistage VIH), en particulier dans les zones éloignées des CSB (Antsalovana

FAAMI, Ankasina), en organisant les services de manière à assurer une régularité et à réduire les temps d'attente ;

Faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées

- Faciliter l'accès aux méthodes contraceptives :
 - Promouvoir auprès des prestataires de santé l'importance d'améliorer l'accès à la contraception en période post-partum immédiat ;
 - Intégrer et renforcer de manière systématique les messages sur la planification familiale et la contraception lors des consultations prénatales et au sein des groupes de soutien communautaires, en veillant à inclure des messages adaptés aux jeunes ainsi que des informations spécifiques sur la contraception post-partum ;
 - Renforcer l'éducation à la sexualité à destination des adolescent·es, y compris les non-scolarisé·es, en tenant compte de l'influence des réseaux sociaux, et soutenir les actions de plaidoyer en faveur du respect de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- Renforcer la collaboration avec les matrones :
 - Organiser des initiatives de formation à destination des matrones, en particulier sur l'identification précoce et l'accompagnement des couples mère-enfant à risque de retard de croissance et de développement, et sur les soins essentiels aux nouveau-nés ;
 - Réaliser une cartographie des prestataires de soins impliqués dans la santé sexuelle et reproductive, incluant les matrones, et mener des actions ponctuelles de mobilisation afin de faciliter les échanges autour des problématiques clés et de favoriser le développement de synergies entre acteurs ;

Faible accès aux sources de revenu

- Elaborer une cartographie des acteurs impliqués dans le domaine du soutien psychosocial et la formation professionnelle, de manière à renforcer l'information et l'orientation de la population — en particulier des jeunes —, de faciliter des circuits de référencement coordonnés et améliorer l'accès au soutien psychosocial pour les personnes vulnérables en formation ;
- Soutenir le développement d'opportunités de formations professionnelles et d'activités génératrices de revenus, accessibles notamment aux jeunes sans diplôme formel (artisanat, mécanique automobile...) ;
- Soutenir les initiatives de formations en gestion financière adaptées aux ménages et aux petits entrepreneurs afin de renforcer leur capacité à gérer efficacement leurs ressources et à améliorer leur résilience économique ;

Faibles capacités de résilience

- Renforcer les actions de communication et de prévention sur les méfaits de la consommation d'alcool et des conduites addictives à destination des femmes enceintes et des communautés, en intégrant notamment des messages sur les conséquences de leur consommation pendant la grossesse ainsi que sur les risques liés aux jeux d'argent ;
- Mettre en place et/ou renforcer des groupes de soutien et de discussion communautaires axés sur la gestion de la vie familiale visant à favoriser le partage d'expériences, le renforcement des compétences psychosociales et le soutien à la parentalité positive, en particulier pour les ménages vulnérables, les jeunes parents et les parents d'adolescent·es (par exemple école des parents) et abordant notamment les aspects de gestion financière du ménage, de nutrition maternelle et infantile, et des problématiques liées à l'adolescence ;
- Appuyer le plaidoyer de la société civile pour un renforcement des mesures de régulation des points de vente d'alcool afin de limiter la prolifération des commerces illicites et de prévenir la vente d'alcool aux mineurs ;

- Renforcer les opportunités socio-éducatives pour les jeunes à travers le soutien à des espaces sûrs et structures favorisant l'engagement positif des jeunes et leur offrant un espace d'écoute (centres de jeunes, bibliothèque, salle informatique, activités communautaires, sportives et culturelles) ;

Surcharge de travail des femmes

- Développer et soutenir les initiatives de garderies communautaires, en s'inspirant de modèles existants tels que l'Akany Fanantenana d'Ambodirano Ampefiloha, afin de renforcer l'offre d'options de garde d'enfants adéquates ;

Autres recommandations

- Garantir une communication renforcée et continue sur le projet, ses activités et ses groupes cibles, en impliquant activement les acteurs clés de la communauté dans la diffusion de l'information, et en mettant en place des mécanismes accessibles et efficaces de retour d'information et de gestion des plaintes ;
- Renforcer l'engagement des hommes sur les questions liées aux pratiques de soins des jeunes enfants, à la nutrition et au planning familial, à travers des actions ciblées de communication pour le changement de comportement et de dialogue communautaire ;
- Mener un plaidoyer pour l'intégration explicite de la problématique des aliments ultra-transformés dans les stratégies nationales et urbaines de lutte contre la sous-nutrition, prenant en compte leur rôle croissant dans les régimes alimentaires des populations urbaines défavorisées ;
- Soutenir les initiatives visant à promouvoir une offre alimentaire saine et de qualité, basée sur des ingrédients locaux, afin d'améliorer l'accès des ménages à des aliments nutritifs, culturellement acceptables et adaptés aux besoins des femmes enceintes, des mères allaitantes et des jeunes enfants, tout en favorisant les liens avec les mécanismes de protection sociale pour favoriser leur accès par les ménages les plus vulnérables ;
- Soutenir les initiatives de cantines scolaires de manière afin de renforcer la fréquentation et le maintien des enfants à l'école ;
- Renforcer la gestion des déchets solides et l'accès aux infrastructures d'assainissement et d'hygiène au niveau domiciliaire et communautaire, notamment par l'installation de bacs à ordures et la construction ou la réhabilitation de blocs sanitaires ;
- Mener un plaidoyer en faveur de l'élaboration et de l'application de mesures législatives (décret) imposant l'intégration de latrines dans toute nouvelle construction privée et le respect de normes de construction adaptées au contexte⁷, assorties de mécanismes efficaces de suivi et de contrôle, en collaboration avec le Bureau Municipal de l'Hygiène (BMH).

⁷ Notamment dans les zones de rizières où le rehaussement des toilettes est nécessaire et/ou l'utilisation de fosses Makiplast

I. INTRODUCTION

A Madagascar, 81% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté⁸ et les enfants (67%) sont les premières victimes de la pauvreté multidimensionnelle⁹. Dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo, les défis économiques et sociaux sont aggravés par des chocs environnementaux et sanitaires fréquents, tels que les inondations saisonnières, les cyclones et les épidémies. Les conditions précaires dans lesquelles vivent les femmes, les hommes et les enfants, entraînent des risques majeurs en termes de santé, de nutrition et de bien-être psychosocial. L'accès limité à l'eau potable et les conditions d'assainissement dégradées maintiennent les ménages dans un environnement insalubre, propice à la propagation des maladies. Le faible accès à un emploi stable, le faible niveau d'alphabétisation et les mariages précoces, exacerbent l'insécurité alimentaire, notamment parmi les femmes. L'analyse IPC la plus récente couvrant les zones vulnérables aux fortes pluies et aux inondations de la Commune urbaine d'Antananarivo met en évidence une situation dominée par la Phase 2 (Stress), avec environ 461 000 personnes, tandis qu'environ 59 000 sont en Phase 3 (Crise). L'absence de populations en Phases 4 ou 5 doit toutefois être interprétée avec prudence en raison des difficultés à capter certaines catégories particulièrement vulnérables, telles que les populations mobiles et les personnes sans domicile fixe.¹⁰

Bien que Madagascar ait progressé dans la promotion de l'égalité hommes-femmes et l'intégration du genre dans ses politiques nationales et cadres juridiques, les inégalités et violences basées sur le genre restent largement répandues. Selon l'enquête démographique et de santé à Madagascar 2021, 35% des femmes âgées de 15 à 49 ans ont subi des violences physiques ou sexuelles ; et 44% des femmes non célibataires ont été victimes de violences émotionnelles, physiques ou sexuelles de la part de leur conjoint. Ces violences restent souvent tolérées ou justifiées par la société.

Les jeunes, levier de développement, rencontrent des difficultés pour accéder à des informations et services adaptés dans l'exercice de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. Environ 40% des filles de 15 à 19 ans ont déjà eu des rapports sexuels, et pour 20% d'entre elles, le premier rapport a eu lieu avant 15 ans. Ces comportements précoces exposent les jeunes à des risques de grossesses précoces, d'infections sexuellement transmissibles, de décrochage scolaire, ayant des conséquences négatives sur leurs futurs et limitant leur épanouissement émotionnel, économique et social. Ainsi, 14% des adolescentes de 15 à 19 ans dans la capitale ont déjà eu un ou plusieurs enfants.

Tous ces facteurs fragilisent les pratiques de soins et alimentent les problématiques psychosociales au sein des ménages, dans un contexte caractérisé par une réponse insuffisante des services de santé mentale et de protection. Selon le diagnostic en santé mentale, pratiques de soins et protection en milieu urbain réalisé par ACF en 2021, 19 % des participant·e·s présentaient des signes de détresse psychologique modérée, tandis que 6 % manifestaient des symptômes de détresse sévère.¹¹

Par ailleurs les enfants de moins de cinq ans souffrent de taux alarmants de malnutrition chronique, estimée à 48,3% [43,7-53,0]¹², pendant la dernière enquête nutritionnelle SMART dans la ville d'Antananarivo¹³. Le taux de malnutrition aiguë globale (MAG) a été estimée à 9,0% [6,1-13,1]. Cette situation est d'autant plus préoccupante dans un contexte où, en dehors de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère – dont le traitement est disponible dans les centres de santé – les approches de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge

⁸ World Bank Group, 'Madagascar Country Overview' 2024.

⁹ UNICEF Conseil économique et social, 'Descriptif de Programme Pays Madagascar', 2024.

¹⁰ IPC, *Analyse IPC de Mise à Jour Sur l'insécurité Alimentaire Aigue Au Niveau Des 32 Districts, Madagascar*; 2026.

¹¹ ACF, *Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain*. (ACF, 2021).

¹² Résultats exprimés en z-score selon la référence OMS 2006 avec un intervalle de confiance de 95%

¹³ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra* 2025.

de la malnutrition aiguë modérée demeurent limitées, voire inexistantes. En effet, l'offre de services en santé et en nutrition communautaire est limitée dans la ville d'Antananarivo. D'après les données disponibles, moins de 50% des enfants malades consultent un prestataire de santé, et moins d'un enfant sur cinq reçoit des soins appropriés¹⁴. Cette situation est en partie due à la fragilité du système de santé, notamment le manque d'infrastructures, d'équipements adéquats, de personnel qualifié. Les moyens financiers limités des ménages constituent également un frein à l'accès des services de santé. Par ailleurs, la quasi-totalité des femmes assiste à au moins une consultation de soins prénataux et/ou postnataux, mais il est rare qu'elles participent à toutes les consultations. 1 femme sur 4 évite d'utiliser les services des Centres de Santé de Base (CSB) pour l'accouchement et préfère avoir recours aux matrones.¹⁵

Pour relever ces défis, une approche multisectorielle est essentielle. Le projet SAKANDRO, financé par l'Agence Française de Développement et porté par Action Socio Sanitaire Organisation des Secours (ASOS) et Action Contre la Faim (ACF), vise à contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans dans quatre fokontany vulnérables de la capitale, s'appuyant sur une approche intégrée et communautaire en a) améliorant l'accès aux services de santé et nutrition aux enfants et aux mères ; et b) en offrant un cadre protecteur pour promouvoir le bien-être des enfants et responsables d'enfants. Le projet, mis en œuvre sur une période de trois ans à compter de septembre 2025, s'inscrit dans le prolongement des actions menées par ACF depuis 2012, la prévention et la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée chez les enfants, ainsi qu'un soutien psychosocial à travers la redynamisation de quatre sites communautaires situés dans les quartiers vulnérables ciblés : Antohomadinika IIIG Hangar, Antohomadinika FAAMI, Ankasina, Ampefiloha Ambodirano.

Afin d'adapter les stratégies d'intervention du projet à court terme ainsi qu'à plus long terme, ACF a engagé la population des quatre fokontany concernés par le projet SAKANDRO dans l'analyse des déterminants de la sous-nutrition afin de mieux comprendre les causes multisectorielles de l'émaciation et du retard de croissance dans ce milieu. Malgré l'historique de travail dans ces communautés, et en complément des résultats de l'enquête nutritionnelle et de sécurité alimentaire menée en décembre 2025, il était en effet impératif de mettre à jour les connaissances sur les défis vécus quotidiennement par la population et leur impact sur l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables afin d'adapter les approches programmatiques aux défis les plus significatifs. De plus, cette étude permet de redynamiser le lien entre les organisations de mise en œuvre du projet et la population, équilibrant les responsabilités de chaque partie prenante à la suite de la cocréation du savoir, du respect mutuel et de la confiance. De manière plus globale, cette étude met en lumière les enjeux liés à la situation nutritionnelle dans les quartiers vulnérables de la capitale. Elle apporte également des éléments susceptibles de contribuer au développement conjoint d'une stratégie intégrée de prévention et prise en charge de la malnutrition aiguë en milieu urbain, en cohérence avec la politique nationale de sante communautaire, et ouvre la voie à une appropriation par les programmes nationaux de nutrition du Gouvernement.

II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

OBJECTIF GLOBAL

L'objectif principal de cette étude des déterminants de la sous-nutrition est de comprendre les déterminants de la malnutrition aiguë et la malnutrition chronique dans les quatre fokontany qui constituent la zone d'intervention du projet SAKANDRO dans le district d'Antananarivo Renivohitra à Madagascar afin d'améliorer la pertinence et l'efficacité des interventions du

¹⁴ UNICEF Conseil économique et social, 'Descriptif de Programme Pays Madagascar'.

¹⁵ ACF, *Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain*.

projet ainsi que créer une base solide pour l'engagement communautaire équitable au long de sa mise en œuvre.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Avec la participation active des membres communautaires de quatre fokontany, l'étude vise spécifiquement à :

- Identifier les vulnérabilités et des capacités de la population dans la zone d'étude, y compris celles spécifiques à la jeunesse ;
- Identifier les principaux déterminants de la sous-nutrition au sein de la population de la zone d'étude et comprendre comment les déterminants de la sous-nutrition interagissent afin d'expliquer la plupart des cas de la sous-nutrition dans la zone d'étude ;
- Comprendre comment les déterminants de la sous-nutrition ont évolué au fil du temps et/ou au fil des saisons et identifier les groupes particulièrement vulnérables à la sous-nutrition au sein de la population de la zone d'étude ;
- Collecter le retour de la population sur les interventions précédentes et les engager dans le développement de leur vision des résultats souhaités du projet SAKANDRO ;
- Élaborer des recommandations pour améliorer les interventions du projet SAKANDRO dans la zone d'étude.

III. METHODOLOGIE

TYPE DE METHODOLOGIE

L'étude des déterminants de la sous-nutrition est une étude participative et holistique, tenant compte non seulement des complexités des causes de la sous-nutrition mais aussi du vécu quotidien des communautés dans les quartiers défavorisés. C'est une étude qualitative, qui priorise l'utilisation des groupes de discussion (FGD), des entretiens semi-directifs (ESD) et des observations comme méthodes de collecte des données principales. Les échanges communautaires comprenaient une série d'outils participatifs ainsi que d'aides visuelles afin d'encourager l'engagement des participants et la co-crédation du savoir. L'étude comprenait une analyse approfondie des facteurs qui influencent l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans, complétée par une cartographie des quatre fokontany de la zone d'étude, une évaluation rapide de leurs vulnérabilités¹⁶ et des stratégies de résilience ainsi que l'auto-analyse des risques par les jeunes filles et les jeunes garçons.

ETAPES CLES

A. Phase préparatoire (Aout – Février 2026)

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 qualitative des déterminants de la sous nutrition. Au cours de la phase préparatoire, toutes les ressources humaines, financières et logistiques ont été mobilisées afin d'assurer le bon déroulement de l'étude, y compris et l'obtention des autorisations nécessaires auprès des organismes de coordination gouvernementaux et non gouvernementaux. La phase préparatoire comprenait également la revue documentaire d'études clés menées dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo sur les thématiques en lien avec la sous-nutrition^{17,18}, ainsi que des échanges réguliers avec les partenaires techniques impliqués dans la réalisation d'un enquête SMART¹⁹ dans les zones vulnérables de la capitale. Les résultats clés de ces études ont été utilisés pour

¹⁶ 11 dimensions de la résilience communautaire.

¹⁷ Nandrasana Rakotomanana EF., 'Retard de Croissance et Risque de Contamination Par Un Milieu de Vie. Une Anthropologie de La Petite Enfance Au Prisme de l'organisation Spatiale et Sociale Dans Un Quartier Défavorisé à Antananarivo, Madagascar.' (PhD Thesis, Université de Bordeaux, 2023).

¹⁸ ACF, *Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain*.

¹⁹ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

guider l'élaboration des outils de collecte de données adaptés au contexte et aux besoins de l'évaluation, ainsi que le développement des modules pour la formation de l'équipe de l'étude qualitative.

B. Collecte de données primaires (Mars – Avril 2026)

La collecte de données a duré quatre semaines, du 16 Mars au 16 Avril 2026, soit une semaine par fokontany, afin de permettre aux membres des communautés de partager leur retour progressivement, évaluant tous les enjeux de manière holistique et inclusive. Elle a consisté en une étude approfondie de tous les déterminants de la sous-nutrition par le biais d'entretiens semi-directifs et de discussions de groupe, constituant deux méthodes principales de collecte de données. La collecte de données dans chaque fokontany a été complétée par une restitution des retours consolidés auprès des membres clés de la communauté, afin de solliciter leur validation.

Cadre d'échantillonnage

Dans le cadre du projet Sakandro, la collecte de données a été menée dans chacun des quatre fokontany qui constituent la zone d'intervention du projet, tels que décrits dans le tableau 1 ci-dessous.

Fokontany	Arrondissement	CSB II	Population totale
Ankasina	I	Tsaralana	11.903
Antohomadinika Antsalovana FAAMI	I	Tsaralana	11.830
Antohomadinika IIIG Hangar	I	CARMMA Antohomadinika	12.771
Ampefiloha Ambodirano	IV	Anosipatrana	12.399

Tableau 1: Cadre d'échantillonnage qualitatif, Zone d'intervention du projet Sakandro, District d'Antananarivo Renivohitra

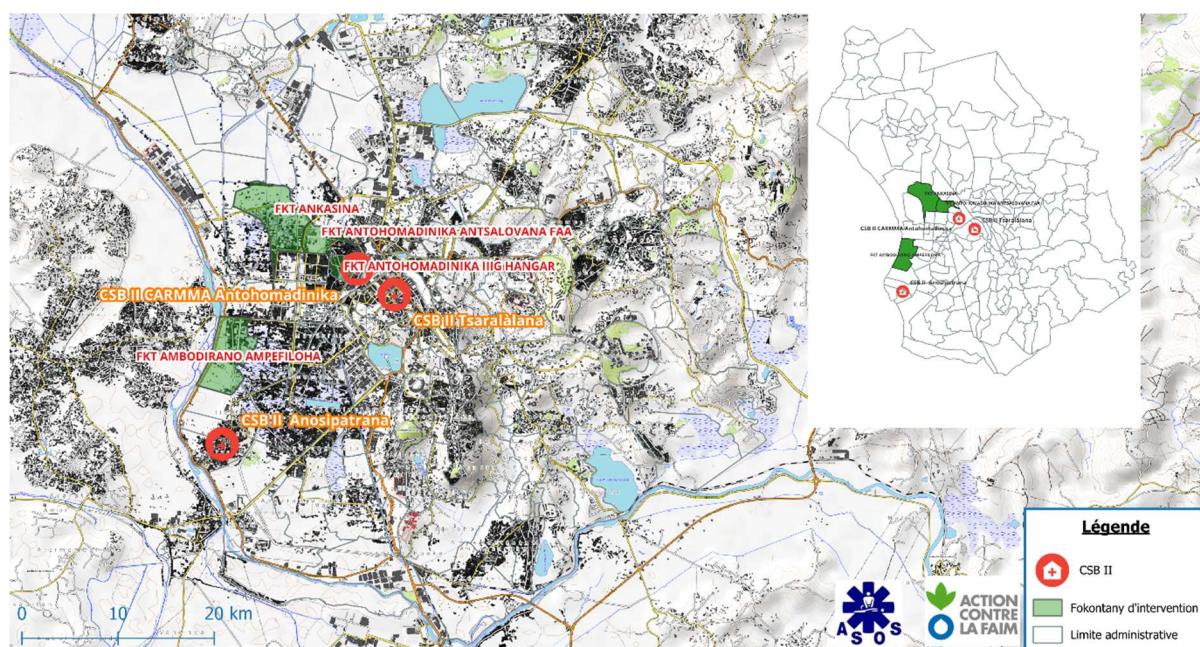


Figure 1: Carte de la zone d'intervention du projet Sakandro, District d'Antananarivo Renivohitra

Au niveau de villages/quartiers, les catégories suivantes de participants ont été sélectionnées pour participer aux discussions de groupe et aux entretiens semi-directifs :

- Leaders communautaires (chefs de fokontany, chefs religieux et autres personnalités clés de la communauté) ;
- Personnel des centres de santé (médecins, infirmiers, agents communautaires) ;
- Tradipraticiens et/ou matrones ;
- Représentants d'organisations communautaires ;
- Mères et pères d'enfants de moins de 5 ans, y compris les parents d'enfants malnutris ;
- Grands-parents d'enfants de moins de 5 ans ;
- Jeunes filles et garçons.

Taille d'échantillon

Fokontany	CSB II	Discussions de groupe / Exercices participatifs	Entretiens semi-directifs	Obs.	Restitution comm.	Jours	No. participants (total)	No. participants (fém.)
Antohomadinika IIIIG Hangar	CARMMA	14	9	1	1	5	92	71
Antohomadinika Antsalovana FAAMI	Tsaralalana	15	7	1	1	5	123	88
Ankasina	Tsaralalana	15	7	1	2	5	129	79
Ampefiloha Ambodirano	Anosipatrana	15	8	1	1	5	119	80
TOTAL		59	31	4	5	20	463	318

Tableau 2: Résumé des consultations communautaires lors de l'étude qualitative, District d'Antananarivo Renivohitra

La durée des entretiens semi-structurés ou des discussions de groupe a été limitée à 1h ou 1h15 maximum. Les discussions de groupe ont eu lieu entre 9h du matin et 15h afin de s'adapter à la disponibilité de la communauté et à son quotidien.

La collecte des données s'est déroulée sur 5 jours consécutifs dans chaque fokontany, le dernier jour 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.

Outils de la collecte des données

Les deux principales méthodes de collecte de données comprenaient des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe. Ceux-ci étaient guidés par des guides d'entretien couvrant les principaux thèmes liés aux déterminants de la sous-nutrition identifiés lors de la consultation documentaire réalisée au cours de la phase préparatoire. L'équipe chargée de l'étude qualitative a par ailleurs utilisé une série d'aides visuelles dans le but d'aider les participants à examiner divers facteurs déterminants de la sous-nutrition dans la zone d'étude et à les classer par ordre d'importance, ainsi qu'un calendrier de 1 000 jours, un outil participatif conçu pour comprendre et comparer les pratiques pendant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant (Annexe C).

Composition de l'équipe et formation

La collecte de données qualitatives a été dirigée par une Conseillère senior en nutrition avec l'aide de quatre assistants de recherche. Dans chaque fokontany, l'équipe de l'étude qualitative était assistée par les techniciens communautaires de l'équipe d'ASOS, et par les agents communautaires du fokontany concerné. Le rôle principal des agents communautaires était d'assurer une sélection équitable des participants à chaque discussion de groupe et d'assumer toutes les fonctions d'appui, selon besoin.

Avant le début de la collecte des données, les membres de l'équipe d'étude qualitative ont suivi une formation de deux jours, qui s'est déroulée à Antananarivo de 17 au 19 Mars 2026. La formation comprenait, entre autres, des modules sur la méthodologie de l'étude qualitative des déterminants de la sous-nutrition et les outils de la collecte de données, ainsi qu'une explication des considérations éthiques à respecter lors de l'étude. Une série de simulations a été intégrée dans un processus d'apprentissage afin de vérifier le niveau de compréhension des concepts et des pratiques clés des membres de l'équipe et de garantir un haut niveau de qualité de la collecte des données. La formation a été suivie par un test pilote qui a été organisé le 19 mars 2026 dans le Fokontany Antohomadinika IIIG Hangar.

Les déplacements de l'équipe chargée de la collecte des données ont été soigneusement coordonnés afin de permettre des débriefings quotidiens, et permettre ainsi à la responsable de l'étude d'adapter rapidement les approches de l'étude en fonction des commentaires de la communauté. Les débriefings quotidiens permettaient également de trianguler les données entrantes en temps réel et permettaient à l'équipe de recouper et d'examiner plus en profondeur les témoignages des différentes parties prenantes afin de mettre en évidence des tendances qui pourraient être difficiles à détecter lors d'enquêtes rapides.

C. Synthèse des résultats (Mai – Juin 2026)

Une fois la collecte achevée, l'ensemble des données a fait l'objet d'une analyse approfondie et d'une triangulation systématique. Cette démarche a permis d'examiner de manière détaillée les différents déterminants de la sous-nutrition catégorisés en fonction de leur impact relatif sur la sous-nutrition dans la zone d'étude, et d'établir le schéma causal de la sous nutrition dans le contexte étudié. Les résultats de cette analyse ont été triangulés avec les données de l'enquête nutritionnelle et de sécurité alimentaire de décembre 2025, afin de renforcer la robustesse et la cohérence des conclusions. Ils ont ensuite été présentés aux principales parties prenantes et partenaires opérationnels. Les séances de restitution ont contribué à affiner et consolider les recommandations, en vue d'améliorer la pertinence et l'efficacité des interventions en cours et futures.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données qualitatives ont été enregistrées manuellement dans un cahier et reproduites électroniquement à la fin de chaque journée de la collecte de données dans une communauté échantillonnée. Les données ont été compilées dans le logiciel NVivo et codées 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.

CONSIDERATIONS ETHIQUES

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

- a. 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 ;
- b. Les participants pouvaient participer à plus d'une discussion de groupe, s'ils le souhaitent, mais compte tenu de leurs multiples activités, il a été conseillé aux agents communautaires de répartir la sélection des participants sur l'ensemble du quartier, si nécessaire ;
- c. Les leaders communautaires et les agents communautaires ont été informés de la sélection de leur communauté pour cette étude qualitative plusieurs jours à l'avance. Une réunion initiale a ensuite été organisée dans chaque fokontany le premier jour de la collecte des données, au cours de laquelle les agents communautaires ont reçu un planning détaillé des activités de recherche dans leur fokontany afin de faciliter le processus de sélection des participants et d'assurer leur disponibilité à des moments définis. La planification détaillée a pu être modifiée si les membres du fokontany l'exigeaient. L'équipe qualitative s'est

adaptée à leur routine autant que possible, en tenant compte des contraintes de temps de l'étude ;

- d. La durée des discussions de groupe a été limitée à 1h15 au maximum. L'équipe qualitative a clôturé toutes les discussions du groupe de discussion à l'heure convenue et organisé des discussions complémentaires avec les participants, si nécessaire ;
- 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 été ni recueillis ni partagés ;
- f. L'équipe qualitative a organisé une discussion de synthèse au cours de la dernière journée de la collecte de données afin de permettre aux communautés de réviser leurs conclusions, de classer les déterminants de la sous-nutrition identifiés et de hiérarchiser les actions à suivre.

LIMITES DE L'ETUDE

Une tentative de triangulation entre les résultats de l'étude qualitative et ceux de l'enquête SMART conduite en décembre 2025 a été réalisée. Toutefois, en raison de lacunes dans l'analyse disponible²⁰, cette triangulation n'a pas pu être menée de manière suffisamment systématique et cohérente pour offrir une compréhension approfondie des déterminants et de protection. Par ailleurs, la triangulation des données est également limitée par les différences d'échelle géographique entre les deux études : les résultats de l'enquête SMART concernent 46 fokontany vulnérables de la capitale et ne sont pas représentatifs des quatre fokontany identifiés comme les plus vulnérables dans l'étude qualitative, ce qui restreint la portée interprétative des analyses croisées.

²⁰ L'analyse statistique des associations entre les facteurs causaux et les différentes formes de sous-nutrition, en particulier chez les enfants cumulant malnutrition aiguë et malnutrition chronique, n'a pas été réalisée

IV. RÉSULTATS

SOUS-NUTRITION

Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition

Le schéma causal de la sous-nutrition issu des entretiens, groupes de discussion et observations réalisés au sein des communautés des quatre fokontany de la zone du projet SAKANDRO sont présentés dans la Figure 3 ci-dessous. D'après la population, la sous-nutrition est provoquée par le faible accès aux revenus, lié au caractère instable des opportunités économiques. Celles-ci se sont réduites au cours des dernières années, en raison notamment de la récession du secteur textile, aggravée par la pandémie de COVID-19 ainsi que par l'instabilité politique, le tout dans un contexte de pression démographique accrue et d'inflation marquée.

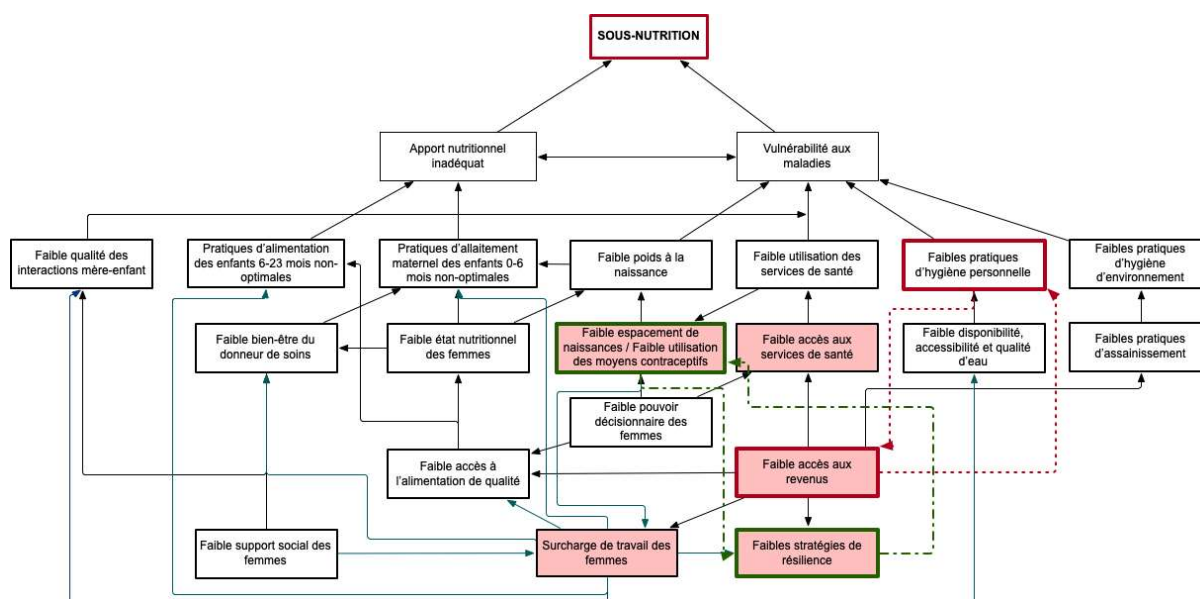


Figure 2: Perceptions communautaires des schémas causaux de la sous-nutrition, District Antananarivo Renivohitra

Par conséquent, l'accès à une alimentation de qualité est fortement limité, avec des effets directs sur l'état nutritionnel des femmes – ainsi que sur leur perception de leur capacité à allaiter – et sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, caractérisées par une introduction précoce d'aliments de compléments et une consommation privilégiée d'aliments de rue peu nutritifs, tels que les beignets, pâtes, biscuits ou glaces.

Par ailleurs, le manque de ressources financières entraîne une surcharge de travail pour les femmes, engagées dans la recherche quotidienne de moyens de subsistance, en parallèle de la gestion du foyer. La surcharge liée à ce double rôle productif et reproductif est accentuée par un accès à l'eau difficile caractérisée par de longs temps d'attente aux points d'eau, et par un soutien social qui s'est progressivement réduit, en lien avec la priorisation donnée à la recherche de moyens de subsistance. Ces défis ont des répercussions notables sur la santé mentale des mères et, par extension, sur les pratiques de soins aux jeunes enfants. Ceux-ci sont souvent confiés dès leur plus jeune âge à des membres de l'entourage pour une garde quotidienne prolongée²¹, limitant la pratique de l'allaitement maternel, en parallèle d'une alimentation complémentaire souvent inadéquate. Toutes ces difficultés sont renforcées par des grossesses précoces, souvent non désirées, et un faible espacement des naissances, qui

²¹ Pour les femmes qui travaillent en dehors du domicile, il n'est pas rare de s'absenter de 6 h à 19 h.

accentuent à leur tour la surcharge de travail des femmes et le faible accès à une alimentation de qualité.

Face aux préoccupations financières et à la surcharge de travail, le moindre choc tel que les inondations, la maladie ou le décès d'un membre du foyer devient vite insurmontable pour les ménages, et accélère le recours à des stratégies d'adaptation négatives. Celles-ci incluent notamment les jeux d'argent, la consommation d'alcool et/ou de drogues (principalement le cannabis et le «rôro», dérivé de l'héroïne), y compris chez les femmes et les jeunes, ainsi que le recours à la prostitution et la délinquance. Ces pratiques compromettent l'accès aux sources de revenus et ont des répercussions significatives sur la santé mentale et l'état nutritionnel des mères et des jeunes filles (Cf. Faible état nutritionnel des femmes et. Bien être du donneur de soins). Elles contribuent également à une augmentation du risque de faible poids à la naissance, inscrivant les ménages dans une dynamique cyclique défavorable.

Par ailleurs, la surcharge de travail, la santé mentale précaire des mères et le recours fréquent à des stratégies d'adaptation négatives influencent la qualité des interactions avec les jeunes enfants. Celles-ci sont souvent caractérisées par une faible disponibilité des personnes en charge des soins, ainsi que par des relations familiales marquées par des comportements violents, tant au sein du couple que des parents envers les enfants, qu'ils soient jeunes ou plus âgés, ou des enfants entre eux.

En parallèle, l'environnement insalubre et dégradé du quartier contribue à sa mauvaise réputation, limitant les opportunités d'emploi pour les habitants qui se retrouvent stigmatisés, et, de ce fait, enfermés dans des situations de faible résilience.

Le faible accès aux revenus, combiné à un faible pouvoir décisionnel des femmes et à leur surcharge de travail débouchent aussi sur un faible accès aux services de santé, renforcé par les difficultés d'accès géographique aux structures de santé pour certains fokontany (Ankasina et Ampefiloha Ambodirano notamment), par la qualité de l'accueil et de la prise en charge, ainsi que par les normes sociales concernant la perception des maladies et l'efficacité perçue des pratiques traditionnelles. Ces multiples barrières retardent le recours aux soins appropriés en cas de maladies.

Celles-ci peuvent être provoquées par l'environnement insalubre, dû aux pratiques d'assainissement et d'hygiène non-optimales, qui compromettent la qualité de l'eau et de l'environnement et ainsi augmentent un risque des maladies liées à l'eau.

Ce schéma causal s'aligne avec une typologie d'enfant malnutri issue des études de cas et des échanges communautaires, indiquant un effet cumulatif du faible accès aux revenus (parents sans emploi stable), de la surcharge de travail des femmes (enfants de mère célibataires/ monoparentales), de faibles capacités de résilience (consommation d'alcool dans le ménage et/ou pratique de jeux d'argent) et d'un faible espacement des naissances (enfants d'une mère ayant eu des grossesses rapprochées/ précoces). Le profil des cas étudiés soutient par ailleurs l'observation d'une association fréquente entre la malnutrition aiguë et le retard de croissance chez les enfants. Autrement dit, les enfants présentant un retard de croissance partagent souvent des antécédents de malnutrition aiguë, et inversement. Ces situations s'accompagnent fréquemment d'un historique²² de faible poids à la naissance, parfois lié à la prématurité et/ou à la consommation d'alcool maternelle (Cf. Annexes A et B). Ces observations s'alignent sur l'étude réalisée à Ankasina sur les enfants souffrant de retard de croissance²³.

²² Dans la plupart des cas, l'historique de faible poids de naissance est fondé sur les déclarations des mères, les accouchements s'étant fréquemment déroulés auprès de matrones, sans mesure du poids de naissance.

²³ Nandrasana Rakotomanana EF., 'Retard de Croissance et Risque de Contamination Par Un Milieu de Vie. Une Anthropologie de La Petite Enfance Au Prisme de l'organisation Spatiale et Sociale Dans Un Quartier Défavorisé à Antananarivo, Madagascar.

MALNUTRITION AIGÜE (MA)

Perceptions communautaires de la malnutrition aigüe

Les échanges avec la communauté ont permis de tracer les représentations locales de la malnutrition aigüe dans la zone d'étude ainsi que les interactions des communautés avec cette condition. En d'autres mots, la terminologie locale utilisée pour décrire la malnutrition aigüe révèle comment les communautés la perçoivent et l'aborde.

La population dans les communautés visitées a fait référence à la malnutrition aigüe en utilisant une dizaine de termes, dont la moitié ont été utilisés pour identifier l'émaciation et l'autre moitié pour décrire les œdèmes nutritionnels. Dans l'ensemble, les communautés identifient l'émaciation comme la forme de malnutrition aigüe la plus courante

Malnutrition aigüe – émaciation	
<i>Alofisaka</i>	Alo= messenger - Fisaka=plat
<i>Ilay mahia</i>	Le maigre
<i>Mahia be</i>	Très fin
<i>Tsy ampy sakafo</i>	Nourriture insuffisante
<i>Marary fo</i>	Maladie du cœur (marary= malade, fo=cœur), due aux émotions négatives
Malnutrition aigüe – oedème nutritionnel	
<i>Alobotry</i>	Alo= messenger - Botry=gros. L'enfant présente une rétention d'eau, mais son poids est léger par rapport à son gabarit
<i>Be kibo</i>	Ventre gonflé
<i>Kibotaina</i>	Ventre plein de matières fécales
<i>Marary fo</i>	Maladie du cœur, due aux émotions négatives, qui se manifeste par des gonflements au niveau des pieds, des bras, des joues et des yeux
<i>Binabina</i>	Gros, gonflé. L'enfant a l'air en forme, grand et gros mais il manque d'énergie.

Tableau 3: Liste de termes locaux utilisés pour décrire la malnutrition aigüe, District Antananarivo Renivohitra

Les perceptions communautaires de la malnutrition aigüe s'appuient, d'une part, sur des signes visibles – tant pour l'émaciation (« *alofisaka* » désignant un enfant « plat ») que pour les œdèmes nutritionnels— et, d'autre part, sur la manière dont la condition et ses causes sont interprétées localement. Celle-ci est fréquemment comprise comme résultant d'une « maladie du cœur » – « *marary* » signifiant « malade » et « *fo* » « cœur » – associée à des expériences émotionnelles négatives. Ces dernières peuvent concerner l'enfant, par exemple en cas d'absence prolongée de la mère ou du père, ou en cas de violences intra-familiales, mais également la mère elle-même durant la grossesse. Au cours des discussions avec les femmes et les hommes, la maladie du cœur était tour à tour associée à des cas d'émaciation ou d'œdèmes, une condition pouvant succéder à l'autre et inversement selon la communauté.

Les cas de malnutrition aigüe sont également étroitement associés à la présence de vers intestinaux provoquant le gonflement du ventre, que la communauté associe aux faibles pratiques d'hygiène personnelle et environnementale (environnement de l'enfant contaminé par les matières fécales, conservation non optimale des aliments vendus dans la rue) et à la consommation d'eau de qualité inadéquate.

La population interprète par ailleurs certains cas de malnutrition aigüe comme résultant d'actes de sorcellerie, lorsqu'un membre de la communauté cherche à se venger d'un différend ou par jalousie en s'attaquant à un enfant pour toucher un/les parents.

Les signes de malnutrition ne sont que rarement identifiés comme tels ; le recours aux soins est généralement déclenché par la symptomatologie présentée plutôt que par une reconnaissance de la malnutrition en tant que condition spécifique. Le traitement passe le plus souvent par un recours au traitement traditionnel en première intention, à base de tisanes ou de massages, effectués par un tradipraticien ou une matrone en fonction des symptômes d'appel, ou par l'automédication à partir de médicaments achetés dans les épiceries de quartier.

Le recours au centre de santé ou à des médecins en cabinets privés se fait le plus souvent que dans un deuxième temps, à défaut d'amélioration avec le traitement traditionnel, mais dans certaines situations des mères ont rapporté consulter le centre de santé ou un cabinet privé en première intention en raison de sa proximité, ou lorsque les symptômes sont identifiés comme relevant de la « médecine moderne » (par exemple paludisme). Dans les fokontany Antsalovana FAAMI et Ampefiloha Ambodirano, certaines mères ont recours en parallèle aux options de prise en charge par la distribution journalière de repas enrichis²⁴ pour les enfants, conditionnées à la fréquentation régulière effective du service.

La période de janvier à mars, coïncidant avec la saison des pluies et une raréfaction des opportunités économiques, combinée à une forte incidence des diarrhées, a été identifiée comme celle présentant le niveau le plus élevé de malnutrition aiguë. Par ailleurs, les mois de septembre et octobre, caractérisés par une augmentation des températures et une augmentation des cas de fièvre et d'infections respiratoires, ont également été mentionnés comme une période associée à une hausse des cas de malnutrition aiguë.

D'après les observations des participants aux échanges communautaires, les enfants les plus vulnérables à l'émaciation sont les enfants entre 12 et 18 mois, vivant dans des familles monoparentales et/ou avec des naissances rapprochées, dont un ou les deux parents consomment de l'alcool de manière excessive, nés avec un faible poids, pour lesquels des aliments complémentaires ont été introduits précocement (2-3 mois), et laissés en garde à un enfant plus jeune. La communauté ne perçoit pas de différence en vulnérabilité entre les filles et les garçons.

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des deux formes de la malnutrition aiguë se trouve dans le tableau 4 ci-dessous.

MALNUTRITION AIGÜE – EMACIATION	
Causes	▪ Vers intestinaux ; ▪ « Maladie du cœur », résultant d'émotions négatives (tristesse liée à la séparation avec la mère ou le père, colère, peur, stress lié aux violences verbales et physiques) ▪ Pratiques d'allaitement non optimales, en lien avec une perception de lait insuffisant et la charge de travail élevée des mères ▪ Consommation des aliments en quantité et qualité insuffisante dû au manque de ressources financières, y compris la consommation d'aliments faiblement nutritifs achetés dans la rue ; ▪ Maladies (fièvre, diarrhée, toux) sans recours aux soins appropriés ; ▪ Faible espacement de naissances ; ▪ Faible état de santé des mères ; ▪ Faible soutien des hommes (surtout financier), combiné avec la surcharge de travail des femmes qui absorbent la responsabilité pour les activités génératrices de revenu pour combler les vides ; ▪ Faibles pratiques de soins, y compris la consommation d'eau en quantité ou qualité insuffisante et les faibles pratiques d'hygiène (personnelle et environnementale) à cause de l'absence des parents / manque de surveillance des enfants ; ▪ Sorcellerie
Vulnérabilité	▪ Pas de différence de sexe évidente ▪ Enfants de mère monoparentale ou issu de couple avec père défaillant ▪ Enfants d'une mère ayant eu des grossesses rapprochées et/ou ▪ Enfants de mère souffrant de faible état nutritionnel ou de surpoids ou obésité ▪ Enfants nés avec un faible poids ▪ Enfants de 12 à 18 mois (en lien avec le passage au plat familial, les occupations des mères et les grossesses rapprochées) ▪ Enfants de parents sans travail stable ▪ Enfants non vaccinés en raison de croyances religieuses ▪ Enfants issus de ménages où un ou les deux parents consomment de l'alcool de manière excessive et/ou est engagé dans les jeux d'argent ▪ Enfants cadets ▪ Enfants laissés en garde à un enfant plus âgé ▪ Orphelins

²⁴ Prise en charge de la malnutrition aiguë par les sœurs religieuses à Ampefiloha Ambodirano et au Centre mère enfant à Ankazomanga, base sur l'utilisation de bouillies et repas enrichis

Traitement	▪ Massages chez le tradipraticien ▪ Tisanes préparées par les matrones et les tradipraticiens ▪ Soins au dispensaire des sœurs religieuses (repas diversifié et spiruline) ▪ Bouillies enrichies au centre mère-enfant ▪ Application des conseils nutritionnels prodigués par les agents communautaires, notamment la préparation de purée de légumes ▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®); ▪ Prière
MALNUTRITION AIGÛE – OEDEME NUTRITIONNEL	
Causes	▪ Maladie du cœur, résultant d'émotions négatives (tristesse, colère, peur, stress lié aux violences verbales et physiques) ▪ Consommation de lait concentré sucré en substitution du lait maternel ▪ Vers intestinaux ▪ Sorcellerie : consommation d'aliments empoisonnés achetés dans la rue, ou sortilèges transmis à travers les vêtements
Traitement	▪ Massages chez le tradipraticien ▪ Tisanes amères pour réguler le taux de sucre préparées par les matrones et tradipraticiens ▪ Soins au centre de santé (PlumpyNut®); ▪ Prière

Tableau 4: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des deux formes de la malnutrition aigüe, District Antananarivo Renivohitra

Les résultats de l'enquête SMART²⁵ n'indiquent pas de différence significative selon le sexe de l'enfant, tant pour la malnutrition aiguë que pour la malnutrition chronique, confirmant les perceptions communautaires décrites ci-dessus. L'enquête montre par ailleurs que la malnutrition aiguë globale est significativement plus élevée chez les enfants de 6 à 23 mois, avec un taux de 15,3 % [9,8–23,2], comparativement aux enfants âgés de 24 à 59 mois, chez qui la prévalence de la MAG est de 4,4 % [2,3–8,2]. Ces résultats s'alignent sur la perception communautaire d'une plus grande vulnérabilité des enfants de 12 à 18 mois.

▪ RETARD DE CROISSANCE (RC)

Perceptions communautaires de retard de croissance

Bien que la malnutrition chronique chez l'enfant soit plus difficilement identifiable que la malnutrition aiguë (les hommes et les femmes ne faisaient pas toujours la distinction sur les photos présentées entre les enfants malnutris chroniques et les enfants avec un bon statut nutritionnel), la communauté reconnaît cette condition comme largement répandue dans les quatre fokontany.

Les termes utilisés pour faire référence au retard de croissance se regroupent en deux grandes catégories. D'un côté, la population identifie les cas de retard de croissance par leur taille inférieure à celle des autres enfants de la même catégorie d'âge, et l'associe le plus souvent à une alimentation inadéquate. Elle perçoit les enfants souffrant de retard de croissance comme des enfants capables de mener une vie normale, mais dont la taille est plus petite que celle des autres enfants de leur âge en raison de carences alimentaires répétées.

« L'enfant peut jouer tranquillement, tout le monde joue ici, mais c'est son goûter qui manque. »

D'autre part, la population décrit les cas de retard de croissance en faisant référence à un aspect physique de « petit vieux ». Dans ce cas le retard de croissance est plutôt associé à une caractéristique génétique, la petite taille étant héritée des parents. La population attribue également le retard de croissance aux poids des responsabilités de la vie auquel un enfant peut être exposé trop précocement.

Dans les discours communautaires, le retard de croissance était parfois associé à des retards du développement psychomoteur, avec l'usage de terminologies pouvant refléter une

²⁵ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*

stigmatisation, les enfants étant parfois décrits par la communauté comme “mentalement retardés”.

Un résumé des termes locaux utilisés et des perceptions communautaires par rapport aux causes du retard de croissance se trouve dans les tableaux 5 et 6 ci-dessous.

Retard de croissance	
<i>kely be taona</i>	Petit qui a beaucoup d'âge
<i>Kely Antitra</i>	Petit vieux
<i>Fohy kokoa</i>	Enfant plus court pas rapport aux autres
<i>Tsy dia mitombo halavana</i>	Enfant qui ne pousse pas très haut

Tableau 5: Liste de termes locaux utilisés pour décrire le retard de croissance, District Antananarivo Renivohitra

RETARD DE CROISSANCE	
Causes	▪ Du a la faible diversité alimentaire : manque de fruits, légumes, viande, notamment la consommation principalement de pâtes et de manioc et la consommation de brèdes pour seul légume ▪ Cause génétique : Caractéristique transmise par un père ou une mère de petite taille ▪ Enfants qui font beaucoup de tâches ménagères et ont beaucoup de responsabilités. « L'enfant est stressé parce qu'il prend conscience des difficultés de la vie »
Vulnérabilité	▪ Enfants de familles appartenant à des communautés religieuses opposées à l'utilisation de la planification familiale (« enfants en escaliers ») - Jesosy mamony, Vahao ny oloko, Apocalypsy, Adventiste ▪ Enfants de ménages au sein desquels les conflits sont récurrents

Tableau 6: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement du retard de croissance, District Antananarivo Renivohitra

Selon les résultats de l'enquête SMART (décembre 2025)²⁶, la prévalence de la malnutrition chronique globale est significativement plus élevée chez les enfants de 24 à 59 mois, atteignant 57,6 % [50,2–64,6], contre 42,1 % [34,4–50,3] chez ceux âgés de 6 à 23 mois et 20,4 % [11,2–34,1] chez les nourrissons de 0 à 5 mois. Ces résultats sont cohérents avec les tendances observées à l'échelle globale, qui indiquent une prévalence plus élevée de la malnutrition chronique chez les enfants plus âgés.

SANTÉ ET NUTRITION

MALADIES INFANTILES

Les infections respiratoires aiguës, la diarrhée, le paludisme sont les maladies les plus courantes chez les enfants de moins de 5 ans. La communauté observe également de nombreux cas de rougeole et de varicelle, potentiellement du au non-respect du calendrier vaccinal (Cf. **Faible utilisation des services de santé**).

La lecture des symptômes et/ou causes de maladies infantiles récurrentes et dans une large mesure structurée autour de la perception communautaire du *folaka* (entorse), citée comme l'affection la plus courante chez les jeunes enfants. Cette affection, fréquemment associée à une chute, à un faux mouvement ou à une manipulation jugée inappropriée de l'enfant – par exemple lors du portage –, est considérée comme relevant d'une cause mécanique et, à ce titre, comme ne pouvant pas être prise en charge par le système de soins conventionnel. Le *folaka* est souvent la première cause invoquée pour interpréter certains symptômes observés chez l'enfant, tels que des pleurs persistants, de la fièvre ou une douleur lors des mouvements, pour lesquels le traitement de première intention relève principalement de la médecine traditionnelle, en particulier du recours à des tradipraticiens, qui pratiquent des massages, des manipulations corporelles et l'application de préparations locales. Le recours au système de santé formel n'intervient généralement qu'en cas d'aggravation ou d'échec des traitements traditionnels, ou lorsque le diagnostic de *folaka* a été écarté.

²⁶ UNICEF, CAETIC, Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025.

La communauté a une perception contrastée de l'évolution historique des maladies infantiles, décrivant d'un côté des améliorations au cours des dix dernières années en lien avec les interventions de santé publique (vaccination, mise en place des sites communautaires et des activités des agents communautaires, interventions des ONGs/ organisations confessionnelles), et d'autre part l'émergence perçue de nouvelles maladies, associées à des modifications de l'alimentation (produits transformés, produits chimiques, qualité du riz), ainsi qu'à la pollution environnementale (eaux usées, stagnation, mauvaises odeurs) et au changement climatique. Parmi ces évolutions récentes, la communauté souligne le *mangamaso* (ou *angamaso*), considéré comme une maladie en forte progression depuis 2024 et touchant un grand nombre de nouveau-nés, attribuée à la consommation d'additifs chimiques dans l'alimentation maternelle.

Mangamaso (ou Angamaso)

La population décrit le *mangamaso* comme une maladie- apparue récemment selon certaines participantes ou depuis une quinzaine d'années pour d'autres - qui s'est propagée de manière exponentielle à la plupart des enfants nés au cours des trois dernières années. La maladie est surtout décrite pour les nourrissons, mais des cas chez les enfants plus âgés ont également parfois été évoqués. Les signes de la maladie incluent une dépression inhabituelle au niveau de la fontanelle, une déformation du crâne, un creux au niveau du palais, et du lait qui sort des seins. D'après les tradipraticiens, le *mangamaso* est dû à la consommation d'additifs chimiques dans l'alimentation tels que les *jumbo* ou *vitsin*²⁷, ainsi que les pâtes industrielles, le poulet de chair, « *tous les produits transformés par les chinois et les karanas (indo-pakistanaï)s* ». Selon la population, le phénomène a pris de l'ampleur au point de toucher « *presque tous les enfants qui naissent* », et la maladie est difficile à éviter « *même s'ils ne mangent pas ces produits, personne n'est épargné, parce que même le riz est plein de produits chimiques* ».

De leur côté, les personnels de santé relient les signes de *mangamaso* à un tableau de déshydratation sévère, survenant à la suite d'épisodes de vomissements et de diarrhée. Ils expliquent également les déformations du crâne par les déformations physiologiques qui peuvent être observées sur le crâne d'un nouveau-né à la naissance suite au passage du bassin lors de l'accouchement, et qui se résorbent spontanément.

« Quand l'enfant sort du bassin de sa mère, le bassin n'est pas trop ouvert. Il y a juste une petite issue et ça déforme la tête de l'enfant. Et surtout quand l'enfant met du temps à sortir du bassin, parce que c'est juste une petite issue, cela cause une déformation du frontal, mais c'est d'ordre physiologique, c'est normal. »

Le traitement effectué par les tradipraticiens consiste en un massage de la tête pour refermer la fontanelle, et l'application sur la tête de l'enfant de miel, d'œuf et de curcuma mélangés à du cresson ou du gingembre. D'autres utilisent de l'huile de bois de rose. Selon le tradipraticien consulté, le traitement peut durer de quelques jours à plusieurs semaines. Durant le traitement, la tête de l'enfant doit rester couverte avec un petit chapeau, et il est formellement déconseillé de pratiquer des injections, y compris pour la vaccination, au risque d'entraîner une mort subite de l'enfant.

« Le problème, c'est qu'il y a un retard de prise en main de l'enfant et parfois ça cause la mort, parce qu'il y a la diarrhée et l'enfant aussi ne mange pas bien. L'enfant n'a pas d'appétit pendant tout le traitement des tradipraticiens. Et quand il n'y a plus de solution, quand le cas s'aggrave et devient très délicat, c'est dans ce cas que tout le monde apporte l'enfant ici, au centre, chez le docteur, et on le traite avec les médicaments, avec les injections. Mais le cas est critique et c'est la raison de la mort quelquefois. Mais les gens accusent toujours l'injection et la médecine conventionnelle. Ce n'est pas le docteur qui cause la mort, ni les médicaments ou l'injection, c'est la gravité de la maladie et ce retard de prise en main qui aggrave la maladie de mangamaso. »

Un résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et traitement des maladies infantiles récurrentes se trouve dans le tableau 7 ci-dessous.

²⁷ Assaisonnements industriels (type cube bouillon ou en poudre)

Maladie	Cause	Traitement	Informations complémentaires
Infections respiratoires/ Toux	*Pollution de l'eau et de l'air, odeurs nauséabondes s'évaporant des eaux stagnantes *Exposition au froid, à l'humidité *Enfants portés au dos en même temps que la mère porte des charges lourdes, causant des problèmes de « thorax serré »	*Recours aux soins traditionnels (massages par le tradipraticien) *Recours au centre de santé	Bronchiolites Asthme Toux associée à l'entorse qui se traite par le massage par le tradipraticien
Diarrhée	*Consommation d'aliments mal lavés ou stockés ; *Consommation d'aliments avariés collectés dans les ordures *Consommation d'eau impropre * Période de dentition * Consommation d'aliments avec les mains sales Odeur de la terre après la pluie	*Recours aux soins traditionnels *Automédication (métронидazole, SRO) *Recours au centre de santé	Bouillon de banane (une banane entière bouillie dans un litre d'eau), à donner à boire tout au long de la journée Potion de cendres (1 cas de cendre+ 1 cas sel+ 1 tasse d'eau chaude)
Vomissements	* Période de dentition * Odeur de la terre après la pluie		
Fièvre	*«Folaka » (Entorse) *Changement de température, odeur de la terre après la pluie	*Automédication (paracetamol) *Recours au centre de santé	Massages pour assouplir les muscles Plantes médicinales
Paludisme	*Moustiques *Environnement humide, marécageux, eaux stagnantes	*Recours au centre de santé	Considéé comme une maladie « pour les docteurs » Accès aux moustiquaires limité par le prix (10 000 Ar) et croyances socio-culturelles (ressemblance à un défunt) Moustiquaires utilisées pour l'agriculture et la pisciculture
Rougeole <i>Kitroto</i>	*Contamination lors des rites d'exhumation (font ressortir des maladies anciennes) *Pollution	*Recours au centre de santé	Vaccin atténue le risque de complications plus graves et de mortalité Malnutrition augmente la gravité des complications
Varicelle	*Contamination lors des rites d'exhumation (font ressortir des maladies anciennes)		
Gale	Enfants jouant dans les eaux sales	Recours au centre de santé ou pharmacie pour traitement d'appoint, mais accès limité car le traitement est payant et implique de traiter toute la famille	

Tableau 7: Résumé des perceptions communautaires par rapport aux causes et le traitement des maladies infantiles, District Antananarivo Renivohitra

Les affections diarrhéiques et les vomissements sont signalés tout au long de l'année, mais leur fréquence augmente nettement pendant la saison des pluies, surtout pendant les mois de novembre à février, en lien avec les inondations et la remontée de microbes. La période des pluies est également associée à une hausse des cas de fièvre. À mesure que les pluies diminuent et que la température baisse, à partir de mai, les infections respiratoires comme la toux, le rhume et la grippe deviennent plus fréquentes et se prolongent jusqu'aux mois de juillet-août.

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

Tableau 8: Calendrier saisonnier pour les morbidités infantiles, District Antananarivo Renivohitra

A. FAIBLE ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
--	-----

Barrières d'accès aux services de santé

Barrières géographiques

L'accès géographique aux structures de santé publiques est perçu de manière inégale selon les fokontany. À Antohomadinika III G Hangar, l'accès physique est décrit comme facile, le centre de santé étant situé au cœur du fokontany. En revanche, dans les autres fokontany, la population souligne l'éloignement des centres de santé comme un obstacle majeur. À cette distance s'ajoutent des difficultés d'accès physique, notamment à Ankasina, liées à la topographie du terrain et à l'insuffisance des infrastructures.

« Il y a encore des ruelles ici aussi qui sont vraiment en très mauvais état, c'est très compliqué pour une personne malade, ou une femme qui va accoucher de passer. »

Ces contraintes constituent un frein majeur à l'accès aux soins, en particulier pour les situations d'urgence telles que les accouchements. Elles impliquent des coûts supplémentaires de transport et rendent les déplacements plus complexes, voire risqués, notamment la nuit en raison de l'insécurité.

« Quand les gens d'ici veulent aller au CSB avec le temps pour y arriver, elles ont peur pour leur vie, elles vont donc essayer de régler où accoucher dans le quartier. Par exemple, quand la contraction arrive dans la nuit, la femme enceinte doit traverser les rizières pour arriver jusqu'à la route principale, puis encore aller à pied jusqu'au CSB de garde la nuit, à environ une heure de marche. En plus, l'insécurité règne. »

Dans ces situations, les matrones constituent fréquemment une solution de proximité, au même titre que les cabinets de médecins privés, vers lesquels une partie de la population se tourne malgré le coût plus élevé des soins. Les stratégies avancées des services de santé publics, telles que les cliniques mobiles de planification familiale ou les campagnes de vaccination, sont par ailleurs largement reconnues par la population comme facilitant de manière significative l'accès aux soins.

Barrières financières

Un manque de ressources financières du ménage a été cité comme un obstacle majeur à l'accès aux services de santé. L'argent nécessaire varie selon le type de soins et les prestataires. Dans les centres de santé publics, bien que la consultation soit gratuite la plupart des médicaments sont payants, de plus il existe des coûts cachés tel que le paiement pour la prise de tension

artérielle, pour le carnet de vaccination (1000 Ar) ou la contribution à la cagnotte de motivation des agents de santé (2000 Ar). Le centre mère-enfant est cité par la population de Antsalovana FAAMI comme une option appréciée car la consultation y est gratuite, de même que les médicaments de base. Chez les médecins libres, le coût de la consultation et des médicaments varie de 5000 à 10000 Ar. En général, la population estime que le recours aux soins demande comme préalable d'avoir pu mobiliser au préalable au moins 10000 Ar, ce qui retarde souvent le recours aux soins.

« En ce moment mon enfant est malade depuis une semaine mais je n'ai pas d'argent pour le soigner parce que mon mari ne reçoit sa paye que tous les samedis. Il est vrai que dans les CSB les consultations sont gratuites mais il faut toujours acheter les médicaments. »

Pour les hospitalisations les sommes à mobiliser sont beaucoup plus importantes et imprévisibles, incluant dans les situations d'urgence des coûts de transport pouvant atteindre 20000 Ar pour les ménages éloignés des centres de santé ou hôpitaux. Ces sommes considérables forcent les ménages à recourir à l'emprunt (prioritairement au sein du cercle familial) ou la vente de biens, ou dans certaines situations extrêmes se résigner à renoncer aux soins (Cf. Faibles capacités de résilience).

« Les frais d'hospitalisation sont chers. Ici quand les gens sont référés ou ont besoin d'être hospitalisés, s'ils n'ont pas d'argent, ils ne vont pas y aller. Ils vont se laisser mourir à la maison. »

La barrière financière est vécue de manière d'autant plus difficile pendant les périodes de l'année où l'accès aux revenus est plus restreint en raison du manque d'opportunités économiques. La population souligne le manque de flexibilité des facilités de paiement, ce qui la pousse à recourir davantage aux matrones ou aux tradipraticiens, perçus comme plus arrangeants (paiement à crédit ou en plusieurs tranches). Dans les hôpitaux, le non-paiement des soins entraîne la rétention des patients jusqu'au règlement des frais. Bien que plus flexibles sur les modalités de paiement, certaines matrones ou sage-femmes adoptent également une pratique similaire en conditionnant la délivrance de l'acte de naissance de l'enfant au paiement de l'accouchement.

« Quand j'étais hospitalisée, il y avait une femme qui s'était fait opérer en février, et ils n'ont pas pu payer, et ils sont restés à l'hôpital jusqu'au mois d'avril. Le mari s'est retrouvé sans emploi car il n'y avait personne pour prendre soin de sa femme à l'hôpital et il s'est absenté et a perdu son emploi. »

Certains médecins privés ou centres comme le dispensaire des sœurs à Ampefiloha Ambodirano offrent également une flexibilité pour le paiement, et dans certaines situations les sœurs peuvent débloquent des aides pour couvrir tout ou en partie les frais d'hospitalisation pour les familles précaires.

La population établit par ailleurs un lien direct entre la barrière financière et la qualité des soins, évoquant des traitements préférentiels pour les patients disposant de plus de ressources, et, à l'inverse, une prise en charge de moindre qualité pour ceux ayant des moyens financiers limités.

« Aller au CSB sans argent revient à accompagner un cadavre, car sans paiement, on ne va pas recevoir de soins adéquats. »

Barrières socio-culturelles

Le recours aux soins traditionnels et/ou à l'automédication est très largement répandu, en raison à la fois des barrières financières mentionnées ci-dessus et des croyances et normes sociales influençant la perception des maladies, ainsi que de l'efficacité perçue des pratiques traditionnelles, largement partagée au sein des communautés.

La communauté attribue l'origine de certaines maladies à la sorcellerie ou à des causes mystiques, souvent en lien avec la jalousie ou les conflits avec l'entourage. C'est notamment le cas de pathologies maternelles ou infantiles telles que le *voakanina* (ensorcellement ou

empoisonnement par la nourriture) ou le *lafika* (sorcellerie touchant les femmes enceintes et entraînant des complications à l'accouchement). Le *mangamaso* est un autre tableau de maladie infantile (Cf. Maladies infantiles) identifié par la communauté comme lié aux additifs chimiques présents dans la nourriture, notamment les aliments transformés. Toutes ces maladies sont perçues comme ne relevant pas de la médecine conventionnelle mais relevant d'un recours prioritaire, voire souvent exclusif, aux tradipraticiens, matrones ou leaders religieux. De même, chez les jeunes enfants les symptômes de différentes maladies sont très souvent reliés à des problèmes d'« entorse » (*folaka*) qui se soignent préférentiellement par des massages chez le tradipraticien (Cf. Maladies infantiles).

Cette perception communautaire de la manière dont la maladie et ses causes sont interprétées localement va de pair avec une méfiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle, notamment les injections et les vaccins perçus comme incompatibles avec les traitements traditionnels et susceptibles d'entraîner le décès. Ces croyances contribuent à un retard, voire à un refus, du recours aux services de santé.

Les acteurs religieux jouent également un rôle important dans l'accès aux soins. Dans certains cas, des prescriptions religieuses interdisent ou déconseillent à leurs fidèles de fréquenter les structures de santé ou d'accepter la vaccination, les soins étant alors basés sur la prière et, éventuellement, l'usage d'huiles sacrées. Les échanges communautaires indiquent une augmentation du nombre de ces églises au cours des dernières années.

« La base de notre enseignement est surtout la foi, si on a vraiment une grande foi, on peut guérir les maladies par la prière. Nous avons aussi une huile guérissante, l'huile d'olive qui vient d'Israël, qu'on utilise pour les guérisons, le litre coûte 60000 ariary. »

Il arrive par ailleurs que certains acteurs médicaux ou religieux non opposés au système de soins conventionnel proposent également des pratiques telles que des séances d'exorcisme.

Ainsi, globalement, l'automédication et le recours aux remèdes traditionnels apparaissent comme la norme, tandis que la fréquentation des structures de santé est souvent envisagée en dernier recours, notamment en cas d'aggravation de l'état du patient ou après l'échec des traitements traditionnels.

« Je consulte les tradipraticiens dans les cas où l'enfant est atteint d'une entorse ou en cas de toux pour que l'enfant se fasse masser. Lorsque la maladie persiste c'est après que je consulte un médecin. »

Barrières de qualité de soins

Le choix d'un prestataire de soins de santé repose fréquemment sur la qualité perçue de l'accueil ou sur l'efficacité perçue des soins, plutôt que sur l'affectation administrative officielle. La population exprime des réticences à fréquenter certains centres de santé, notamment lorsque l'accueil y est perçu comme froid ou lorsque le personnel de santé est réputé réprimander les mères. En parallèle, le personnel de santé rapporte se sentir incommodé par le manque d'hygiène et le comportement de certains patients se présentant en consultation.

« Il fut un temps où l'accueil au niveau de ces centres ne satisfaisait pas la communauté car les personnels de santé avaient tendance à critiquer, avaient des caractères méchant envers les patients, ces personnes qui se plaignent étaient le plus souvent des mères célibataires, des familles en grande difficultés, par conséquent, même pour une vaccination, les gens n'y allaient pas. Nous avons donc émis des rapports sur cette situation au niveau des responsables des centres, la situation a ensuite évolué et les gens ont fréquenté ces établissements, par contre, nous avons quand même sensibilisé les gens à adopter un minimum de comportement comme une bonne hygiène du corps avant de se rendre au niveau de ces centres. »

La perception de la qualité des soins est également affectée par les pénuries de médicaments, lesquelles contraignent les patients à se procurer les traitements en pharmacie, entraînant des coûts supplémentaires.

Barrière temporelle

Le temps d'attente au centre de santé est perçu comme un obstacle important, compte tenu des nombreuses responsabilités des femmes. Il implique d'arriver tôt le matin et de passer une partie de la journée au centre de santé, ou de recourir au paiement informel d'une tierce personne pour garder une place dans la file d'attente. Le temps passé au centre se fait ainsi au détriment de la recherche d'activités génératrices de revenus, ou de la garde des enfants restés au domicile. Ces contraintes sont renforcées dans un contexte de faible soutien communautaire, où chacun est prioritairement mobilisé par la recherche de moyens de subsistance (Cf. Faible soutien social des femmes).

« Pendant le vaccin de mon dernier enfant par exemple, personne ne pouvait s'occuper ou surveiller mes autres enfants et je ne peux pas les porter car je suis fatiguée. J'ai laissé les petits enfants avec leur grand frère de 10 ans et j'étais inquiète. J'ai fait la queue depuis 7h jusqu'à 11h car il y a beaucoup de personnes et il n'y a pas de rendez-vous particulier mais tout le monde doit faire la queue. Tout le monde autour de nous sont tous des marchands mobiles et il n'y a pas de personne pour m'aider à s'occuper de l'enfant. »

B. FAIBLE UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Parmi les services de santé offerts par les structures de santé publiques et privées, les services les plus utilisés sont les consultations prénatales et les services de planification familiale (Cf. Faible espacement des naissances). Selon la population, la mise en place des agents communautaires à partir de 2010 a favorisé une meilleure utilisation des services de santé, grâce aux sensibilisations et au lien qu'ils facilitent avec le centre de santé (forme de médiation).

Services curatifs

Traitement des morbidités infantiles récurrentes

Les participantes aux groupes de discussion décrivent un parcours de soin guidé par leur lecture des symptômes de maladies infantiles et leur interprétation des causes. Elles font notamment une distinction entre les maladies qui relèvent de la médecine traditionnelle (telles que *folaka* ou *mangamaso*), les maladies qui peuvent être soignées par automédication, et les maladies relevant du système de soins conventionnel. Dans tous les cas, le recours aux structures sanitaires se fait souvent en dernier recours (Cf. Maladies infantiles).

Accouchement

« Le premier choix pour l'accouchement est le CSB2 parce que la vie est précieuse. Au CSB2, ils se préoccupent de ta vie à travers l'utilisation des différents types de médicaments, le toucher, des sérums. »

Bien que les accouchements assistés en centre de santé soient perçus par la population comme l'option la plus sûre, le recours à ces services demeure limité en raison de contraintes financières et logistiques, qui conduisent de nombreuses femmes à privilégier les accouchements à domicile ou auprès des matrones.

Le coût élevé des prestations en milieu hospitalier ou chez les sage-femmes privées – pouvant atteindre 150 000 Ariary – constitue un facteur déterminant, certaines mères privilégiant des alternatives moins onéreuses et négociables, comme en témoigne le fait que « le choix de la matrone est surtout liée au problème financier ». L'accouchement chez une matrone coûte ainsi en général 50 000 Ar pour les filles, et 60 000 Ar pour les garçons – la différence selon le sexe est expliquée par le fait qu'un garçon est perçu comme plus valorisé par la communauté. Cette préférence est renforcée par l'attrait de certaines matrones locales, jugées plus accessible et sociables. Toutefois, ces pratiques ont des implications administratives importantes, puisque les enfants nés chez une matrone ne possèdent pas de copie d'acte de naissance lorsque la matrone n'est pas agréée. Par ailleurs, des rumeurs concernant le recours

systématique et coûteux aux césariennes en milieu hospitalier — estimées à 500 000 Ariary — contribuent également à dissuader les femmes. La population souligne par ailleurs des difficultés économiques majeures liées aux frais de prise en charge néonatale, notamment les coûts de préparations pour nourrissons (Nursie®), jugés inaccessibles pour les plus vulnérables. Enfin, l'éloignement des CSB II et les difficultés de transport, en particulier lors des contractions nocturnes, renforcent le recours aux services de proximité.

Afin de faire face aux dépenses importantes liées à l'accouchement, les femmes rapportent commencer à constituer une épargne entre le troisième et le sixième mois de grossesse, en mettant de côté chaque jour ou à chaque rentrée d'argent.

Services préventifs

Soins anténataux et postnataux

Bien que la consultation prénatale (CPN) soit théoriquement gratuite dans les structures de santé publiques, les femmes décrivent l'existence de coûts cachés, tels que le paiement des gants (500 Ariary), d'une cotisation de 2000 Ariary pour le personnel, ainsi que l'achat de comprimés de fer-acide folique (2000 Ariary la plaquette de 30 comprimés) et les échographies (15000 Ariary). Dans le dispensaire des sœurs, la CPN coûte 6000 Ariary. Les femmes perçoivent ces coûts comme des barrières financières qui limitent leur recours aux services de CPN. Bien qu'elles reconnaissent l'importance de ces consultations pour le suivi de la grossesse et la détection précoce d'éventuelles complications (par exemple vérifier la position du fœtus ou surveiller la tension artérielle), elles expliquent devoir faire des compromis. Ainsi, certaines fréquentent les CPN sans réaliser les échographies recommandées, tandis que d'autres n'effectuent que trois consultations au lieu des huit recommandées. D'ailleurs, les femmes ont généralement plutôt en tête l'ancien schéma de cinq consultations prénatales. Inversement, il n'est pas rare que les femmes, bien qu'ayant prévu d'accoucher chez une matrone, fassent tout de même les visites de CPN au CSB II afin de se rassurer du bon déroulement de la grossesse.

Les mères font très rarement mention de recours à la consultation postnatale, notamment pour les femmes qui ont accouché chez les matrones. Ceci participe à une faible détection des enfants nés avec un faible poids – les témoignages recueillis auprès des mères d'enfants souffrant de malnutrition aiguë ont montré que le plus souvent leur poids de naissance n'était pas connu.

Vaccination

Bien que la vaccination soit gratuite, les échanges avec la communauté ont révélé plusieurs barrières limitant l'utilisation du service. Parmi les principaux obstacles évoqués figure l'influence de certaines communautés religieuses, qui véhiculent des perceptions négatives des vaccins, parfois décrits comme « l'œuvre du démon », et en interdisent l'usage. De même, les tradipraticiens interdisent formellement de pratiquer la vaccination pendant le traitement traditionnel du *mangamaso* (Cf. Maladies infantiles). À cela s'ajoutent des expériences personnelles défavorables ou rapportées, telles que des cas de handicap attribués à la vaccination, ainsi que la crainte d'effets secondaires post-vaccinaux, notamment la fièvre, les pleurs ou la douleur au point d'injection. D'autre part, la peur d'être jugé par le personnel de santé, en particulier en cas de non-respect du calendrier vaccinal ou d'absence du carnet de vaccination, ont également été citées par les femmes comme facteur décourageant la fréquentation du service.

Pour une large partie de la population, la vaccination reste cependant pratiquée, et ceci même en dépit des longues files d'attente pouvant atteindre jusqu'à 3 heures lors des campagnes de masse. Ainsi, selon les résultats de l'enquête SMART²⁸, le taux de couverture vaccinale contre

²⁸ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*

la rougeole s'élève à 81,9% [76,0-86,6] pour les enfants âgés de 9 à 59 mois. L'utilisation des services de vaccination apparaît notamment encouragée par les approches de stratégie avancée, et par le constat de l'efficacité du vaccin contre la rougeole. Les communautés soulignent en effet que le vaccin contribue à limiter la transmission de la maladie et à réduire la sévérité des complications, renforçant ainsi la confiance dans les services de vaccination. D'ailleurs les agents communautaires rapportent par ailleurs une augmentation de la fréquentation des services de vaccination lors des épidémies de rougeole.

Suivi et promotion de la croissance

Bien qu'en théorie le suivi de la croissance soit recommandé jusqu'à l'âge de 5 ans, en pratique les mères déclarent y recourir principalement durant la période de vaccination, généralement jusqu'à 2 ans, pour celles qui adhèrent à la vaccination.

La vitamine A est administrée gratuitement lors des séances de vaccination. Toutefois, le passage de campagnes de distribution de masse à une stratégie intégrée et routinière, combinée à la vaccination²⁹, tend à restreindre l'accès à ceux qui fréquentent effectivement ces séances. D'ailleurs les résultats de l'enquête SMART indiquent une faible couverture de la supplémentation en vitamine A au cours des six derniers mois précédant l'enquête, s'élevant à 33,9% [26,6-42,0] chez les enfants âgés de 6 à 59 mois.

Le déparasitage est globalement intégré comme une pratique de routine par les mères, à une fréquence de trois à six mois selon l'âge de l'enfant (par exemple, une mère explique donner de l'albendazole à ses enfants tous les trois mois entre 1 et 2 ans, puis tous les six mois). Les médicaments antiparasitaires sont payants (entre 500 et 1 000 Ar) en raison de ruptures de stock au niveau national. Pour les enfants plus âgés, des distributions gratuites sont organisées dans le cadre scolaire. Selon les résultats de l'enquête SMART, le taux de couverture du déparasitage, au cours des six derniers mois précédant l'enquête, chez les enfants âgés de 12 à 59 mois s'élève à 73,7% [66,8-79,7], ce qui témoigne d'un bénéfice perçu malgré les difficultés d'approvisionnement.

C. FAIBLE ESPACEMENT DES NAISSANCES / GROSSESSES PRECOCES/NON DESIREES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
--	-----

Lors des groupes de discussion, hommes et femmes déclarent un nombre idéal d'enfants compris entre deux et quatre. Pourtant, en pratique les ménages comptent fréquemment 7 à 8 enfants, et peuvent même atteindre 11 à 13 enfants dans certains cas. Cette divergence s'explique notamment par la perception selon laquelle « *les enfants sont la principale richesse d'un foyer s'ils sont précoces* », s'inscrivant dans une logique de survie économique et de protection sociale informelle, les enfants étant mobilisés pour les tâches domestiques (telles que la collecte d'eau, ou la garde des cadets) et, à partir d'un certain âge, pour contribuer aux moyens d'existence du foyer. D'ailleurs, lors des discussions de groupe à Antsalovana FAAMI, certaines personnes ont aussi indiqué que des nourrissons sont parfois utilisés pour mendier. Selon les perceptions exprimées, cette situation pourrait contribuer au maintien de grossesses rapprochées ou multiples.

« Parfois, les enfants sont juste utilisés pour avoir de l'aide auprès du Karana³⁰. Il faut porter des petits bébés devant eux pour bénéficier de l'aide, et c'est la raison pour laquelle les ménages disposent de sept à huit enfants aussi, juste pour bénéficier de l'aide. »

²⁹ La routinisation de la supplémentation en vitamine A a été instituée à Madagascar en 2019

³⁰ Indo-pakistanaï

Espacement des naissances

Le faible espacement des naissances est identifié comme une préoccupation majeure par la communauté, qui l'illustre à travers l'expression « *manao tera-bitro* » (naissance de lapin), ou "*Tanin'aizana*" (l'enfant tête encore alors qu'il y a un autre bébé dans le ventre) ou "*Kely aizana*" (petit résistant, faisant référence à l'enfant sevré précocement).

Les femmes lient le faible espacement des naissances à la faible utilisation de méthodes contraceptives, ceci pour plusieurs raisons. Tout d'abord, de nombreuses femmes se plaignent d'effets secondaires impactant significativement leur qualité de vie, tels que des variations de poids, l'hypertension, des étourdissements ou les cheveux qui tombent. Face à ces effets secondaires, les femmes rapportent être parfois tentées d'interrompre ou de changer de méthode. Ces périodes de transition sont fréquemment décrites comme des moments à risque, au cours desquels une nouvelle grossesse peut survenir.

« J'ai sept enfants. Je n'ai jamais voulu avoir autant d'enfants mais c'était à chaque fois du à l'arrêt du planning familial. J'ai d'abord pris la pilule, j'ai eu des étourdissements qui m'empêchaient de travailler. Le docteur m'a conseillé de prendre la pilule plutôt le soir et ça a fonctionné. Après mes 3 premiers enfants j'ai voulu changer de méthode, j'ai pris une injection de 3 mois mais j'ai eu des étourdissements, j'ai arrêté et je suis tombée enceinte. Après mon quatrième enfant j'ai mis un implant de 3 ans, ça marché un certain temps puis j'ai commencé à maigrir et les médecins m'ont dit d'arrêter parce que j'étais très maigre. Puis je suis tombée enceinte alors que j'allais encore. Et mes 2 enfants étaient atteints de malnutrition. »

Par ailleurs, la période du retour de couches est identifiée comme une phase d'exposition particulière, et ce d'autant que les femmes rapportent une reprise des rapports sexuels relativement rapidement après une naissance (un mois pour certaines). En effet, selon les participantes, l'accès à une méthode de planification familiale dans les services de santé publics est conditionné à la preuve que la femme n'est pas enceinte lors de la consultation, notamment par la présentation d'une serviette ou d'un linge usagé attestant du retour des menstruations. Cette exigence peut entraîner un délai dans l'initiation de la méthode contraceptive et exposer les femmes à un risque accru de grossesse durant l'attente du retour de couches. Selon les femmes interrogées, certains conjoints se montrent coopératifs pendant cette période, notamment par l'utilisation de préservatifs ou la pratique de l'abstinence. Toutefois, dans d'autres situations, le pouvoir de décision des femmes concernant les rapports sexuels demeure limité, augmentant leur vulnérabilité face aux grossesses non planifiées (Cf. Pouvoir de décision des femmes).

Cette vulnérabilité est renforcée par le raccourcissement de la période de réclusion post-partum, traditionnellement protectrice, en raison des contraintes économiques pesant sur les jeunes mères. (Cf. Faible support social). Traditionnellement de 3 mois, elle est aujourd'hui souvent réduite à 1 à 2 semaines, voire moins pour certaines femmes obligées de retourner travailler quelques jours après la naissance. La communauté note par ailleurs que pendant la période COVID-19, le confinement a entraîné une augmentation du nombre de grossesses.

Par ailleurs, le recours aux méthodes contraceptives est également limité par des normes et croyances socio-culturelles, notamment le refus de certains conjoints (par la crainte que l'utilisation de la contraception n'encourage l'adultère) et des perceptions négatives associées aux méthodes contraceptives, telles que la perception selon laquelle certaines méthodes contraceptives entraîneraient un « refroidissement du vagin », perçu comme déplaisant pour les hommes. Il est cependant important de noter que si certains hommes sont opposés à l'utilisation de méthodes contraceptives, certains y sont favorables et soutiennent leur partenaire dans cette démarche.

Pour les jeunes filles, une barrière à l'utilisation de méthodes contraceptives est liée à la perception très ancrée selon laquelle le recours à une méthode contraceptive avant la

naissance du premier enfant entraînerait un risque d'infertilité chez les jeunes et/ou encouragerait la pratique de relations sexuelles.

« À notre avis le planning familial n'est pas fait pour les jeunes filles car elles sont perçues comme ayant de mauvaise conduite, par exemple s'il y a une jeune fille qui fait du planning familial il se pourrait qu'elle ait des aventures avec un "papa sosy" (hommes âgés et riches). »

Enfin, dans certaines communautés religieuses les méthodes contraceptives sont interdites dans leur intégralité, suivant le précepte selon lequel *« Dieu a dit allez et peuplez la terre »* ou que l'utilisation de la planification familiale équivaut à un meurtre.

Grossesses précoces

La communauté observe que le nombre élevé d'enfants conduit souvent les parents à arrêter la scolarité des aînés au profit des plus jeunes, en raison des ressources limitées. Cette situation précipite les enfants plus âgés dans un cercle de vulnérabilité, les exposant davantage aux risques de grossesses précoces.

Selon les échanges communautaires, l'âge idéal pour avoir un premier enfant se situe entre 18 et 20 ans. Dans la pratique, toutefois, il n'est pas rare que des adolescentes deviennent mères dès 14 ou 15 ans. Bien que ces grossesses précoces soient perçues comme problématiques — en raison d'un développement physique jugé incomplet et d'une maturité insuffisante pour assumer la parentalité — elles ne font pas systématiquement l'objet d'une désapprobation sociale. À l'inverse, les échanges révèlent une forte pression sociale sur les jeunes filles, pouvant aller jusqu'à la stigmatisation lorsqu'elles tardent à avoir leur premier enfant.

« Dans le fokontany avoir des enfants pour les jeunes est devenu comme une sorte de compétition, si nous sommes en couple pendant longtemps sans tomber enceinte on va juger que nous sommes difficilement fécondables. »

Le phénomène des grossesses précoces est décrit comme ayant toujours existé au sein de la communauté. Toutefois, les communautés soulignent une augmentation de ces situations ces dernières années, et lie cette évolution à la déscolarisation des jeunes, elle-même décrite comme de plus en plus courante dans un contexte de difficultés économiques persistantes. Lorsque les ressources financières sont limitées, la scolarisation des filles est souvent la première à être compromise, en raison de normes sociales selon lesquelles *« les femmes sont faites pour le foyer »*. En parallèle, les parents sont absents du foyer une grande partie de la journée, laissant les jeunes désœuvrés et sans surveillance. Des cas de viols, notamment sur mineurs ont également été rapportés.

Par ailleurs, il ressort des échanges que les grossesses précoces ne sont pas systématiquement perçues comme non désirées. En effet, pour certaines jeunes filles elles constituent une forme d'alternative à la précarité économique des ménages, ainsi qu'au climat familial souvent jugé difficile, marqué par les reproches, les violences intra-familiales et le manque de dialogue parents-enfants. L'accès facilité à des contenus pornographiques via les smartphones ou les salles vidéo est également mentionné comme un facteur incitant les jeunes aux rapports sexuels précoces. De même, à travers les smartphones, les adolescent·e·s sont exposé·e·s à des représentations idéalisées de la jeunesse, de la mode et de la société, ce qui accentue leur perception négative de leur environnement familial. Ces situations poussent souvent les jeunes à rechercher, dans les relations amoureuses, l'attention et l'affection qui leur manquent à la maison, ou encore les faveurs financières d'hommes mariés.

« Il y a aussi le cas où c'est la jeune fille qui fait exprès de tomber enceinte pour vous engager. Parce qu'elle ne supporte pas les problèmes familiaux et disputent de ses parents Des fois aussi par soif de liberté, elle en a marre d'être corrigée et disputée, elle cherche un rempart pour sortir du foyer en croyant qu'elle sera plus libre dans son propre foyer. »

Lorsqu'une grossesse survient, elle bouleverse l'équilibre fragile des jeunes couples à peine formés, et les précipitent dans une reproduction des contraintes et dynamiques familiales qu'ils ont connues, y compris la nécessaire recherche de moyens de subsistance, les conduites

addictives, les violences familiales et/ou les séparations (Cf. Faibles stratégies de résilience). Pour certaines jeunes filles, la grossesse s'accompagne également d'un transfert des contraintes qu'elles subissaient dans leur famille d'origine vers un schéma similaire au sein de leur belle-famille, où elles font parfois face à un déni de ressources et une perte de pouvoir décisionnel (Cf. Pouvoir de décision). Dans certaines situations, les hommes ne reconnaissent pas la paternité ou n'en assument pas les charges financières, précipitant les jeunes mères dans une situation de vulnérabilité pouvant les mener jusqu'à la prostitution. Il arrive également que les jeunes filles soient chassées du domicile familial. Enfin, les situations d'avortement clandestin constituent fréquemment un recours, réclamé par la belle-famille ou pratiqué par les jeunes filles avec ou sans l'aval de leurs parents, avec tous les risques que cela comporte.

« Il existe de nombreux cas d'avortement, en particulier chez les mineures. Cela se produit lorsque les parents ou le partenaire refusent l'enfant, ou lorsque les jeunes filles ont peur d'assumer une grossesse. Des cas tragiques ont été signalés chez des jeunes de 16 et 21 ans, les deux sont mortes. L'avortement est pratiqué soit par des tradipraticiens à l'aide de tisanes, soit auprès de professionnels de santé. »

Ces résultats s'alignent sur les résultats du diagnostic en santé mentale, pratiques de soins et protection en milieu urbain³¹ et l'étude sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes³² à Madagascar, qui soulignent l'importance de la problématique des grossesses précoces, en lien avec la déscolarisation des jeunes filles et un manque d'accès à l'information sur la contraception.

Moyens contraceptifs

Les méthodes de planification familiale sont gratuites au niveau des CSB, mais pour les implants un coût de 5000 Ar est demandé lors du retrait. Au niveau des structures de santé privées l'accès aux méthodes est payant (5000 à 6000 Ar pour une injection). Les ruptures de stock de certaines méthodes et l'irrégularité des séances de stratégie avancée de planification familiale ont également été soulignés comme facteur limitant l'utilisation de ces services, bien que l'existence de services de clinique mobile pour la planification familiale soit par ailleurs perçue positivement. Certaines femmes préfèrent par ailleurs recourir aux centres privés qui n'exigent pas de consulter au moment des règles, il suffit d'acheter un test de grossesse à 1000 Ar pour vérifier l'absence de grossesse.

Les méthodes les plus utilisées sont les implants et les injections. Les pilules contraceptives sont également utilisées dans une certaine mesure, même si les femmes se disent réticentes en raison du risque d'oubli.

« Concernant la planification familiale, après le troisième enfant, j'ai pris des pilules, car pendant l'allaitement, on ne peut pas faire d'injection. Cependant, il y avait de graves problèmes financiers à la maison et j'étais très stressée. Je n'avais pas l'esprit tranquille parce que l'enfant était malade et nous avons besoin d'argent. J'ai oublié de prendre les pilules et le quatrième enfant a été conçu à ce moment-là. »

Les avis sur les préservatifs sont plus mitigés. Certains hommes n'aiment pas les utiliser, se sentant gênés, pour d'autres l'utilisation ne pose pas problèmes et ils se les procurent eux-mêmes. D'ailleurs il existe un signe de la main particulier utilisé pour acheter discrètement des préservatifs dans les épiceries (majeur croisé sur l'index). A Ankasina, la population peut également se procurer gratuitement des préservatifs auprès des centres réseaux.

Les Dispositifs Intra Utérins (DIU) sont très peu utilisés, en lien avec une réticence des femmes à avoir un corps étranger dans le corps. D'ailleurs la gêne par la présence d'un corps étranger a également été citée pour les implants, pour lesquelles les femmes expliquent qu'elles craignent de sentir gênées dans les travaux physiques.

³¹ ACF, *Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain*.

³² Deneffe Dobrzynski ML, *Santé Sexuelle et Reproductive Des Adolescent-e-s et Des Jeunes à Madagascar* (Medicins du Monde, 2018).

Parmi les méthodes traditionnelles la méthode du calendrier et la méthode de l'aménorrhée lactationnelle ont été mentionnées.

Lors de certains échanges les femmes ont également partagé avoir plutôt recours à des conseils communautaires tels que « *prendre deux amoxicillines après le rapport sexuel* » (conseil donné par des pairs), ou « *prendre une cuillère de miel avec une cuillère de pierre d'alun tous les trois mois* » (conseil donné par la grand-mère d'une participante). Globalement, un manque d'information sur la santé sexuelle et reproductive a été souligné, notamment par les jeunes. Certaines adolescentes ont expliqué qu'elles avaient recours à chatGPT pour répondre à leurs questions sur les méthodes de contraception. En parallèle le personnel de santé souligne l'impact des rumeurs, notamment sur les effets secondaires comme frein majeur à l'utilisation de méthodes contraceptives.

D. FAIBLE POIDS A LA NAISSANCE

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Le faible poids à la naissance est décrit comme une situation relativement fréquente – pour les communautés il concerne en général les enfants de moins de 2 kilos et a pour déterminant central l'état de santé de la mère.

Les cas de faible poids à la naissance sont très souvent associés à la consommation d'alcool, identifiée comme un facteur contributif majeur. Si la consommation d'alcool par la mère est explicitement citée comme une cause directe du faible poids à la naissance, l'alcoolisme du conjoint est également mentionné comme un facteur indirect important. Celui-ci agit notamment à travers la détresse psychologique vécue par la mère durant la grossesse, liée à un mari fréquemment ivre, rentrant tard au domicile et pouvant être violent.

Les membres de la communauté relient également les cas de faible poids à la naissance au manque de nourriture de la mère pendant la grossesse, ainsi qu'à la faible observance des soins prénataux, et notamment la prise des compléments nutritionnels.

« Il y a aussi l'aversion et réticence par rapport aux odeurs fortes de fer et vitamines, elles vomissent quand elles prennent, elles ne suivent pas les conseils. »

Dans ce contexte, les mères sous-nutries sont décrites comme donnant naissance à des enfants qualifiés localement d'apathiques (« *zaza malazolazo* »).

L'impact du travail pénible et de la fatigue physique est également mis en évidence. Les activités exigeantes, notamment les travaux de lessive ou de ménage, exposent les femmes enceintes à une fatigue extrême, directement liée à un risque accru de naissances prématurées ou d'enfants de faible poids.

Les ménages concernés par le faible poids à la naissance sont généralement caractérisés par un nombre élevé d'enfants et un faible espacement entre les grossesses. Le concept local de « *Tanin'aizana* » (ombre de la grossesse) illustre une situation où une mère allaite un enfant tout en étant déjà enceinte d'un autre. Cette pratique est associée à la naissance d'enfants décrits comme maigres et de petit poids.

Enfin, les cas de faible poids à la naissance sont particulièrement observés lors de grossesses compliquées (grossesses gémellaires, albuminurie, etc.) et/ou de naissances prématurées. Il est à noter que les enfants nés à domicile ou assistés par des matrones ne sont pas pesés à la naissance, ce qui empêche une identification précoce et la mise en place rapide d'un accompagnement adapté pour le couple mère-enfant concerné. La période postnatale constitue également un défi majeur pour les familles concernées. Celles-ci rencontrent fréquemment des difficultés dans la prise en charge de ces nouveau-nés, en particulier lorsqu'elles ont recours à des substituts du lait maternel, dont le coût élevé représente une charge financière difficile à soutenir.

E. FAIBLE ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

« C'est la santé des mères qui est le garant de la santé de l'enfant »

Lors des échanges communautaires les participant.es ont lié l'état nutritionnel de l'enfant à celui de sa mère, en particulier durant la période d'allaitement. L'état nutritionnel des femmes est, quant à lui, décrit comme étroitement dépendant de leur alimentation, jugée globalement insuffisante tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Le manque de nourriture est décrit comme une situation récurrente et est perçu comme ayant un impact sur la capacité des femmes à produire du lait maternel, jugé insuffisant ou de mauvaise qualité (lait « visqueux »).

« Des fois il n'y a pas assez à manger et on sacrifie le repas du matin et midi. On ne mange que le soir, on exprime le sein mais aucun lait ne sort. »

Pendant la grossesse les femmes décrivent des changements alimentaires guidés par les aversions ou attraites qui caractérisent cette période d'une part, ainsi que par les recommandations ou tabous alimentaires d'autre part. Plusieurs femmes rapportent un dégoût pour le riz, base de l'alimentation locale, en parallèle d'une préférence pour des aliments plus gras comme le « ramanonaka » (crêpe de riz salée et grasse). Il est par ailleurs traditionnellement recommandé aux femmes enceintes de manger des feuilles de patates douces en vue de faciliter l'accouchement.

« Il faut bouger, et il faut manger la feuille de patate douce. Ce sont les ancêtres, qui nous ont appris, ça va faire glisser l'enfant du ventre de sa mère. »

Un autre ensemble de tabous alimentaires visant les femmes enceintes concerne les recommandations formulées par les tradipraticiens en lien avec la prévention du *mangamaso* (Cf. **Maladies infantiles**). Bien que les interdictions varient d'un tradipraticien à l'autre, certaines restrictions reviennent de manière récurrente, notamment la consommation de poulet, d'additifs chimiques et de brèdes.

Pendant la période de l'allaitement, les avis sur la consommation de brèdes apparaissent mitigés. D'un côté elles ne sont pas recommandées car pouvant provoquer des maux de ventre chez le nourrisson allaité. D'un autre côté les mères soulignent que les brèdes constituent une option alimentaire peu coûteuse et largement accessible, et certaines rapportent des expériences personnelles où aucun effet négatif n'a été observé chez l'enfant. Traditionnellement, il est recommandé aux femmes qui allaitent de consommer du lait, de la papaye verte, des christophines, des petites crevettes rouges, des feuilles de manioc et des arachides.

Le faible état nutritionnel des femmes est aggravé par le fait qu'elles restent fréquemment engagées dans des activités physiquement éprouvantes pendant la grossesse et l'allaitement, et ne disposent pas toujours d'un soutien familial jugé suffisant.

« J'ai fait la période de réclusion auprès de ma mère pendant deux semaines pendant cette période je n'ai eu aucun problème à demander plus de part de nourriture que les autres. Par contre, une fois revenue dans le foyer où j'habite près de ma belle-mère qui s'occupait en partie de ma nourriture, j'avais du mal à réclamer une plus grosse part du coup je devais demander à mon mari de m'en donner plus ».

La période des pluies apparaît particulièrement problématique pour l'alimentation des femmes enceintes et femmes allaitantes en raison de la baisse des opportunités économiques à cette période. En cas de budget limité, la priorité est l'achat de riz pour toute la famille. L'apport alimentaire plus conséquent justifié par les besoins physiologiques de la femme enceinte et/ou allaitante n'est réalisé que quand les moyens le permettent (goûters, thé au lait, gâteaux de riz, fruits).

Par ailleurs, l'utilisation limitée des services de santé pendant la grossesse contribue également au faible état nutritionnel des femmes : le recours à la CPN n'étant pas systématique (cf. Utilisation des services de santé), une part non négligeable des femmes enceintes ne bénéficie pas des conseils nutritionnels délivrés pendant les séances de sensibilisation au cours des CPN. En outre, l'appréhension des effets secondaires perçus des compléments en fer et acide-folique, comme les vomissements, découragent certaines femmes de suivre les recommandations médicales, favorisant ainsi les cas d'anémie.

Outre l'impact perçu sur la production de lait, les participant·es ont souligné que le mauvais état nutritionnel des femmes limitait également leur capacité physique et mentale à s'occuper des enfants.

Selon les résultats de l'enquête SMART³³ la prévalence de la MAG selon l'IMC chez les femmes âgées de 15 à 49 ans s'élève à 4,0% [2,5-6,3]. Par ailleurs, les résultats mettent en évidence une proportion relativement importante des femmes en situation d'excès pondéral (prévalence du surpoids 23,9% [21,2-26,8], et celle de l'obésité 8,7% [6,7-11,3]). Au cours de l'étude qualitative, l'existence d'un possible lien entre surpoids maternel et sous-nutrition chez l'enfant a rarement été mentionné spontanément. Lorsque la question était spécifiquement posée, les participantes ont confirmé l'existence d'un lien sans pour autant pouvoir l'expliquer.

SANTÉ MENTALE ET PRATIQUES DE SOINS

F. BIEN-ETRE DU DONNEUR DE SOINS

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
--	----

Les discussions de groupe mettent en évidence des niveaux élevés de stress et de détresse émotionnelle chez les hommes et les femmes, largement associés à l'insécurité financière et à la difficulté de répondre aux besoins de base. L'absence de revenus stables, le chômage et la faiblesse du pouvoir d'achat sont décrits comme des sources constantes de pression mentale. Les difficultés récurrentes à subvenir aux besoins quotidiens, notamment pour l'alimentation et les frais de scolarité génèrent une tension persistante dans les ménages. Les femmes évoquent par ailleurs une charge mentale importante, liée à la combinaison des responsabilités domestiques et de la gestion des soins aux enfants (Cf. Charge de travail élevée des femmes). À Ankasina, de nombreuses mères décrivent par ailleurs un stress permanent face au risque de noyade des jeunes enfants dans les rizières, nécessitant une surveillance constante. L'épuisement physique et mental a été fréquemment mentionné, en particulier chez les mères assumant seules plusieurs responsabilités. Les préoccupations liées à la santé des enfants, notamment en cas de maladie, et les conflits conjugaux sont également décrites comme un facteur aggravant du stress.

« Mon mari boit de l'alcool, on se dispute et des fois, il me frappait pendant ma grossesse. »

Les conflits conjugaux ont en effet été rapportés comme très fréquents au sein des ménages. Ils sont principalement attribués aux difficultés financières, à des tensions autour de la répartition et de la réalisation des tâches domestiques — souvent perçues comme insuffisantes par le conjoint, notamment en raison de la priorisation des jeux d'argent —, ainsi qu'aux retours tardifs du mari au domicile, fréquemment associés à la consommation d'alcool. Des suspicions d'infidélité constituent également une source récurrente de conflits. Les femmes rapportent également des situations où le conjoint fuit ses responsabilités ou abandonne le foyer, laissant la mère sans ressources et aggravant le stress et le mal être mental de la femme.

Les disputes s'accompagnent souvent de violence physique, en particulier dans des contextes liés à la consommation d'alcool par le partenaire. Ces violences peuvent survenir à des

³³ UNICEF, CAETIC, Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025

moments de vulnérabilité accrue pour les femmes, notamment durant la grossesse. Les violences verbales et les formes de dépréciation sont également fréquentes, les femmes étant critiquées par leur conjoint pour leur incapacité à contribuer aux revenus du ménage. Elles expliquent ainsi être confrontées à de délicats dilemmes : la pression pour contribuer financièrement se heurte aux reproches sur les manquements dans les soins prodigués aux enfants lorsqu'elles les confient à une tierce personne pour pouvoir travailler - le plus souvent à un membre de la famille ou de l'entourage, y compris parfois à un aîné ou à un enfant d'une dizaine d'années que la famille fait venir des zones rurales (Cf. Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins).

« L'homme reproche à sa femme de n'être bonne à rien si elle ne contribue pas aux revenus, du coup elle cherche du travail et confie son enfant à une autre personne. Si ce dernier ne soigne pas correctement l'enfant, il peut tomber malade et souffrir de la malnutrition, et c'est la femme encore qui se fera réprimander. »

Les manifestations du stress décrites par les femmes incluent des symptômes physiques tels que la perception d'une augmentation de la tension artérielle, des vertiges, des sensations d'étouffement et une fatigue généralisée. Les mères décrivent également une irritabilité constante pouvant mener à des comportements violents envers les enfants, suivis de culpabilité et de tristesse. Un cas de jeune mère ayant des idées suicidaires a par ailleurs été rapportée dans un contexte de souffrance mentale sévère.

« Je m'inquiète de la vie en général. Surtout la situation de chômage. Je me suis dit, je vais vieillir et mon enfant va aussi grandir. Comment je vais faire pour assumer ma responsabilité ? Il faut que je trouve du travail. Cette situation fait augmenter la tension artérielle, le fait de penser à tout cela. Dans cette situation même un de mes enfants qui me demande de l'argent pour s'acheter un goûter me rend nerveuse et après, je frappe l'enfant, je blâme l'enfant, mais après, je compatis. Et je suis triste de ne pas avoir pu lui donner ». »

De leur côté, les hommes décrivent la responsabilité de subvenir aux besoins du ménage comme une source majeure de stress quotidien. L'absence ou l'irrégularité des opportunités de travail alimente un sentiment de perte de statut social et d'inutilité, avec des répercussions négatives sur la santé mentale et physique. Cette situation favorise également le recours à des stratégies d'adaptation négatives, notamment les conduites addictives (Cf. Faibles capacités de résilience). Selon le Diagnostic en santé mentale, pratiques de soins et protection en milieu urbain³⁴, les hommes étaient considérés par les participant.es comme les plus vulnérables psychologiquement au sein du ménage, avec un sentiment d'impuissance amenant une partie d'entre eux à des conduites addictives (alcool) comme moyen de « détente » et mécanisme négatif d'adaptation face aux difficultés rencontrées. De même les problèmes d'insécurité ont été mentionnés comme une préoccupation importante.

« Avec tous ces stress due au manque de travail, on a l'esprit fatigué car on a l'impression d'être des hommes inutiles. Nos femmes râlent si on ne ramène pas d'argent à la maison, parce que si l'on sort travailler, on est censé apporter de l'argent, ça nous provoque des maladies cardiaques des fois, des palpitations, ou on se tourne vers l'alcool et ça accentue la dispute dans le foyer. En plus, les femmes aussi boivent comme les hommes à cause de la situation dans le foyer et ça se termine par une séparation des couples. »

Face aux situations de stress, les mères rapportent le recours à des stratégies de régulation émotionnelle, notamment la prière ou l'isolement pour prendre du recul, et pratiquées en particulier avant l'allaitement, en lien avec la perception selon laquelle les émotions négatives altèrent la qualité du lait maternel (Cf. Pratiques d'allaitement non optimales). Les échanges avec des membres de la famille ont également été mentionnés comme moyens de gestion du stress. Cependant, souvent la gestion du stress entraîne le recours à des stratégies négatives incluant le recours à l'alcool, la drogue et les jeux d'argent. D'ailleurs un des termes utilisés pour parler du « rôle », drogue dérivée de l'héroïne est « *Mamaha olana* » ou « solution aux problèmes » (Cf. Faibles capacités de résilience).

³⁴ ACF, Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain.

G. PRATIQUES D'ALLAITEMENT NON OPTIMALES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Selon les résultats de l'enquête SMART³⁵, le taux d'allaitement maternel exclusif s'élève à 47,7% chez les enfants dans le groupe d'âges de 0 à 5 mois. Bien que l'allaitement maternel soit largement pratiqué, les échanges avec la communauté indiquent que sa durée ainsi que son caractère exclusif avant l'âge de six mois varient considérablement, en fonction de plusieurs facteurs détaillés ci-dessous.

Le premier lait ou colostrum, décrit par le terme *ranombatsy* (*rano*=eau, *mbatsy*=provision) est largement perçu comme essentiel pour la santé et l'immunité du nouveau-né. Plusieurs cas de femmes ayant accouché chez les matrones ont cependant été rapportés où le premier lait est jeté car considéré comme « *un lait froid et impropre à la consommation* », ou précédé de l'administration d'eau bouillie refroidie. La pratique dominante consiste à initier l'allaitement immédiatement après l'accouchement, après le lavage du sein et sous les conseils du personnel de santé. Toutefois, des retards d'initiation ont été rapportés en cas de complications (césarienne, accouchement prématuré) ou lors d'accouchements réalisés par des matrones.

La plupart des femmes connaissent les recommandations relatives à l'allaitement maternel exclusif, préconisé jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Toutefois, en pratique beaucoup rapportent l'introduction de thé sucré, de *rano mafana* (eau chaude) ou de bouillies avant cet âge, en lien avec des pratiques socioculturelles ou des contraintes liées à leurs activités quotidiennes.

« Nous sommes au courant que l'allaitement devrait être exclusif jusqu'à l'âge de six mois, mais à partir de 3 ou 4 mois on donne on donne un peu de thé sucré ou de l'eau chaude parce que le lait n'est pas suffisant ».

La pratique du *ranomatavy* (eau de riz bouillie refroidie, littéralement « eau grasse ») est souvent introduite dès l'âge de 3 mois, héritée des grands-parents, afin de rendre l'enfant « vigoureux » et de faciliter sa croissance. La reprise précoce de l'activité des mères (parfois dès la deuxième semaine) constitue également un obstacle majeur à l'allaitement maternel exclusif. Les femmes écrivent ainsi une période de repos après l'accouchement (réclusion) qui s'est raccourcie au cours des dernières années, en lien avec les difficultés économiques (Cf. Faible soutien social des femmes). En l'absence de la mère, des substituts tels que du thé sucré ou du lait concentré sucré sont administrés au gobelet ou à la cuillère. Les substituts du lait maternel, comme le Nursie®, sont considérés comme plus appropriés, mais financièrement inaccessibles. La prise en charge de l'enfant par un donneur de soins tiers est associée, selon les mères, à des situations fréquentes de négligence, le donneur de soins n'amenant pas systématiquement l'enfant à la mère pour l'allaitement. (Cf. Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins).

« Le poids de mon enfant s'est détérioré en seulement un mois lorsque je suis partie travailler. Je travaillais comme gens de maison pour une famille près de chez moi, et c'est mon mari qui devait s'occuper du bébé, il ne l'a pas bien fait, il n'emmenait pas mon enfant pour être allaité alors que je travaillais tout près, lorsque l'enfant pleure, il le laisse comme ça, il ne s'occupe pas de lui. L'enfant a perdu du poids, il a été traité avec du Plumpy nut® mais jusqu'à présent il est resté plus petit. »

La pratique de l'extraction manuelle du lait maternel est principalement utilisée à des fins thérapeutiques (par exemple, pour les enfants qui toussent : une cuillère de lait est chauffée sur une bougie puis administrée à l'enfant) ou lorsque le lait est jugé impropre à la consommation après une longue absence hors du domicile. Dans ce cas, le lait et le sein sont considérés comme « froids » et pouvant causer des difficultés digestives. Les émotions négatives chez la mère (tristesse, colère, stress lié aux conflits conjugaux) sont également perçues comme

³⁵ UNICEF, CAETIC, Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025.

altérant la qualité du lait, le rendant « clair comme de l'eau » ou nocif pour l'enfant. Cela conduit souvent les mères à presser et jeter une partie de leur lait avant d'allaiter.

« Si tu es nerveuse, triste ou que tu pleures, les émotions se transmettent par l'allaitement. Surtout pendant le premier jusqu'au troisième mois, l'enfant devient malade. L'enfant a la maladie du cœur après. Donc, il faut jeter le lait maternel d'abord si tu es triste, nerveuse ou que tu pleures. »

La pratique consistant à extraire son propre lait afin de le laisser à la maison pour l'alimentation de l'enfant en l'absence de la mère n'est ni connue ni pratiquée et suscite des perceptions contrastées, oscillant entre intérêt pour certaines mères et perception d'une contrainte pour d'autres. En revanche, le recours à une nourrice de substitution est fréquent et largement accepté sur le plan culturel. Il peut s'agir d'un membre de la famille (mère, sœur, belle-sœur) ou d'une voisine. Le plus souvent, la personne se contente de donner le sein à l'enfant ponctuellement « pour le divertir en attendant la mère ». Cependant, plusieurs situations de double allaitement d'enfants par une nourrice ont également été rapportées.

Selon les participantes, les principales difficultés auxquelles les femmes font face pendant l'allaitement sont la perception d'une insuffisance de lait maternel, souvent associée à une alimentation maternelle inadéquate. Cette insuffisance est également parfois attribuée à des causes d'ordre « démoniaque ». Parmi les autres difficultés mentionnées figurent les mamelons ombiliqués, les problèmes d'attachement (notamment le frein de langue), l'alimentation des enfants nés avec un faible poids (Cf. Petit poids à la naissance) ainsi que des maladies maternelles, telles que la tuberculose, pouvant entraîner la suspension de l'allaitement. Les femmes déplorent également une disponibilité physique et psychique limitées, conduisant souvent à retarder les tétées ou les écourter. Pour les mères actives, la fréquence des tétées chute souvent drastiquement, allant jusqu'à seulement deux tétées par jour (matin et soir) pour les enfants de moins de 6 mois. Les jeux d'argent sont également cités comme un facteur de distraction contribuant à des pratiques d'allaitement non optimales.

Globalement, les femmes allaitent jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus, et ne mentionnent pas de différence selon le sexe de l'enfant. Ces constats sont cohérents avec les résultats de l'enquête SMART³⁶, qui indiquent que la poursuite de l'allaitement à un an concerne 92,6 % des enfants âgés de 12 à 15 mois, tandis que l'allaitement jusqu'à deux ans concerne 65,9 % des enfants de 20 à 23 mois. Aucune différence significative selon le sexe de l'enfant n'a par ailleurs été observée.

Le sevrage se fait soit de façon progressive, soit de manière brusque en étalant du piment ou un médicament très amer comme le paracétamol ou le métronidazole, ou encore en mettant du sparadrap sur le sein pour décourager l'enfant. Les participantes aux groupes de discussion faisaient fréquemment le lien entre l'arrêt précoce de l'allaitement maternel exclusif et les situations de sous-nutrition. Certaines femmes ont évoqué de manière positive le fait d'avoir pu rester auprès de leur enfant et pratiquer un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, puis le poursuivre par la suite au rythme de l'enfant.

Les options de soutien mentionnées incluaient les professionnels de santé, y compris les médecins en cabinet privé, ainsi que les membres de l'entourage (mère, sœur, amies). Certaines femmes ont également évoqué les discussions de groupe organisées dans le cadre de projets antérieurs comme étant très utiles à cet égard, et déplorent la cessation de ces activités (Cf. Faible soutien social).

³⁶ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

H. PRATIQUES D'ALIMENTATION DES ENFANTS DE 6 A 23 MOIS NON OPTIMALES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Dans l'ensemble les mères connaissent les recommandations d'introduction des aliments de complément comme débutant à l'âge de 6 mois. D'ailleurs, plusieurs ont rapporté s'appuyer sur les conseils fournis dans le carnet de vaccination de l'enfant. Lors des discussions de groupe, un grand nombre d'entre elles disent cependant introduire des liquides et/ou aliments semi-solides plus tôt, le plus souvent vers 3 ou 4 mois, et parfois même plus tôt, dès 1 semaine dans certains cas. Les femmes justifient l'introduction précoce de liquides ou d'aliments semi solides par leur retour au travail les obligeant à s'absenter, ou par la perception d'une production de lait insuffisante. Beaucoup considèrent également que l'introduction précoce de certains liquides participera à rendre l'enfant vigoureux.

« A trois mois, la communauté constate que l'enfant peut supporter tous les aliments. Par exemple, l'eau de manioc. J'ai donné de l'eau de manioc à mon enfant et je mange la partie solide du manioc, et on dirait qu'il y a un trou dans son estomac, c'est-à-dire que l'enfant a de l'appétit. À partir de ce moment, l'enfant mange tout, sauf la viande. »

En premier lieu les nourrissons reçoivent de l'eau bouillie refroidie ou de l'eau de riz auxquelles on ajoute ensuite du sucre et éventuellement du sel. Vers 6 ou 7 mois les femmes commencent à donner des bouillies, puis est introduit le riz mou (*vary sosoa*), seul dans un premier temps puis avec des légumes et des fruits. Parmi les farines utilisées pour la préparation des bouillies infantiles, les mères expriment une nette préférence pour le Farilac®, qu'elles décrivent comme « *plus savoureux et plus tendre* », permettant à l'enfant d'être rassasié, calme et de bien dormir. Toutefois, son coût jugé élevé (1 200 Ar le sachet) en limite l'utilisation. En pratique, elles se tournent davantage vers le Koba Aina®, moins onéreux (500 Ar le sachet), bien que celui-ci soit perçu comme « *plus granuleux, plus lourd à digérer* » et moins apprécié par les enfants.

Les autres aliments de compléments introduits chez les nourrissons incluent les biscuits avec du thé sucré, le yaourt, le fromage, l'eau de riz grillé (*ranon'apango*) ou l'eau de manioc, et les fruits (bananes le plus souvent). L'eau de riz ou le riz mou est fait de préférence avec du riz rouge, considéré comme plus nutritif. Les beignets de pommes de terre (*catless*) et le pain sont également utilisés, mais jugés plus difficiles à digérer.

La transition vers le repas familial s'effectue généralement entre 8 mois, 1 an et 2 ans selon les foyers. Cela inclut également les aliments cuits vendus dans les gargotes tels que les pâtes ou les soupes (Cf. Faible accès à une alimentation de qualité). En général, les femmes expliquent que dès que l'enfant peut tenir assis seul il est encouragé à manger seul. Certaines autres disent cependant leur apporter de l'aide jusqu'à 2 ans. Ces pratiques rejoignent les résultats présentés dans la thèse « Retard de croissance et contamination par le milieu de vie³⁷ » ou la pratique du « *mamoky tena* »³⁸ illustre la perception communautaire selon laquelle l'autonomie précoce de l'enfant doit être encouragée.

Les mères mentionnent une fréquence de 3 repas par jour pour les jeunes enfants, entrecoupés de « goûters » (collations). Il s'agit le plus souvent de biscuits, glaces ou bonbons à 100 ou 200 Ar, que les enfants apprennent très tôt à aller acheter tout seul chez les commerçants du coin – souvent des 18 mois ou 2 ans. Lorsqu'ils ont le choix, ils préfèrent d'ailleurs toujours se tourner vers des aliments emballés que vers des fruits. Les observations au cours de l'étude ont ainsi montré que, à de multiples reprises au cours de la journée, les enfants viennent réclamer de l'argent ou des petits goûters auprès des parents qui leur donnent souvent

³⁷ Nandrasana Rakotomanana EF., 'Retard de Croissance et Risque de Contamination Par Un Milieu de Vie. Une Anthropologie de La Petite Enfance Au Prisme de l'organisation Spatiale et Sociale Dans Un Quartier Défavorisé à Antananarivo, Madagascar.'

³⁸ Littéralement « se rassasier tout seul », désigne la pratique pendant laquelle le nourrisson mange tout seul sous la surveillance sporadique de son entourage

satisfaction pour éviter les pleurs. Les femmes expliquent qu'autrefois les goûters étaient plutôt composés de patate douce, de maïs ou manioc.

L'allaitement est le plus souvent maintenu en parallèle de l'alimentation solide, même si la fréquence des tétées est souvent réduite en raison de la charge de travail des femmes ou de leur moindre disponibilité en lien avec la pratique des jeux d'argent (Cf. Pratiques d'allaitement non optimales).

Lorsque les jeunes enfants sont malades, les femmes décrivent une augmentation de la fréquence des tétées ("tétées à gogo"). Elles donnent par ailleurs aux enfants des aliments légers (yaourt, riz mou sucre, Farilac®...).

Globalement les femmes mentionnent la période jusqu'à l'introduction du plat familial comme une période difficile à gérer car impliquant de préparer des plats spécialement pour les jeunes enfants, ce qui rajoute à leur charge de travail. D'ailleurs, les femmes plus âgées expliquent que par rapport aux générations précédentes, cette pratique a tendance à être délaissée par les jeunes femmes qui sont « *toujours pressées* ». Le faible pouvoir d'achat et l'augmentation du prix des fruits et légumes limitent la diversité alimentaire. Les mères associent également la qualité de l'alimentation complémentaire des jeunes enfants à leur engagement dans la recherche de moyens de subsistances. Lorsqu'elles travaillent, soit elles emmènent l'enfant sur leur lieu de travail, ce qui limite le temps qu'elles peuvent consacrer à son alimentation, soit elles le confient à un tiers. Ce dernier peut ne pas s'en occuper de manière adéquate, par manque de connaissances, de maturité — il s'agit parfois d'enfants d'une dizaine d'années — ou par négligence. (Cf. Faible interactions entre l'enfant et le donneur de soins)

« Parfois, la mère emmène son enfant sur leur lieu de travail et il doit s'adapter au rythme de la mère et supporter le froid, la chaleur. En guise de compensation de la faim, elle le nourrit seulement avec des pâtes achetées sur les petits commerces de rue, dont l'hygiène est souvent déplorable. »

Les résultats de l'enquête SMART³⁹ confirment une alimentation complémentaire peu diversifiée, avec une proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant bénéficié d'un minimum de diversité alimentaire s'élevant à 48,0 %. En revanche, la fréquence minimale des repas est globalement satisfaisante, 92,6 % des enfants de cette tranche d'âge bénéficiant d'une fréquence de repas adéquate par jour.

I. FAIBLE QUALITÉ DES INTERACTIONS ENTRE L'ENFANT ET LE DONNEUR DE SOINS

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative
--

++

De manière générale, les interactions entre l'enfant et le donneur de soins apparaissent très limitées, tant en termes de durée que de qualité, en raison de la disponibilité restreinte des mères, sur le plan physique et/ou psychique. De nombreuses femmes travaillent en dehors du foyer, et confient leurs enfants à des tiers ou à la fratrie pour subvenir aux besoins du foyer. Ainsi, selon les résultats de l'enquête SMART (décembre 2025), la proportion des enfants âgés de 6 à 36 mois laissés seuls, ou sous la garde d'un autre enfant de moins de 10 ans, pendant plus d'une heure, s'élève à 15,7%.

Les femmes expriment une préférence pour une personne de la famille telles que leur sœur ou leur mère, les grand-mères étant l'option privilégiée car jugées plus compétentes. Dans le cas où la garde est confiée à un enfant aîné, bien que cela soit perçu comme une norme les femmes expriment une insatisfaction par rapport à la qualité des soins donnés, et des inquiétudes par rapport à la gestion des dangers. Les ménages ont également parfois recours à des enfants d'une dizaine d'années qu'ils font venir des zones rurales, moyennant rémunération (40 000 Ar), logement et nourriture. Même lorsqu'il s'agit d'un donneur de soins adulte (moyennant en

³⁹ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

général une somme de 3000 Ar/ jour), les mères sont en général méfiantes, considérant ces derniers comme négligents vis-à-vis de l'hygiène, de la qualité nutritionnelle et de l'attention affective. Des cas de détournement de l'argent ou de la nourriture destinés à l'enfant par les gardiens (y compris par la famille) sont par ailleurs rapportés.

« La personne responsable de l'enfant en aura marre des pleurs, n'aura pas la même patience que la mère et finira par frapper l'enfant ».

Le temps passé en famille est rare car les adultes partent tôt et rentrent tard pour travailler. Lorsque les femmes emmènent les enfants avec elles sur leur lieu de travail, elles ont peu de temps à lui consacrer et rapportent devoir les discipliner en les frappant pour qu'ils restent tranquilles. De même, les femmes expliquent que la fatigue liée aux tâches ménagères et à la recherche d'emploi dégrade la qualité des interactions, rendant les mères irritables (Cf. Charge de travail élevée des femmes). Le recours à la punition physique est apparu comme courant dans l'enquête SMART⁴⁰, où 66,9 % des ménages enquêtés estiment qu'il est nécessaire d'y recourir pour élever ou éduquer correctement un enfant.

La population mentionne également l'influence de l'usage du téléphone, des jeux d'argent et la consommation d'alcool ou de drogue comme influençant négativement la qualité des interactions entre le donneur de soins et l'enfant (Cf. Faibles capacités de résilience).

« Il y a le cas des mères qui sont accro au loto. Elles sont distraites pour donner du soin et de l'affection à leurs enfants. Quand les enfants demandent ou ont faim, elles leur donnent 100 Ar pour qu'ils les laissent tranquilles ».

Les interactions sont par ailleurs décrites comme différenciées selon le sexe de l'enfant : il est courant de ne pas laisser les garçons pleurer par peur de la « hernie », alors que les filles sont jugées plus résilientes aux pleurs.

« On ne peut pas laisser les garçons pleurer longtemps, plus ils pleurent plus ils risquent d'attraper une hernie. Alors qu'une fille, même si elle pleure des heures ça n'aura aucun effet sur elle ».

En outre, les interactions subissent des influences saisonnières. Ainsi pendant la saison des pluies et plus particulièrement les périodes de confinement dû aux inondations, le manque d'espace de jeu et les risques environnementaux limitent les interactions actives, l'enfant étant souvent confiné dans un espace restreint, voire sur un lit.

En ce qui concerne les interactions avec le père, les femmes déplorent leur désengagement dans la relation avec les enfants. Le père est souvent absent ou limité à un rôle de pourvoyeur financier ponctuel, notamment dans les cas de séparation. D'autre part, dans les cas de plus en plus fréquents où les enfants sont gardés par le père pendant que la mère travaille, celles-ci considèrent souvent que les soins apportés ne sont pas satisfaisants. Lors des groupes de discussion, des cas de pères s'occupant de jeunes enfants ont été fréquemment observés. Dans certains cas, la relation relevait davantage de la discipline, tandis que dans d'autres, des interactions positives ont été constatées.

Au final, la population établit un lien entre la faible qualité des interactions et la santé de l'enfant: les interactions négatives (cris, disputes) sont directement associées par la communauté à des symptômes physiques tels que l'émaciation ou les œdèmes, qu'elle interprète comme une « *maladie du cœur* ». (Cf. Malnutrition Aiguë)

« Les cris et les mots forts sont les plus destructeurs, ils amènent les enfants à avoir une maladie du cœur ».

⁴⁰ UNICEF, CAETIC, Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

J. FAIBLE ACCES A UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative

+

Fréquence et diversité alimentaire des ménages

Le régime alimentaire des ménages varie en fonction des ressources financières disponibles au jour le jour (Cf. Faible accès aux sources de revenu). De manière générale, les ménages consomment trois repas par jour en période favorable, auxquels peut s'ajouter un « goûter » en fin d'après-midi lorsque les ressources le permettent. En période difficile, les ajustements portent d'abord sur la quantité et la diversité des aliments. Dans les situations plus contraintes, le nombre de repas peut être réduit à un ou deux par jour.

Le petit-déjeuner se limite souvent à du thé ou du café accompagné de beignets achetés, ou aux restes de riz de la veille. Le repas du midi est fréquemment acheté dans les gargotes de rue. En période difficile il est souvent omis pour les adultes, et les goûters sont supprimés – en priorité pour les adultes, puis pour les enfants si nécessaire. Le dîner apparaît comme le principal, voire l'unique repas préparé à domicile, et est rythmé par la réception de l'argent gagné quotidiennement en fin de journée, qui conditionne ce qui peut être acheté pour cuisiner le soir.

Une synthèse des plats consommés pendant les périodes favorables et les périodes difficiles est présentée dans le tableau 9 ci-dessous.

	Période favorable	Période de ressources limitées	Repas souhaité
<i>Petit déjeuner</i>	– Reste du repas de la nuit + soupe de légumes ou composé⁴¹ OU – Thé ou café + riz mou et fretin + pain OU – Soupe de riz avec brèdes	– Thé ou café + beignets ou riz mou ou reste du repas de la nuit	– Lait + cake ou riz+ viande/ œuf/ frites + fruit – Thé + légumes + compose ou banane ou patate douce
<i>Déjeuner</i>	– Riz + met (brèdes/ pommes de terre/ légumineuses)/ ou Pâtes (gargote) et/ou fruit (banane)	– Riz + met (catless⁴²/ brèdes/ légumes prédécoupés) ou manioc OU – Pas de repas	– Riz + poulet/ porc/ bœuf/ saucisses + légumes
<i>Dîner</i>	– Goûter vers 18h (pâtes) ET – Riz + met (catless/ brèdes/ légumes prédécoupés/ légumineuses pommes de terre) + viande ou petites écrevisses/ fretin	– Riz + met (catless/ brèdes/ légumes prédécoupés) ou pâtes OU – Pas de repas	– Riz + poulet/ porc/ bœuf/ saucisses + yaourt

Tableau 9: Résultats de l'exercice participatif sur la composition des repas, District Antananarivo Renivohitra

Au cours de plusieurs discussions de groupe les mères ont mentionné l'importance de manger des aliments de différentes couleurs. En pratique, le régime alimentaire des ménages apparaît cependant peu diversifié et fortement centré sur un aliment de base unique. Le riz constitue l'élément central de l'alimentation quotidienne, généralement accompagné de brèdes en raison de ressources limitées. La consommation de protéines animales est faible, la viande, le poisson et les produits laitiers étant perçus comme coûteux ; la viande n'est consommée qu'en moyenne deux à trois fois par semaine dans certains foyers. De même, les fruits ne sont pas consommés quotidiennement, souvent moins de trois fois par semaine. Le recours aux aliments déjà cuits (soupe, beignets de riz « *mofogasy* », beignets de pomme de terre « *catless* », riz, pâtes) vendus dans les gargotes est une pratique courante, permettant d'économiser le charbon, de s'adapter aux faibles revenus journaliers et de répondre au fait que les adultes passent une grande partie de la journée en dehors du foyer.

⁴¹ Salade de légumes, assaisonnée de mayonnaise, qui est souvent accompagnée de pâtes cuites

⁴² Beignet de pomme de terre avec un peu de viande hachée

« La consommation de nourriture dans les ruelles et les fokontany est fréquente, surtout à midi. Avec 300 à 500 ariary, on peut acheter du riz pour les enfants, mais ces aliments ne sont ni sains ni équilibrés. Parfois, pour des raisons économiques, il est plus facile d'acheter des aliments déjà cuits, les familles s'y sont habituées. Lorsqu'il n'y a que deux ou trois enfants, il est plus simple d'acheter de la nourriture que d'acheter du charbon pour cuisiner. »

Cette pratique est aussi mentionnée comme une conséquence des addictions, impactant sur la disponibilité des adultes pour préparer un repas.

« Certains parents sont occupés par les jeux d'argent et l'alcool et donnent simplement de l'argent aux enfants pour qu'ils achètent de la nourriture au lieu de préparer les repas. »

Ainsi, une soupe achetée dans les gargotes, telles que le « vary amin'anana » (soupe de riz avec un peu de brèdes) ou les soupes *commando* (soupe de riz, de manioc ou de patates douces peu couteuse, le nom faisant référence aux périodes difficiles) coûte 300 à 500 Ar. De même, les mères rapportent un choix préférentiel pour des aliments à cuisson rapide tels que le poisson séché braisé pour limiter la consommation de charbon. Lorsqu'un goûter est consommé vers 18h, il consiste généralement en un plat de pâtes acheté dans les gargotes ou de manioc en attendant le repas du soir. Les coquillages⁴³ sont également consommés comme petit goûter au cours de la journée, plutôt par les adultes (environ 2000 Ar pour 3 unités selon la taille). Le repas souhaité devrait toujours inclure de la viande et être accompagné de fruits, de légumes et de produits laitiers (yaourt).

Selon la communauté, le régime alimentaire est également influencé par les croyances socio-culturelles, notamment les prescriptions des tradipraticiens et les normes religieuses. Par exemple, fidèles de l'église « Irak'i Kristy » (les messagers du Christ) ne consomment pas de crevettes, de poissons sans écailles, du sang et des animaux dont le sang n'a pas été versé.

Par ailleurs, la communauté souligne un manque de connaissances concernant la valeur nutritive des aliments, ainsi que les conditions de stockage et de conservation, ce qui affecte la diversité du régime alimentaire. Par ailleurs, les observations menées sur les produits vendus dans les ruelles au cours de l'étude mettent en évidence un état de fraîcheur limité, certains produits étant partiellement avariés.

« Les gens ont des ventres pleins, mais il n'y a aucun apport nutritionnel. »

La préparation des repas est généralement assurée par la mère, qui délègue souvent cette tâche aux enfants aînés (en général à partir de 8 à 10 ans) lorsqu'elle n'est pas disponible.

Variations saisonnières et historiques de l'alimentation

Les variations saisonnières influencent significativement la quantité et la qualité de l'alimentation. La période de soudure, identifiée entre octobre et mars, est décrite comme une phase de forte contrainte alimentaire, marquée par une réduction des portions et une irrégularité accrue des repas. Cette période se caractérise non seulement par des rentrées d'argent plus limitées (Cf. Faible accès aux sources de revenus), mais aussi par une hausse ou une variabilité des prix de certains produits essentiels, notamment le charbon (Cf. Dysfonctionnement des marchés). Par conséquent, les ménages mettent en place des stratégies d'adaptation visant à réduire les dépenses alimentaires, notamment en supprimant certains repas, en diminuant la quantité de riz, en privilégiant les repas dans les gargotes ou en remplaçant l'accompagnement du riz par du *ranon'apango* (eau de riz grillé) ou du bouillon acheté dans les gargotes pour 100 ou 200 Ar (bouillon de poule, d'abats). Bien qu'ils soient priorisés pour l'alimentation, les enfants subissent également dans une certaine mesure ces ajustements, comme illustré ci-dessous par un directeur d'école.

⁴³ Tekateka (coques) et huitres

« Un autre problème est aussi la quantité des aliments qui ne sont pas suffisant, car on remarque que les enfants terminent toute la nourriture qui leur est donnée à la cantine scolaire, il n'y pas de reste, on en déduit donc que l'enfant n'a pas mangé avant d'aller ici à l'école. »

Par rapport au passé, la communauté constate un changement de régime alimentaire en lien avec la baisse du pouvoir d'achat des ménages, et l'évolution du profil des quartiers. La crise politique de 2009 est souvent citée comme tournant (Cf. Faible accès aux sources de revenus). D'autre part, à Ankasina, la disparition progressive des rizières et des zones marécageuses depuis les années 90 a réduit les opportunités pour les enfants de pêcher ou de glaner du riz, limitant la diversité alimentaire.

« Les rizières disparaissent peu à peu, et je pense que c'est l'une des raisons pour laquelle la malnutrition prend de plus en plus de place. Auparavant les enfants pouvaient pêcher dans les rizières. Après la récolte de riz entre décembre et janvier, les enfants collectaient des épis de riz délaissés après la récolte et les rapportaient à la maison. Vers le mois de février jusqu'en juin, les enfants pêchaient et arrivaient à obtenir beaucoup de poissons, ils les ramenaient à la maison soit pour la nourriture soit pour les ventes. On n'avait pas de problème de met (accompagnement), en ce temps-là, il y avait beaucoup de poisson. »

K. FAIBLE ACCÈS AUX SOURCES DE REVENUS

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
--	-----

Sources de revenu des ménages

Les discussions communautaires mettent en évidence des tendances communes caractérisées par une forte dépendance aux activités du secteur informel, notamment des travaux journaliers tels que la lessive, le ravitaillement d'eau, le transport et le petit commerce. La population associe la prédominance du secteur informel au faible niveau d'éducation, qui oriente majoritairement les individus vers des activités physiques. Le recours privilégié à ce secteur est également présenté comme relevant d'un choix, lié à une perception de plus grande liberté dans l'organisation du travail.

« Il y a ceux qui déclarent ne pas aimer travailler dans des entreprises qui paye tous les mois, et qui veulent être libre dans leur travail, ils préfèrent vivre des revenus journaliers or les revenus journaliers ne sont pas stables. »

- **Hommes** : pousseur de charrette, sécurité, manutentionnaire (batelage, docker), maçon, couturier, marchand ambulant, récupérateur de matériaux, artisanat (fabricant de balai, d'arbre de Noël, brosse à chaussure avec des sisals), fabrication des briques, taxi-bicyclette, laveur de voitures, intermédiaire pour taxi brousse, porteur au dos pendant la saison des pluies, forgeron
- **Femmes** : lavandière, ravitailleuses d'eau, femme de ménage, porteuse de brique, commerce d'aliments cuits, ouvrière dans les zones franches, courtière immobilier, artisanat, tresseuse.

En moyenne une femme de ménage ou une lavandière gagne 100 000 Ar par mois, un magasinier 150 000 Ar par mois, et les salaires dans les zones franches sont approximativement de 300 000 Ar par mois.

Evolution saisonnière des sources de revenu

Les activités génératrices de revenus se caractérisent par leur instabilité et leur précarité, avec des revenus fortement variables dans le temps. La saison des pluies est identifiée comme une période particulièrement difficile, marquée par une baisse significative des revenus en raison de la limitation des activités dans plusieurs domaines : le linge sèche difficilement, l'eau des pluies réduit la demande d'eau, l'accès aux matières premières pour l'artisanat est réduit et les travaux de construction sont ralentis. Les variations saisonnières sont également associées aux calendriers sociaux et culturels, avec une augmentation des opportunités économiques durant certaines périodes festives telles que Noël et Pâques, ainsi que lors des rites d'exhumation (généralement entre juin et août), entrecoupées de périodes creuses au cours desquelles les

activités ralentissent en raison d'un pouvoir d'achat plus limité de la population. Certains hommes effectuent par ailleurs des migrations saisonnières vers les zones rurales, où ils profitent de la période des récoltes de juin à août pour mener des activités commerciales telles que la vente de vêtements ou de produits de beauté.

« Les gains des familles peuvent aller de 40 000 Ar en saison forte jusqu'à 4 000 Ar en saison des pluies. »

Dans certains sites, l'élevage est pratiqué à petite échelle, principalement sous forme d'élevage de poules ou de lapins. À Ampefiloha Ambodirano, quelques ménages autochtones sont impliqués dans l'élevage bovin, qui constitue à la fois une source de revenus (zébus utilisés pour tirer les charrettes), un moyen de subsistance (production de lait) et un patrimoine à transmettre à leur descendance.

Enfin, le recours au jeu a été évoqué à plusieurs reprises sous l'angle d'une activité génératrice de revenus, notamment chez les jeunes (Cf. Faibles capacités de résilience).

Les discussions communautaires ont révélé plusieurs obstacles majeurs dans l'accès à l'emploi. La population déplore notamment une stigmatisation territoriale, les résidents des bas-quartiers indiquant que leur lieu de résidence constitue un obstacle à leur embauche en raison d'une réputation négative associée au manque d'hygiène, à l'insécurité et aux activités illicites dans ces quartiers. Les pratiques de recrutement sont également décrites comme influencées par des dynamiques de corruption et de clientélisme, où l'accès à l'emploi dépend des relations personnelles plutôt que des compétences. Par ailleurs, des barrières importantes liées au niveau d'éducation et à la qualification sont mentionnées, plusieurs participants soulignant que les exigences en matière de diplômes limitent les opportunités pour les personnes ayant interrompu leur scolarité. Il est cependant ressorti des discussions de groupe que les jeunes manquent d'informations sur les initiatives existantes en matière de formation professionnelle.

« Le quartier est réputé comme zone rouge en délinquance et vols, du coup les employeurs n'aiment pas vraiment recruter des gens venant de ces quartiers. Les recruteurs n'aiment pas aussi recruter les gens de ces quartiers à cause de leur manque d'hygiène corporelle. »

Evolution historique des sources de revenu

Les échanges avec les communautés relèvent une dégradation historique des conditions d'emploi, marquée par des vagues de licenciements massifs dans les zones franches, qui employaient auparavant une part importante de la population. Ces zones franches ont été tout d'abord affectées par l'instabilité liée à la crise politique de 2009 (prise de pouvoir par Andry Rajoelina), marquant le début d'une transition vers une augmentation des activités informelles. La population rapporte d'autres vagues de licenciements massifs à partir de 2019 dans un contexte de récession du secteur textile, aggravé par la suite par la pandémie COVID-19 puis plus récemment à partir de septembre 2025 suite aux conséquences du mouvement de la Gen Z. Paradoxalement, la période de la COVID-19 a toutefois été rapportée dans plusieurs groupes de discussion comme une phase favorable aux activités commerciales, en lien avec une augmentation du pouvoir d'achat des ménages ayant bénéficié d'aides gouvernementales, l'existence de promotions spécifiques à cette période, ainsi que le développement de petites activités informelles, telles que la vente de masques.

Actuellement, en contraste avec le passé, les ménages expliquent qu'il est désormais difficile d'assurer la survie du foyer en s'appuyant uniquement sur les revenus de l'homme, poussant les femmes à contribuer à la génération de revenu.

« Il est très difficile de survivre maintenant, beaucoup d'entreprises ont fermé. Pour moi, la société où je travaillais a fermé après la grève de septembre. Avant on était 40 employés, maintenant, il n'y a que le gardien qui travaille, donc je vis actuellement de travail occasionnel, la dernière fois que j'ai travaillé c'était mardi, jusqu'à maintenant, je n'ai pas encore travaillé. »

Les femmes seules à la tête de ménages monoparentaux sont décrites comme particulièrement vulnérables face aux difficultés d'accès aux sources de revenus, notamment en raison d'un risque accru de perte d'emploi au cours des périodes de grossesse et à la difficulté de combiner un travail avec la garde de jeunes enfants.

La population associe également la dégradation de l'accès aux sources de revenus à la croissance démographique et à l'intensification des flux migratoires qu'ont connu les quartiers, avec pour conséquences une concurrence accrue entre les acteurs économiques et une transformation du paysage urbain. Ainsi, le fokontany Ankasina est décrit comme un quartier en pleine mutation qui au cours des vingt dernières années a progressivement évolué d'un environnement semi-rural, où la riziculture occupait une place importante dans les moyens de subsistance des ménages, vers un espace plus densément peuplé, où les terres rizicoles sont progressivement vendues et remblayées pour de nouvelles constructions, aggravant par ailleurs les problématiques d'inondations en saison des pluies.

Il existe des programmes de filet sociaux gouvernementaux tels que les travaux à Haute Intensité de Main d'Œuvre (HIMO) mis en œuvre par le Fonds International de Développement (FID) et consistant à curer les canaux, ainsi que des mécanismes d'aide financière ou alimentaire. Cependant, selon les participants aux groupes de discussion, ces dispositifs ne permettent pas de couvrir l'ensemble des besoins existants et sont de durée limitée, et les mécanismes de ciblage sont souvent perçus comme inéquitables (Cf. Perceptions communautaires des interventions).

L. DYSFONCTIONNEMENT DES MARCHES / SYSTEMES D'APPROVISIONNEMENT

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Les fokontany sont situés à proximité, voire au cœur de zones commerçantes. Les produits de base tels que le riz et les légumes y sont disponibles, même si leur accès est limité par le coût et la qualité des produits qui ne sont pas toujours *optimales*. En effet, lors des observations, il a été noté que les fruits et légumes vendus dans les petites ruelles sont fréquemment partiellement avariés. En général la population a recours à des petits marchés de quartier et à des marchands ambulants pour les achats quotidiens et déplore son éloignement des grands marchés tels qu'Isotry, où les prix sont souvent plus avantageux, notamment pour la viande, et où les opportunités de travail sont plus nombreuses.

La population rapporte une inflation importante, amorcée depuis la crise politique de 2009, caractérisée par une augmentation marquée des prix parallèlement à une dépréciation de la monnaie locale. Cette évolution s'est traduite par un affaiblissement significatif du pouvoir d'achat au cours des dernières années. Par exemple, 1 kg de riz qui coûtait 400 Ar en 2002 coûte aujourd'hui 3000 Ar. La population déplore par ailleurs l'impact de la concurrence internationale, avec l'arrivée de produits manufacturés chinois à bas prix et produits en masse qui a entraîné la perte de débouchés pour l'artisanat local (brosses, sapins de Noël en sisal).

« Auparavant les brosses se vendaient comme des petits pains mais depuis que les Chinois sont arrivés, ça ne marche plus vraiment. Les arbres de sapins de Noël artisanaux fait avec les sisals marchaient bien aussi mais les chinois ont copié nos modèles, ils l'ont produit en masse et maintenant on n'a plus de débouchés. »

Par ailleurs, des variations saisonnières des prix ont été rapportées, avec une augmentation notable des prix des produits essentiels, notamment le riz, les légumes, la viande et le combustible (charbon), durant la saison des pluies (*Fahavaratra*). Le prix du charbon, en particulier, peut atteindre jusqu'au double pendant cette période, en lien avec des contraintes d'approvisionnement (dégradation des routes) et des pratiques de stockage spéculatif pratiquées par certains revendeurs.

M. FAIBLES CAPACITÉS DE RÉSILIENCE

La population déplore une faible détention d'actifs productifs et des difficultés d'accès au crédit, limitant la constitution de fonds de démarrage. L'endettement et l'absence de réseaux familiaux de soutien financier sont mentionnés comme des obstacles à l'investissement dans des activités génératrices de revenus, renforçant ainsi la fragilité économique des ménages.

Les principaux chocs et périodes de difficultés mentionnés par la population sont les cas de maladie ou décès d'un membre de la famille, ainsi que les inondations.

Durant ces périodes, les ménages déploient de multiples stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés financières. Dans un premier temps, les femmes réduisent la qualité de repas, suivi par la réduction d'une quantité de portions et la réduction d'un nombre de repas par jour. Les hommes sont décrits comme étant ceux qui se sacrifient le plus au sein du foyer lors des périodes de disette.

« J'achète un kapok⁴⁴ de riz et je mets beaucoup d'eau pour le cuire et je donne le riz dilué pour mes enfants. »

Dans un second temps, les ménages vendent des biens personnels (ustensiles de cuisine, mobilier). Les femmes expliquent le faire parfois à l'insu des maris pour financer les soins des enfants lorsque ceux-ci sont malades. Certaines pratiquent une épargne secrète pour faire face à ce type de dépenses. (Cf. Faible pouvoir de décision des femmes). Le recours à l'emprunt intervient uniquement dans un troisième temps, lorsque les ménages ne disposent plus de biens à vendre, et s'effectue prioritairement au sein du cercle familial plutôt qu'auprès de l'entourage. Le recours à ces stratégies d'adaptation est décrit comme plus fréquent pendant la saison des pluies en raison de la baisse des opportunités économiques pendant cette période. Le mois de juin en revanche est décrit comme un mois favorable, au cours duquel certains ménages font de petites économies en prévision des moments difficiles à venir.

Les résultats de l'enquête SMART⁴⁵ réalisée au cours du mois de décembre 2025, correspondant à la saison des pluies, illustrent les faibles capacités de résilience de la population dans les fokontany vulnérables de la capitale, avec une proportion élevée de ménages ayant adopté un niveau de stratégies de survie (rCSI) moyen (41,8 %) ou élevé (26,8 %).

Outre ces stratégies d'adaptation à court terme, la population déploie de multiples **stratégies négatives** qui augmentent la précarité de ménages et/ou des personnes concernées à moyen terme. Parmi ces stratégies figurent le recours aux jeux d'argent, la consommation d'alcool et/ou de drogues, la mendicité et la prostitution. Certaines personnes s'adonnent en outre à des actes proscrits tels que le vol ou diverses formes de délinquance (notamment trafic de drogue), s'engageant de la sorte dans une dynamique néfaste pouvant aboutir à leur incarcération.

Jeux d'argent

La pratique des jeux de hasard est largement répandue au sein de la population, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, y compris parmi les jeunes. Selon la population, cette pratique est motivée par le désœuvrement et par l'espoir de générer des revenus, et s'est progressivement normalisée au sein des communautés, bien qu'elle soit également identifiée comme pouvant conduire à l'épuisement des ressources du ménage.

« Dès qu'on se lève, on réfléchit où on va trouver à manger et quand on gagne 5000 ariary, c'est insuffisant et là on est tenté par les jeux d'argent dans l'espoir de gagner. Avec ces 5000 ariary on tente de gagner 20000 ariary par chance. »

⁴⁴ Unité de mesure informelle utilisée dans les marchés et ménages pour quantifier des produits alimentaires de manière standardisée à l'aide d'une boîte de conserve recyclée

⁴⁵ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

La population rapporte des cas fréquents de négligence des soins et de l'alimentation des enfants en lien avec la pratique des jeux de hasard, notamment par les mères.

« La majorité des femmes d'ici jouent aux jeux d'argent, et c'est un problème car par exemple si le mari sort pour travailler, tout de suite la femme va aux jeux, elle laisse les enfants sans supervision, et ils ne sont pas suivis par rapport à ce qu'ils mangent et à leur propreté, ils ont les mains souvent sales donc les enfants attrapent des microbes et ont souvent des problèmes de diarrhée. »

Alcool

Dans les quatre fokontany, la consommation d'alcool est perçue comme un problème majeur affectant les ménages- hommes, femmes, mais aussi les jeunes. Parmi les jeunes, la consommation d'alcool est en effet décrite comme très fréquente et débutant précocement, dès l'âge de 10 à 12 ans, favorisée par l'influence des pairs et/ou des adultes qui les envoient acheter de l'alcool, dans un contexte de désœuvrement chez les jeunes non scolarisés. La population établit un lien entre la dégradation des conditions économiques au cours des dernières années et l'augmentation des décrochages scolaires. Les difficultés d'accès à la scolarisation des enfants sont également liées à l'insuffisance des infrastructures existantes. Ainsi, sur les quatre fokontany, seuls deux disposent d'une école primaire publique, en dépit d'un nombre d'habitants supérieur à 20 000.

Selon la population, l'usage d'alcool contribue au détournement des revenus du ménage au détriment de l'alimentation et des pratiques de soins aux jeunes enfants, et alimente les situations de violence intra-familiale.

« Les gens trouvent des moyens pour acheter de l'alcool, mais pas du riz. Parfois, les enfants ne mangent pas quand les parents se battent ou qu'il y a du désordre dans la maison. Cela provoque de la malnutrition. L'alcool rend la vie de l'enfant instable. Beaucoup de femmes monoparentales ici boivent de l'alcool. »

Les impacts négatifs de l'alcool sur la santé ont été soulignés, la population associant la consommation d'alcool, notamment le *toaka gasy* (alcool artisanal), à une dégradation de l'état de santé et à une mortalité précoce chez les adultes. Plus largement, l'alcool favorise les grossesses non désirées et est identifié comme une cause fréquente d'enfants naissant avec un faible poids lorsque la consommation d'alcool intervient pendant la grossesse (Cf. Faible poids à la naissance).

« Les grossesses rapprochées aussi viennent de l'effet de l'alcool. Lorsque les parents sont dans un état d'ébriété, ils sont insouciants et voilà une autre grossesse. Les enfants souffrent. Pour les femmes alcooliques, les enfants sont délaissés, sous nourris. Quand elle gagne 5000 ariary, elle va dépenser d'abord 3000 ariary d'alcool et le reste 2000 ariary seront alloués pour la nourriture de ses 4 enfants. Il y a aussi les violences endurées par les femmes et les enfants par les hommes ivres. »

Tabagisme et usage de drogues

Les autres consommations de substances toxiques incluent notamment les cigarettes et l'usage de drogues. La plus répandue est le *rongony* (« cannabis »), très fréquent dans les quatre fokontany, et majoritairement consommé par les hommes, bien que les cas de consommation par des femmes soient également décrits comme courants. La population rapporte par ailleurs une hausse marquée de l'usage de drogue injectable dérivé de l'héroïne, localement appelée *rô rô* ou *mamaha olana* (« solution aux problèmes »). La consommation de *rô rô* concerne aussi bien les hommes que les femmes, ces dernières étant également impliquées en première ligne dans les activités de revente.

Si la consommation de cannabis et d'alcool sont décrites comme ayant toujours existé, la population souligne l'intensification récente de leur consommation – notamment l'alcool- et l'émergence de la consommation de *rô rô*, avec une diffusion progressive souvent située autour de 2023-2024. Dans l'ensemble, la population fait le lien entre l'intensification des conduites addictives et le confinement pendant la pandémie COVID-19. Cette période est décrite

comme un moment de recours massif aux jeux d'argent et à la consommation d'alcool, en lien avec l'inactivité et les aides gouvernementales versées aux ménages vulnérables pendant cette période.

« Les jeux d'argent ont vraiment pris de l'ampleur avec le confinement car pendant cette période, pour passer le temps, les gens jouaient entre eux et ça a continué jusqu'à maintenant, il y a même certains qui ont fait un petit business avec ces jeux ici, comme une sorte de petit casino clandestin. »

L'usage du rôô est décrit comme très répandu dans le fokontany Antohomadinika IIIG Hangar, alors qu'il est en baisse dans les autres fokontany. D'après les échanges, cette diminution est liée aux impacts constatés sur la santé, avec des cas de mortalité, ainsi qu'aux descentes de police et aux actions de sensibilisation menées par les forces de l'ordre et les associations. L'augmentation du prix des doses est également mentionnée comme un facteur dissuasif (15000 Ar actuellement contre 5000 Ar en 2023). L'essor récent du rôô à Antohomadinika IIIG Hangar s'explique par un déplacement des réseaux criminels, qui y trouvent un terrain favorable en raison de l'extrême précarité et du faible soutien social qui caractérisent ce quartier.

Dans ce contexte empreint de conduites addictives, l'engagement des jeunes dans des activités canalisantes telles que le sport, les clubs politiques ou les groupes d'église est décrit comme un facteur protecteur.

Prostitution

Selon la communauté, la prostitution a toujours existé et constitue souvent pour celles qui la pratiquent un moyen de subsistance face à l'absence d'emploi stable ou de conjoint. Différentes formes de prostitutions cohabitent, avec d'une part les « *prostituées professionnelles* », dont beaucoup viennent des régions côtières, pour lesquelles la perception dominante est qu'« *elles s'occupent bien de leur enfant* », et d'autre part les jeunes filles et femmes vulnérables poussées vers la prostitution pour subvenir à leurs besoins, notamment les mères monoparentales/ mères célibataires. Le fait de vouloir suivre la mode a également été mentionné à plusieurs reprises comme un facteur favorisant ces situations de prostitution : les jeunes filles et les femmes souhaitent « *coûte que coûte s'habiller à la mode comme les autres* », influencées par la proximité des commerces et par les images idéalisées véhiculées par les téléphones. Les jeunes rapportent ainsi des cas de prostitution parmi leurs pairs, soit avec des hommes mariés ou sous forme de « *vente en ligne* ».

« Il y a aussi des cas de prostitution, qu'on appelle ici vente en ligne. Ce sont des photos, on vend des photos nues. Parfois, des filles font des appels vidéo avec un homme contre de l'argent, souvent avec un étranger sur les réseaux sociaux comme Facebook. Il y a aussi des cas où les Indiens appellent directement. Ils aiment appeler via vidéo, et dans la première vidéo que tu vois à l'écran, c'est son visage et puis son argent. Et l'homme te demande de faire des positions à un moment ou mouvement. Ensuite, on voit aussi sa vidéo nue. »

La prostitution concerne majoritairement les femmes, mais peut également concerner les hommes (désignés par le terme « *jombilo* »), notamment les orphelins.

Bien qu'ayant toujours existé, la population souligne cependant une augmentation marquée de la prostitution depuis la pandémie COVID 19, en lien avec la dégradation de la situation financière des ménages. Des situations où des femmes se prostituent à leur domicile, avec la connaissance de leur mari, ont même été rapportées.

En 2024, Après la COVID, c'était le pic de la prostitution. Ça a commencé pendant la COVID, mais en 2024, c'était le pic. Parce qu'il n'y avait pas d'emploi, il n'y avait pas d'argent pendant le COVID. Par exemple, mon ami de la zone franche, elle était renvoyée et la vie l'a forcé à se prostituer après le confinement. La vie est vraiment dure. Les femmes font n'importe quoi. Et à cause de ça, à cause de cette situation, l'homme devient aussi alcoolique. Ils se battent entre eux et se séparent après. Veuillez vérifier juste à l'arrêt bus de 119. Vous voyez là-bas des enfants, des jeunes filles moins de 15 ans qui se prostituent.

Le personnel de santé mentionne une augmentation du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment la syphilis, en lien avec la prostitution et le partage de seringues usagées. L'existence de salles de shoot et de maisons closes a également été signalée dans le fokontany Antohomadinika IIIG Hangar, faisant craindre une augmentation exponentielle des cas, probablement sous-détectée en raison de l'utilisation limitée des services de santé par les populations concernées.

Délinquance et insécurité

La délinquance constitue une stratégie d'adaptation négative répandue dans les quartiers. Dans les quatre fokontany, la population fait état d'une insécurité croissante, liée à la dégradation de la situation économique des ménages et à l'essor du rôô, se traduisant par des vols à l'étalage, des pickpockets, des vols à main armée et des cambriolages. À Ambodirano Ampefiloha, les hommes indiquent devoir s'organiser entre voisins pour assurer des rondes nocturnes, ce qui affecte leurs capacités productives ainsi que leur santé mentale (Cf. Bien être du donneur de soins), et en retour leurs sources de revenu. Ils attribuent cette insécurité croissante à la présence de « migrants illégaux » dans le quartier, et à la proximité avec les quartiers voisins touchés par le trafic de rôô.

EAU, ASSAINISSEMENT, ET HYGIENE

N. ACCESSIBILITÉ, DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DE L'EAU INADÉQUATES AU NIVEAU DES MÉNAGES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	++
--	----

Sources d'eau

Selon la population, l'accès à l'eau s'est nettement dégradé au cours des dix dernières années, en raison de la vétusté du réseau, de la croissance démographique et de faiblesses dans la gouvernance de l'approvisionnement en eau.

Dans l'ensemble des sites, les bornes-fontaines publiques alimentées par la JIRAMA constituent la principale source d'approvisionnement en eau. Ces infrastructures sont exploitées par des gestionnaires locaux, avec une supervision de la Commune Urbaine d'Antananarivo. En complément des bornes fontaines publiques, les ménages ont recours à des revendeurs d'eau et à des pompes privées, souvent à des coûts plus élevés, ainsi qu'à des sources alternatives non protégées telles que les eaux de rizières, le fleuve Ikopa, l'eau de pluie ou, dans certains cas, des puits. Ces sources alternatives sont principalement utilisées pour la lessive, l'eau étant considérée comme impropre pour la consommation.

Les résultats de l'étude qualitative s'alignent sur les résultats de l'enquête SMART⁴⁶ indiquent que la grande majorité (99,1%) s'approvisionnent en eau de boisson auprès de sources d'eau améliorées – confirmant le fait que l'eau provenant de sources d'eau non protégées n'est que très rarement consommée.

Obstacles à l'accès à l'eau potable

Plusieurs contraintes limitent l'accès à l'eau potable. Le nombre de bornes-fontaines est jugé insuffisant dans certains fokontany, avec des installations parfois non fonctionnelles. La faible pression et l'insuffisance du débit sont des problèmes récurrents, aggravés par la vétusté des infrastructures et l'utilisation de surpresseurs par certains particuliers, dont certains se sont organisés en bornes-fontaines privées et revendent l'eau à des tarifs plus élevés. Ces dysfonctionnements se traduisent par de longues heures d'attente pour obtenir de l'eau, obligeant les ménages à s'organiser très tôt, voire pendant la nuit. Le débit de l'eau et

⁴⁶ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

particulièrement faible de juin à septembre pendant la saison sèche, augmentant le temps d'attente.

« On arrive à avoir de l'eau quand les riches dorment ».

Par ailleurs, les contraintes financières limitent l'accès à l'eau, notamment en raison du coût élevé pratiqué par les revendeurs, particulièrement en période d'inondation. Le coût du bidon varie ainsi de 50 Ar dans les bornes fontaines publiques à 200 Ar auprès des revendeurs privés, 500 Ar auprès des transporteurs d'eau, et peut atteindre 1000 Ar pendant les périodes d'inondation. En saison des pluies le débit s'améliore, mais la population rapporte qu'en parallèle la qualité de l'eau est notablement altérée durant cette période (eau trouble avec présence de dépôts). La pratique de paiements informels aux fontainiers pour obtenir un bidon en priorité est rapportée comme courante (200 Ar), notamment dans des secteurs tels que le fokontany Antsalovana FAAMI, où la pression sur les points d'eau est décrite comme particulièrement importante.

« Nous sont obligées de nous lever à 2h du matin pour chercher de l'eau parce que les borne fontaine publiques ne marchent pas au-delà de 4h du matin. Si on n'arrive pas à avoir de l'eau avant 4h du matin nous sommes alors obligées d'aller chercher de l'eau à 67 ha, loin de notre maison. Un proverbe dit « tant qu'on n'a pas d'eau dans la maison, la prospérité ne va pas rentrer. »

Transport et stockage de l'eau par les ménages

L'eau est principalement transportée et stockée dans des bidons de 20 litres, utilisés comme unité de mesure et de tarification. Les observations réalisées au cours de l'étude indiquent un état variable de ces contenants, avec la présence fréquente de bidons fissurés ou dépourvus de bouchon, et souvent les bidons n'étaient pas propres. Selon la population les récipients utilisés pour l'eau sont rarement nettoyés. Certains ménages ont recours à des porteurs d'eau pour assurer l'approvisionnement, en fonction de leurs moyens financiers, ceux-ci accentuant la pression sur les points d'eaux (notamment dans le fokontany Antsalovana FAAMI, située au sein d'une zone commerciale).

Traitement et consommation de l'eau par les ménages

Au cours des discussions de groupe, la population a rapporté que le traitement de l'eau au niveau des ménages est limité. L'ébullition est connue mais peu pratiquée en raison du coût du charbon, du temps requis et du rejet de la population du goût de l'eau bouillie. Certains ménages rapportent bouillir de l'eau lorsque celle-ci est visiblement sale, notamment en saison des pluies, et pour les nourrissons l'eau est systématiquement bouillie. L'utilisation de produits de traitement tels que le Sur'Eau® est rapportée comme sporadique et détournée de son usage principal : les ménages l'utilisent davantage pour la lessive que pour le traitement de l'eau de boisson, en raison de son coût (700 à 800 Ar la bouteille), et du goût qu'il confère à l'eau.

En moyenne, les ménages déclarent consommer entre 2 et 10 bidons par jour, en fonction du nombre d'enfants en bas âge, de l'éloignement du point d'eau et du recours à des sources d'eau alternatives (comme l'utilisation de l'eau des rizières ou de la rivière pour la lessive). L'eau potable est priorisée pour les jeunes enfants.

O. FAIBLES PRATIQUES D'ASSAINISSEMENT

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative
--

++

Les observations réalisées au cours de l'étude, ainsi que les échanges communautaires ont mis en évidence l'absence de latrines pour une proportion importante des ménages, y compris dans les constructions nouvelles. Lorsqu'elles existent, ces latrines sont souvent partagées entre plusieurs ménages, leur propreté a été jugée non optimale (pas très propre/pas du tout propre), et les dispositifs de lavage des mains (eau, savon, cendres) sont quasi inexistantes. D'autre part, la population souligne que la gestion des latrines existantes pose également problème, en

particulier en ce qui concerne la vidange des fosses, dont le coût (40000 à 50000 Ar) peut entraîner des pratiques informelles de déversement des excréta dans l'environnement.

Il existe des toilettes publiques mais leur nombre est considéré insuffisant et les contraintes financières constituent un obstacle majeur à leur utilisation, notamment pour les ménages nombreux. Cette contrainte est renforcée par une augmentation rapportée des tarifs au cours des dernières années (évolution du coût de 50 Ar à 200 Ar actuellement). La distance aux installations est également mentionnée comme un facteur limitant, de même que les horaires restreints d'ouverture (les toilettes publiques ferment à 18h) et les files d'attente.

« S'ils sont cinq dans la famille, ils sont obligés de déboursier en moyenne 2000 Ariary pour les besoins aux toilettes publique, ce qui est l'équivalent d'un repas dans la journée ».

Face à ces contraintes, l'usage du pot de chambre apparaît comme une pratique largement répandue, constituant une norme pour de nombreuses personnes n'ayant jamais connu d'alternative. Les excréta sont ensuite éliminés dans les canaux d'évacuation ou les bacs à ordures, souvent de manière nocturne.

« Dans nos quartiers il est de coutume de faire une parade le soir vers 18h-19h pour jeter les pots dans les canaux d'évacuation, c'est comme un rendez-vous, tout le monde sortent en même temps, on dit « manao arendrina= faire la parade avec une lanterne ».

Par ailleurs, la défécation en plein air persiste, en particulier chez les enfants, notamment dans des situations de supervision insuffisante.

Les résultats de l'étude ne s'alignent pas complètement avec les résultats de l'enquête SMART⁴⁷ relatifs à l'assainissement. Ceux-ci révèlent que 68,5 % des ménages ont recours à des installations sanitaires améliorées, tandis que 31,0 % utilisent des dispositifs non améliorés. La pratique de la défécation à l'air libre apparaît marginale, ne concernant que 0,5 % des ménages. L'étendue géographique plus large de la zone d'étude couverte par l'enquête SMART pourrait expliquer que les spécificités des quatre fokontany cibles par l'étude ne soient pas pleinement capturées. Par ailleurs, si la défécation à l'air libre est effectivement rare chez les adultes, les données collectées au niveau des ménages ne reflètent pas nécessairement la réalité des enfants, chez qui cette pratique demeure courante et largement acceptée.

P. PRATIQUES D'HYGIENE PERSONNELLE INADEQUATES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	
--	--

	+
--	---

Pratiques de lavage des mains

Les discussions communautaires mettent en évidence un recours limité aux pratiques de lavage des mains, justifié par les difficultés d'accès à l'eau, avec une priorisation des usages domestiques essentiels (préparation des repas et eau de boisson). De même, l'achat de savon est souvent dépriorisé en raison des contraintes financières auxquelles font face les ménages. Les mères expliquent par ailleurs également que, bien qu'elles soient sensibilisées à l'importance du lavage des mains, elles ont tendance à oublier, absorbées par leurs activités quotidiennes. Cette situation se traduit également par des pratiques inadéquates de lavage des mains chez les jeunes enfants, notamment en l'absence de supervision, où la consommation d'aliments avec des mains souillées est fréquemment rapportée et a été observée. Parmi les moments clés recommandés pour le lavage des mains, les mères identifient comme les plus importants le lavage des mains après être allées aux toilettes et après avoir changé l'enfant. Les autres moments clés sont perçus comme plus difficiles à intégrer et à adopter.

⁴⁷ UNICEF, CAETIC, *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025*.

« Le fait de ne pas laver les mains constitue une habitude. La majorité des gens ne se lavent pas les mains ici. Personne ne se soucie de cela. Et même les pieds, le visage, parce que la vie est dure et on arrive tard à la maison, on ne se lave pas la nuit, mais on dort directement et on se réveille juste le matin. Et c'est la même chose pour les enfants aussi. »

Les résultats de l'enquête SMART⁴⁸ confirment les pratiques non optimales en matière de lavage des mains, avec 44,2% des ménages utilisant des dispositifs de lavage des mains manquant d'eau et de savon. La proportion de ménages utilisant des dispositifs de lavage des mains était de 54,6%, tandis que seulement 1,2% des ménages n'utilisaient aucune installation de lavage des mains. Comme pour les pratiques d'assainissement, il est à noter que ces données au niveau ménage ne reflètent pas la situation des enfants en termes d'utilisation, apparue très faible durant l'étude qualitative.

Hygiène corporelle

La population rapporte une réduction des pratiques d'hygiène au cours des dernières années, notamment en ce qui concerne la fréquence des douches et des lessives, en raison des contraintes d'accès à l'eau et au savon, mais également en lien avec la charge des activités quotidiennes assumées par les personnes en charge des enfants. Selon les mères, les nourrissons sont lavés quotidiennement, tandis que la fréquence diminue pour les enfants plus âgés (environ trois fois par semaine). L'utilisation du savon est limitée, tant pour l'hygiène corporelle que pour l'entretien des effets personnels, y compris les couches.

« Avant une mère lavait ses enfants une fois par jour aujourd'hui cela se fait tous les trois jours pour économiser l'eau. ».

Les observations indiquent que les enfants sont fréquemment en contact avec la saleté, une situation décrite par la population comme s'aggravant pendant la saison des pluies, lorsque les sols sont souvent inondés. Pour leur hygiène, certains adultes recourent aux douches publiques ; toutefois, leur utilisation reste limitée en raison des contraintes financières et du temps d'attente. Des cas de gale ont par ailleurs été rapportés, la communauté soulignant son caractère contagieux ainsi que la difficulté à en venir à bout, notamment en raison du coût du traitement qui doit être acheté pour l'ensemble de la famille.

Q. PRATIQUES INADEQUATES EN MATIERE D'HYGIENE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENTALE

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Gestion des déchets

Les pratiques de gestion des excréta contribuent à une pollution de l'environnement et notamment des eaux stagnantes. Celle-ci est aggravée par l'obstruction des canaux par les déchets, ou par les constructions empiétant sur les canaux d'évacuation. Elle s'accroît en saison des pluies, d'octobre à janvier, avec le refoulement des matières fécales dans les habitations lors des inondations.

« L'eau dans les canaux ne s'évacue pas. Et quand la pluie arrive, il y a l'inondation. Après, les matières fécales reviennent dans la maison. C'est la raison pour laquelle on appelle cela « carpe » ou « poisson ». Et c'est devenu une blague ici : combien de poissons as-tu eus pendant l'inondation ? Parce qu'eux ils rechassent les matières fécales de leurs maisons pendant la nuit souvent. »

La population a également souligné les dysfonctionnements du système de gestion des ordures. Celle-ci, assurée par le RF2⁴⁹, souffre notamment d'un nombre insuffisant de bacs à ordures, un manque de matériel et des ressources humaines limitées. Cette situation est en partie liée à l'insuffisance des cotisations versées par la population (généralement 500 Ar par mois par ménage, 1000 Ar pour les épiceries et 5000 Ar pour l'Association des Eaux),

⁴⁸ UNICEF, Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire à Antananarivo Renivohitra 2025.

⁴⁹ Rafitra Fikojana ny Rano sy Fahadiovana: structure locale en charge de la collecte des déchets

notamment, selon les répondants, en raison des migrants installés de manière informelle ainsi que de certains ménages réticents. Face à ces contraintes, la collecte des déchets se limite généralement aux rues principales, sans desservir les ruelles. Les ménages aisés ont recours à des jeunes pour évacuer leurs ordures, mais, selon les répondants, il arrive que celles-ci soient ensuite directement déversées dans l'environnement. Il a également été rapporté que des usines situées en dehors du fokontany viennent y déverser leurs déchets. Par ailleurs, bien que des activités de nettoyage des espaces collectifs soient organisées de manière ponctuelle, elles sont souvent liées à des actions d'incitation extérieure, pour lesquelles les personnes mobilisées perçoivent une rémunération, plutôt qu'à des initiatives individuelles.

La population souligne l'impact de la croissance démographique sur la concentration de l'insalubrité, qui a vu progressivement se détériorer la propreté de l'environnement.

« Pendant notre jeunesse, ce quartier était vraiment propre, avant la construction de la cité, même les eaux étaient très propres, il y avait des poissons, mais ensuite il y a eu la construction de la cité, et le quartier a commencé petit à petit à être sale, les maisons augmentaient et en parallèle, les déchets aussi ».

Hygiène des aires de jeux pour enfants

Les observations ont montré que les enfants évoluent dans des environnements fortement exposés à diverses sources de contamination, notamment aux excréta humains et animaux (chiens, volailles, zébus). Vu la forte densité de population, les espaces dédiés pour le jeu des enfants sont rares. Les jeunes enfants, souvent laissés au sol, sont en contact direct avec ces environnements, ce qui inclut l'ingestion de poussières et d'autres substances présentes au sol. Les enfants plus âgés ont, quant à eux, été observés se baignant dans des canaux où sont déversées des matières fécales et où paissent parfois des zébus. Si la communauté établit souvent un lien direct entre ces expositions et la survenue de diarrhées, certains parents considèrent néanmoins cette exposition comme bénéfique.

« Laisser les enfants dans un environnement insalubre renforce leur immunité et leur résistance. »

Ces constats corroborent les observations présentées dans la thèse intitulée « *Retard de croissance et risque de contamination par le milieu de vie*⁵⁰ », qui décrivent un environnement des enfants souffrant de malnutrition chronique marqué par l'insalubrité, la présence d'excréments d'animaux et des zones de défécation à l'air libre.

Hygiène de la cuisine et conservation des aliments

Les échanges communautaires mettent en évidence des pratiques d'hygiène alimentaire limitées, notamment en ce qui concerne la conservation des aliments cuits et le lavage des denrées. Les restes du repas du soir sont fréquemment conservés à température ambiante et consommés le lendemain. En l'absence de moyens de réfrigération, il n'est pas rare que les aliments moisissent et soient néanmoins consommés. Cette pratique est considérée comme difficile à modifier, car elle permet d'économiser du temps et de l'argent.

« On ne peut pas jeter les restes de nourriture même s'ils sont avariés. Même le reste est moisi on le mange, c'est les riches qui peuvent se permettre de jeter la nourriture ».

Les observations mettent également en évidence des conditions d'hygiène précaires dans la vente de rue, où les aliments sont exposés sans protection adéquate – certaines gargotes disposent de vitrines, mais pas toutes – ou préparés dans de mauvaises conditions d'hygiène. Il a ainsi été rapporté que certaines gargotes réutilisent, pour la cuisine, de l'eau déjà employée pour le lavage des ustensiles. D'autre part, les aliments crus achetés dans la rue sont le plus souvent consommés directement, sans traitement préalable.

⁵⁰ Nandrasana Rakotomanana EF., 'Retard de Croissance et Risque de Contamination Par Un Milieu de Vie. Une Anthropologie de La Petite Enfance Au Prisme de l'organisation Spatiale et Sociale Dans Un Quartier Défavorisé à Antananarivo, Madagascar.'

GENRE

R. CHARGE DE TRAVAIL ELEVÉE DES FEMMES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+++
--	-----

La plupart des femmes cumulent des activités génératrices de revenus, les soins aux enfants et les tâches ménagères. Il est fréquent qu'elles travaillent ou effectuent des tâches domestiques en portant leur enfant sur le dos, ou qu'elles l'emmènent avec elles lors de leurs activités à l'extérieur du domicile. Les femmes décrivent une large amplitude horaire, avec des journées qui commencent souvent dès 5h du matin voire plus tôt pour l'approvisionnement en eau. Beaucoup passent ensuite de longues journées en dehors du domicile, avant de devoir assurer la préparation du repas dès leur retour, en général vers 18h ou 19h. La lessive est identifiée comme la tâche la plus chronophage, surtout lorsqu'il y a des enfants en bas âge (beaucoup de linge à laver).

Selon les hommes comme les femmes, le travail des femmes est progressivement devenu une nécessité pour subvenir aux besoins du ménage, ceux-ci ne pouvant plus être couverts par les seuls revenus du conjoint. Cette nécessité est d'autant plus impérative lorsque les revenus du conjoint sont inexistant, ou dans le cas des femmes monoparentales. À plusieurs reprises, hommes et femmes ont évoqué l'existence de « *couples inversés* », dans lesquels c'est la femme qui travaille tandis que l'homme s'occupe des enfants.

« Dans nos quartiers, ce sont les femmes qui travaillent et les hommes glandent à la maison. Les femmes sont des fondeuses, elles foncent pour leur enfant, elles ne supportent pas de voir leur enfant souffrir ou manquer de nourriture, alors elles fournissent plus d'effort pour s'en sortir. La plupart des femmes d'ici sont des commerçantes dans les rues d'Analakely. Maintenant ce sont les hommes qui bercent les enfants. »

Par ailleurs, le surnom « *degany* » (battante) est fréquemment utilisé pour décrire ces femmes. Les mères expriment cependant des arbitrages difficiles entre les soins aux enfants et l'obligation de travailler, ce qui les contraint à retarder certains soins, à confier l'enfant à des tiers, ou à laisser les enfants seuls.

Les femmes maintiennent le plus souvent le même rythme d'activités de subsistance et ménagères tout au long de la grossesse jusqu'à la naissance. Un des cas d'enfant souffrant de malnutrition aigüe rencontré au cours de l'étude était d'ailleurs un enfant né avec un faible poids, à la suite d'un accouchement prématuré provoqué par le travail de la mère (Cf. Annexes A et B). La reprise du travail après l'accouchement est souvent précoce, parfois dans un délai de deux semaines et parfois même moins, en lien avec le raccourcissement de la période de réclusion et de soutien social de plus en plus limité au cours de cette période (Cf. Faible soutien social).

Dans ces conditions le repos total est quasi inexistant ; il se limite souvent à la nuit, à une sieste le dimanche ou à l'arrêt temporaire d'activités physiques difficiles. Dans les zones marécageuses, les mères expliquent que même pendant les moments de repos, la surveillance des enfants reste active en raison du risque de noyade.

« Pour moi, le repos c'est quand je ne porte rien sur la tête ou dans les bras ».

Les mères rapportent que cette charge de travail élevée entraîne une fatigue chronique, des maladies, du stress et une diminution de leur énergie physique – laquelle est aggravée par une alimentation jugée insuffisante face à l'effort physique fourni. (Cf. Faible état nutritionnel des femmes). Le stress est lui majoré par l'appréhension de réprimandes de la part du mari si les tâches sont jugées mal réalisées.

S. FAIBLE AUTONOMIE DES FEMMES / FAIBLE POUVOIR DE DÉCISION

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

L'homme est considéré comme le chef du ménage et, à ce titre, le principal décideur concernant le fonctionnement du foyer. Les femmes disposent d'une certaine marge de décision, notamment en ce qui concerne la gestion des revenus alloués à l'alimentation ainsi que certains choix de santé. Toutefois, il est attendu d'elles qu'elles rendent des comptes à leur mari, en vertu d'une norme sociale de subordination selon laquelle « aucune femme n'est censée prendre de décisions avant les hommes ». Pour certaines femmes, leur participation aux revenus du ménage contribue à renforcer leur pouvoir de décision. Pour d'autres, ce pouvoir apparaît limité par l'influence des beaux-parents, notamment dans les cas de grossesses précoces où la jeune fille part vivre chez sa belle-famille. Lors des discussions de groupe, les femmes et les jeunes filles ont ainsi rapporté des situations de déni de ressources (par exemple, une part alimentaire insuffisante allouée par la belle-mère à une femme allaitante), ou de non-assistance face aux violences physiques exercées par le mari. Par ailleurs, les jeunes filles confrontées à des grossesses non désirées subissent également des pressions au sein de leur propre famille en vue de conclure un mariage, une situation que leurs pairs assimilent à une forme de « vente » de l'enfant.

Domaine	Pouvoir de décision	Informations complémentaires
Tâches ménagères	Femme	La femme s'organise de manière autonome pour les tâches ménagères sans intervention du mari, à condition que les tâches soient exécutées selon les attentes du mari.
Régime alimentaire de ménage	Femme	Les femmes sont responsables de la gestion des fonds alloués par le mari pour les besoins alimentaires, devant s'assurer que le montant suffit pour la période définie (ex: 10 000 Ariary pour 2 jours).
Achat des aliments au marché	Femme/ Homme	L'autorisation du mari n'est pas nécessaire pour les achats des aliments et/ou articles de première nécessité, mais le choix des menus est parfois soumis à l'avis des hommes, et dans certains cas l'homme assure l'achat des aliments cuits qu'il ramène à la maison en rentrant du travail. Les conflits autour du choix des menus sont fréquents.
Activité génératrice de revenus	Femme	L'autorisation du mari n'est pas nécessaire ; les femmes choisissent elles-mêmes leurs activités génératrices de revenu mais il est généralement attendu qu'elles en discutent avec leur mari, notamment si elles veulent investir dans le commerce pour éviter toute mauvaise interprétation de l'origine de l'argent. Certaines femmes font des microcrédits Mobile money (taux d'intérêt de 11 %) pour financer de petits projets.
Utilisation des ressources financières	Femme / Homme	Les hommes perçoivent les revenus et limitent les budgets remis aux épouses, ce qui restreint la liberté financière de ces dernières pour les achats courants. Les femmes observent qu'une partie des revenus est utilisé entre autres pour la consommation d'alcool. Les revenus générés par les femmes sont directement injectés dans les dépenses du foyer, particulièrement lorsque l'activité du mari décline. Les femmes disent pratiquer une épargne secrète pour faire face à certaines dépenses, en faisant des économies sur l'argent qu'elles ont gagné ou sur l'argent remis par le mari. Elles utilisent par exemple des économies dissimulées à leur mari pour assurer les soins des enfants. En principe elles ne sont pas autorisées à s'endetter sans en informer le mari.
Recours aux soins	Femme / Homme	L'autorisation du mari n'est en général pas nécessaire, mais son appui financier est souvent nécessaire pour payer le traitement, et il peut influencer le choix du prestataire. Pour les accouchements notamment, les hommes sont souvent plus favorables à un accouchement chez une matrone (plus abordable) plutôt qu'en centre de santé, malgré le souhait de la femme. Dans certains cas la femme doit présenter les factures et justificatifs de dépenses de santé à son mari après avoir reçu l'argent. Si le mari ne met pas à disposition les ressources nécessaires, la femme peut être amenée à trouver des solutions alternatives, telles que demander de l'argent à ses parents ou vendre des biens. « En cas de maladie de mes enfants, c'est à moi de trouver les moyens d'abord. Je demande à mon mari et puis si l'argent qu'il me donne n'est pas suffisant je me tourne vers ma mère. Des fois il m'arrive de vendre ma marmite si je ne trouve pas de moyen, mais je le cache à mon mari sinon il va me traiter de détourner nos biens. »

Espacement de naissances / Utilisation des moyens contraceptifs	Femme / Homme	En général les femmes se sentent libres de choisir une méthode contraceptive (notamment l'injection trimestrielle), voire dans certains cas d'imposer leur choix au mari (par exemple refuser les rapports sexuels si le mari ne donne pas l'argent pour une contraception). Cependant, certains hommes perçoivent le recours aux méthodes contraceptives comme un facteur favorisant l'adultère et s'y opposent. (Cf. Faible espacement des naissances/ Grossesses précoces/ non désirées)
Scolarisation des enfants	Femme / Homme	En principe, les femmes n'ont pas besoin d'autorisation pour le paiement des frais de scolarité, qui sont inclus dans le budget du ménage. La décision de scolariser un enfant est généralement prise conjointement par le couple, bien que l'homme demeure le décideur final. « En ce moment mon premier enfant ne va pas à l'école depuis le mois d'octobre parce qu'on n'a pas pu payer son écolage. J'ai proposé à mon mari de réduire les dépenses alimentaires pour payer l'écolage mais il n'a pas accepté. »
Participation à des initiatives ou des groupes communautaires		Certains conjoints exercent un contrôle sur le choix de l'église fréquentée par leur épouse, ainsi que sur sa participation aux associations de quartier ou aux séances de sensibilisation. La participation des femmes à des groupes de discussion est par ailleurs parfois perçue comme inutile par les hommes lorsqu'elle n'apporte pas de bénéfices financiers.

Tableau 10: Répartition du pouvoir de décision au sein des ménages, District Antananarivo Renivohitra

T. FAIBLE SOUTIEN SOCIAL DES FEMMES

Catégorisation par les communautés lors de l'étude qualitative	+
--	---

Au cours des discussions de groupe, les femmes ont exprimé un sentiment de support social insuffisant. Elles constatent notamment des changements importants au cours des dernières années concernant le soutien reçu pendant la période de réclusion, se traduisant par une nette réduction du temps de repos. En effet, la durée de réclusion est passée de plusieurs mois auparavant à une période variant de 3 jours et 2 semaines actuellement, au maximum un mois. Les femmes expliquent que ce qui pose le plus problème n'est pas tant le raccourcissement de la durée, que l'indisponibilité des aidants (famille, voisins, mari) qui sont eux-mêmes occupés par la recherche de revenus, limitant l'assistance qui leur est apportée. Par manque de soutien ou nécessité économique, certaines femmes effectuent ainsi des travaux lourds (lessive) dès le lendemain de l'accouchement. Elles déplorent également une nette différence dans le soutien social reçu, selon qu'il s'agisse d'un premier enfant (soutien important) ou des suivants (soutien plus faible). Selon certaines femmes, une réclusion insuffisante entraîne des douleurs persistantes au dos et des étourdissements.

L'éducation concernant les soins aux nourrissons et l'allaitement repose majoritairement sur les conseils de la mère, de la belle-mère ou de la sœur. Les femmes disent également solliciter des informations et des conseils auprès d'amis, de voisins ou de membres de la famille (leurs sœurs en général) pour alléger le poids mental et résoudre les problèmes quotidiens. Plusieurs femmes ont évoqué les discussions menées dans le passé dans le cadre des groupes de soutien, lors des activités d'ACF et de CANTAV, comme une source précieuse d'accompagnement pour la gestion de la vie familiale et notamment pour les 1000 jours, et regrettent que ces espaces n'existent plus. Aujourd'hui les activités menées par l'organisation Koloaina, qui assure un accompagnement médico-social pour les familles vulnérables, notamment les mères de familles monoparentales, apportent en partie cette forme de support.

Un soutien est également apporté aux femmes par les agents communautaires qui mènent des activités de sensibilisation et fournissent, selon les besoins, des conseils techniques individualisés, tels que les conseils nutritionnels pour la prise en charge de la malnutrition aiguë modérée. Cependant, au moment de l'étude la population n'identifiait pas ASOS comme acteur de soutien en santé communautaire, en lien avec le démarrage récent du projet SAKANDRO.

Concernant l'accès à l'éducation, les jeunes filles sont fréquemment reléguées au second plan par rapport aux garçons, leur place étant généralement envisagée au sein du foyer.

Certaines participantes aux groupes de discussion ont mentionné faire partie de groupes d'épargne et de crédit, permettant de faciliter l'achat de matériel ou de répondre aux besoins urgents par le biais de cotisations. Cependant des expériences de groupes n'ayant pas fonctionné en raison d'un manque de régularité des cotisations ont également été rapportées.

De manière générale, les groupes communautaires se mobilisent en cas de maladies graves ou de décès. Il existe notamment une cotisation obligatoire en cas de décès, organisée par le comité social de quartier. Les décès étant relativement fréquents, le paiement de cette cotisation est intégré aux dépenses du ménage en tant que charge régulière.

D'autre part, les discussions ont mis en évidence un désengagement financier de nombreux pères, qui contribuent peu, voire pas du tout, aux dépenses essentielles du ménage telles que la santé, l'alimentation ou la scolarité des enfants, même lorsqu'ils disposent de revenus. Cette situation entraîne une surcharge de travail importante pour les femmes, contraintes de cumuler des activités génératrices de revenus avec l'ensemble des tâches domestiques (Cf. Charge de travail élevée des femmes). Il a été fait mention de cas où le conjoint contribue à certaines tâches, telles que la préparation des repas ou la garde des enfants ; toutefois, ces initiatives d'appui sont souvent jugées insuffisantes ou non optimales. Par ailleurs, plusieurs témoignages font état d'infidélités masculines ou d'abandons du foyer, laissant les femmes assumer seules la responsabilité parentale et subvenir aux besoins de leur famille. Dans les cas de séparation du couple ou d'enfants nés d'hommes déjà mariés, lorsque le père ne contribue pas financièrement aux charges de l'enfant, il arrive que le fokontany intervienne en médiation pour forcer le père à soutenir financièrement les mères.

« En ce qui concerne la gestion des devoirs financiers des pères, il y a ici beaucoup de mères célibataires, il y a aussi des cas où le père est déjà marié légalement à une autre femme. Pour toutes ces situations, on essaye de persuader le père de soutenir financièrement les mères, il y ceux qui donne 30 000 Ar par mois, ceux qui donnent 10 000 ariary, on ne peut pas leur imposer un montant car ça dépend de leur emploi. Il y a par exemple des pères qui travaillent comme ravitailleur d'eau, il dépose 1000 Ar environ par jour ici au fokontany et tous les mois, la mère vient récupérer la somme à la fin du mois. Mais il y a des pères ivrognes ou des pères qui n'habitent pas dans le fokontany, on transfère seulement le cas au fokontany concerné et c'est tout, et pour le père ivrogne, on ne peut pas faire grand-chose. »

Le mariage

Le mariage traditionnel malgache, incluant les étapes du *fisehoana* (présentation de l'homme à la famille de la femme) et du *vodiondry* (fiançailles traditionnelles qui scellent l'union coutumière), est perçu comme le socle de la stabilité du couple et du respect envers les parents. Historiquement, ces traditions renforçaient les liens familiaux, garantissant une prise en charge des enfants même en cas de séparation. Au cours des discussions de groupe, les hommes et les femmes ont rapporté un déclin marqué des pratiques matrimoniales formelles au profit du concubinage, souvent motivé par un manque de moyens ou par les situations de grossesses précoces.

« Avant, les couples s'engageaient plus dans les mariages. Mais aujourd'hui on vit seulement ensemble sans faire de mariage parce qu'aujourd'hui il y a beaucoup de grossesses précoces à partir de 13 à 14 ans. Il y a ceux qui sont contraints de vivre ensemble parce que la fille est enceinte. »

Si le mariage traditionnel reste pratiqué, la population observe une tendance croissante à prioriser les unions civiles et religieuses. Cette évolution s'explique notamment par des contraintes logistiques, le calendrier des communes et des églises étant souvent très saturé. Ce désengagement vis-à-vis des coutumes fragilise la cohésion familiale et contribue aux situations de séparation. Enfin, les situations de concubinage sont perçues comme précaires car elles permettent aux pères de se soustraire plus facilement à leurs responsabilités financières et éducatives envers leurs enfants.

La recomposition familiale est fréquente, que ce soit après un décès ou une séparation. Selon la communauté, les tensions relationnelles et sociales sont fréquentes au sein de ces familles recomposées. Les enfants nés d'une union précédente subissent fréquemment un traitement différencié et des discriminations par rapport aux enfants issus du nouveau couple. Même lorsque le conjoint accepte initialement l'enfant de l'autre, cette situation devient fréquemment un sujet de reproche lors de disputes. Pour éviter les risques de rejet, certains parents vont jusqu'à cacher l'existence de leurs enfants au début d'une nouvelle relation, ne révélant la vérité qu'une fois le couple stabilisé.

PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DES INTERVENTIONS

Dans l'ensemble, la communauté a exprimé des retours positifs concernant les interventions, perçues comme répondant aux besoins importants et multiples auxquels la population est confrontée. Toutefois, les perceptions communautaires des interventions passées font ressortir plusieurs limites structurelles et opérationnelles.

D'une part, les participant.es aux groupes de discussion ont souligné une priorisation jugée parfois inadéquate, influencée par du favoritisme et des interférences politiques dans la localisation des projets.

« Il y a aussi des influences politiques. S'il y a un quartier qui abrite beaucoup de partisans du régime en cours, on réhabilite la route par là ».

Par ailleurs, la couverture des interventions est perçue comme limitée et inéquitable, ne permettant pas d'atteindre l'ensemble des personnes dans le besoin. Les mécanismes de ciblage alimentent des tensions, notamment en ce qui concerne les opportunités de travail HIMO, considérées comme une source importante d'accès aux revenus. La fiabilité des données utilisées pour le ciblage des ménages est souvent mise en cause, les acteurs s'appuyant sur des sources jugées peu vérifiées.

« Lors de la distribution de l'aide, d'autres personnes ont été inscrites sur la liste, alors que les sinistrés, comme nous, n'en avons pas bénéficié. »

Enfin, un déficit important d'accès à l'information concernant les aides disponibles et les critères d'éligibilité a été relevé, avec une forte dépendance aux canaux informels. Les barrières administratives contribuent également à exclure une partie de la population, la complexité des démarches suscitant la crainte, notamment pour les populations migrantes qui pour beaucoup ne sont pas déclarées au niveau du fokontany.

Dans ce contexte, les communautés expriment une aspiration claire à davantage de transparence et de communication directe, notamment à travers une présence accrue des responsables sur le terrain.

« Nous avons besoin que le responsable de projet lui-même fait une descente sur terrain pour expliquer les méthodologies et mode opératoire pour plus de transparence et justice. »

La population met également en avant la nécessité d'une implication précoce des figures clés locales — notamment les chefs de secteur et les leaders communautaires — dès la phase initiale des projets, afin de renforcer l'adhésion communautaire et d'optimiser l'efficacité des actions de sensibilisation.

V. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Synthèse de la catégorisation des déterminants de la sous-nutrition

Les données qualitatives collectées au cours de cette étude sur les déterminants de la sous-nutrition ont permis de catégoriser 20 déterminants susceptibles d'influencer la prévalence de la sous-nutrition (malnutrition aiguë et retard de croissance) dans la zone d'étude, comme présenté dans le Tableau 11 ci-dessous. Suite aux séances de restitution communautaire, 5 déterminants ont été identifiés comme ayant un impact majeur, 4 déterminants ont été classés comme ayant un impact important et 11 déterminants ont été considérés comme ayant un impact mineur.

Parmi les déterminants identifiés comme majeurs par la communauté, deux ont été identifiés dans le secteur de la santé, à savoir **le faible accès aux services de santé** et **le faible espacement de naissance, grossesses précoces, répétitives ou non-désirées** ; deux déterminants ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et moyens de subsistance, à savoir **le faible accès aux sources de revenu** et les **faibles capacités de résilience**, et un déterminant a été identifié dans le domaine du genre, à savoir **la charge de travail élevée des femmes**.

Les déterminants identifiés comme importants relevaient du secteur de la santé mentale et des pratiques de soins, à savoir **le bien être du donneur de soins** et **la faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins**, ainsi que du secteur de l'eau, assainissement et hygiène, à savoir **un faible accès et disponibilité de l'eau (en quantité et en qualité)**, et de **faibles pratiques d'assainissement**.

	Déterminants de la sous-nutrition	Ensemble
A	Faible accès aux services de santé	+++
B	Faible utilisation des services de santé	+
C	Faible espacement des naissances / Grossesses précoces/ non-désirées	+++
D	Petit poids à la naissance	+
E	Faible état nutritionnel des femmes	+
F	Bien-être du donneur des soins	++
G	Pratiques d'allaitement maternel non-optimales	+
H	Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant non-optimales	+
I	Faible qualité des interactions entre l'enfant et le donneur de soins	++
J	Faible accès aux aliments de qualité	+
K	Faible accès aux sources de revenus	+++
L	Disfonctionnement des marchés ou système d'approvisionnement	+
M	Faibles capacités de résilience	+++
N	Faible accès et disponibilité de l'eau (qualité et quantité)	++
O	Faibles pratiques d'hygiène personnelle	+
P	Faibles pratiques d'hygiène d'environnement	+
Q	Faibles pratiques d'assainissement	++
R	Charge de travail élevée des femmes	+++
S	Faible pouvoir de décisions des femmes	+
T	Faible soutien social des femmes	+

Tableau 11: Synthèse de la catégorisation des déterminants de la sous-nutrition, District Antananarivo Renivohitra

Cette catégorisation s'aligne avec une typologie d'enfant malnutri issue des études de cas et des échanges communautaires, indiquant un effet cumulatif du faible accès aux revenus (parents sans emploi stable), de la surcharge de travail des femmes (enfants de mère célibataires/ monoparentales), de faibles capacités de résilience (consommation d'alcool dans le ménage et/ou pratique de jeux d'argent) et d'un faible espacement des naissances (enfants d'une mère ayant eu des grossesses rapprochées/ précoces). Le profil des cas étudiés soutient par ailleurs le constat d'une fréquente association entre malnutrition aiguë et retard de croissance observé au cours de l'étude, avec un profil d'enfants ayant souvent une histoire de faible poids à la naissance. Les itinéraires thérapeutiques confirment par ailleurs le faible accès

aux services de santé, retardant le plus souvent le recours à des soins adaptés (Cf. Annexes A et B).

Recommandations

Les recommandations suivantes sont formulées dans le cadre du projet SAKANDRO (■/●), mais s'étendent également aux actions complémentaires susceptibles d'être mises en œuvre à l'avenir par d'autres acteurs dans la zone d'étude (□/○). Elles s'appuient à la fois sur les recommandations des communautés, recueillies au cours de l'étude, et sur les orientations techniques issues de ses conclusions.

Faible accès aux centres de santé

- Assurer une identification précoce et un accompagnement adéquat des couples mères enfants à risque de retard de croissance et de développement, notamment les enfants nés avec un faible poids, de mères adolescentes, de mère présentant des addictions, de mère ayant contracté le VIH, et d'enfants issus d'accouchements avec complications ;
- Mener des actions ciblées de communication pour le changement de comportement, en impliquant les acteurs clés de la communauté, afin de promouvoir l'utilisation des services de santé, de renforcer l'importance de la vaccination et d'encourager son appropriation par les communautés ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et la prise en charge à travers l'organisation de formations du personnel de santé sur la relation soignant-soigné ;
- Plaidoyer pour un accès gratuit aux médicaments préventifs (FeFol, déparasitant) et une information des usagers sur leurs droits ;
- Renforcer les approches de stratégies avancées (vaccination et planification familiale, incluant le dépistage VIH), en particulier dans les zones éloignées des CSB (Antsalovana FAAMI, Ankasina), en organisant les services de manière à assurer une régularité et à réduire les temps d'attente ;

Faible espacement de naissance, les grossesses précoces, répétitives ou non-désirées

- Faciliter l'accès aux méthodes contraceptives :
 - Promouvoir auprès des prestataires de santé l'importance d'améliorer l'accès à la contraception en période post-partum immédiat ;
 - Intégrer et renforcer de manière systématique les messages sur la planification familiale et la contraception lors des consultations prénatales et au sein des groupes de soutien communautaires, en veillant à inclure des messages adaptés aux jeunes ainsi que des informations spécifiques sur la contraception post-partum ;
 - Renforcer l'éducation à la sexualité à destination des adolescent-es, y compris les non scolarisé-es, en tenant compte de l'influence des réseaux sociaux, et soutenir les actions de plaidoyer en faveur du respect de leurs droits sexuels et reproductifs ;
- Renforcer la collaboration avec les matrones :
 - Organiser des initiatives de formation à destination des matrones, en particulier sur l'identification précoce et l'accompagnement des couples mère-enfant à risque de retard de croissance et de développement, et sur les soins essentiels aux nouveau-nés ;
 - Réaliser une cartographie des prestataires de soins impliqués dans la santé sexuelle et reproductive, incluant les matrones, et mener des actions ponctuelles de mobilisation afin de faciliter les échanges autour des problématiques clés et de favoriser le développement de synergies entre acteurs ;

Faible accès aux sources de revenu

- Elaborer une cartographie des acteurs impliqués dans le domaine du soutien psychosocial et la formation professionnelle, de manière à renforcer l'information et l'orientation de la

population — en particulier des jeunes —, de faciliter des circuits de référencement coordonnés et améliorer l'accès au soutien psychosocial pour les personnes vulnérables en formation ;

- Soutenir le développement d'opportunités de formations professionnelles et d'activités génératrices de revenus, accessibles notamment aux jeunes sans diplôme formel (artisanat, mécanique automobile...);
- Soutenir les initiatives de formations en gestion financière adaptées aux ménages et aux petits entrepreneurs afin de renforcer leur capacité à gérer efficacement leurs ressources et à améliorer leur résilience économique ;

Faibles capacités de résilience

- Renforcer les actions de communication et de prévention sur les méfaits de la consommation d'alcool et des conduites addictives à destination des femmes enceintes et des communautés, en intégrant notamment des messages sur les conséquences de leur consommation pendant la grossesse ainsi que sur les risques liés aux jeux d'argent ;
- Mettre en place et/ou renforcer des groupes de soutien et de discussion communautaires axés sur la gestion de la vie familiale visant à favoriser le partage d'expériences, le renforcement des compétences psychosociales et le soutien à la parentalité positive, en particulier pour les ménages vulnérables, les jeunes parents et les parents d'adolescentes (par exemple école des parents) et abordant notamment les aspects de gestion financière du ménage, de nutrition maternelle et infantile, et des problématiques liées à l'adolescence ;
- Appuyer le plaidoyer de la société civile pour un renforcement des mesures de régulation des points de vente d'alcool afin de limiter la prolifération des commerces illicites et de prévenir la vente d'alcool aux mineurs ;
- Renforcer les opportunités socio-éducatives pour les jeunes à travers le soutien à des espaces sûrs et structures favorisant l'engagement positif des jeunes et leur offrant un espace d'écoute (centres de jeunes, bibliothèque, salle informatique, activités communautaires, sportives et culturelles) ;

Surcharge de travail des femmes

- Développer et soutenir les initiatives de garderies communautaires, en s'inspirant de modèles existants tels que l'Akany Fanantenana d'Ambodirano Ampefiloha, afin de renforcer l'offre d'options de garde d'enfants adéquates ;

Autres recommandations

- Garantir une communication renforcée et continue sur le projet, ses activités et ses groupes cibles, en impliquant activement les acteurs clés de la communauté dans la diffusion de l'information, et en mettant en place des mécanismes accessibles et efficaces de retour d'information et de gestion des plaintes ;
- Renforcer l'engagement des hommes sur les questions liées aux pratiques de soins des jeunes enfants, à la nutrition et au planning familial, à travers des actions ciblées de communication pour le changement de comportement et de dialogue communautaire ;
- Mener un plaidoyer pour l'intégration explicite de la problématique des aliments ultra-transformés dans les stratégies nationales et urbaines de lutte contre la sous-nutrition, prenant en compte leur rôle croissant dans les régimes alimentaires des populations urbaines défavorisées ;
- Soutenir les initiatives visant à promouvoir une offre alimentaire saine et de qualité, basée sur des ingrédients locaux, afin d'améliorer l'accès des ménages à des aliments nutritifs, culturellement acceptables et adaptés aux besoins des femmes enceintes, des mères allaitantes et des jeunes enfants, tout en favorisant les liens avec les mécanismes de protection sociale pour favoriser leur accès par les ménages les plus vulnérables ;

- Soutenir les initiatives de cantines scolaires de manière afin de renforcer la fréquentation et le maintien des enfants à l'école ;
- Renforcer la gestion des déchets solides et l'accès aux infrastructures d'assainissement et d'hygiène au niveau domiciliaire et communautaire, notamment par l'installation de bacs à ordures et la construction ou la réhabilitation de blocs sanitaires ;
- Mener un plaidoyer en faveur de l'élaboration et de l'application de mesures législatives (décret) imposant l'intégration de latrines dans toute nouvelle construction privée et le respect de normes de construction adaptées au contexte⁵¹, assorties de mécanismes efficaces de suivi et de contrôle, en collaboration avec le Bureau Municipal de l'Hygiène (BMH).

⁵¹ Notamment dans les zones de rizières où le rehaussement des toilettes est nécessaire et/ou l'utilisation de fosses Makiplast

BIBLIOGRAPHIE

ACF. *Diagnostic En Santé Mentale, Pratiques de Soins et Protection En Milieu Urbain*. ACF, 2021.

Deneffe Dobrzynski ML. *Santé Sexuelle et Reproductive Des Adolescent·e·s et Des Jeunes à Madagascar*. Médecins du Monde, 2018.

IPC. *Analyse IPC de Mise à Jour Sur l'insécurité Alimentaire Aigue Au Niveau Des 32 Districts, Madagascar*. 2026. <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1161004/?iso3=MDG>.

Nandrasana Rakotomanana EF. *'Retard de Croissance et Risque de Contamination Par Un Milieu de Vie. Une Anthropologie de La Petite Enfance Au Prisme de l'organisation Spatiale et Sociale Dans Un Quartier Défavorisé à Antananarivo, Madagascar.'* PhD Thesis, Université de Bordeaux, 2023.

UNICEF, CAETIC. *Enquête Nutritionnelle de Sécurité Alimentaire a Antananarivo Renivohitra 2025*. SMART.

UNICEF Conseil économique et social. *'Descriptif de Programme Pays Madagascar'*. January 2024. <https://www.unicef.org/executiveboard/media/19611/file/2024-PL3-Madagascar-CPD-FR-ODS.pdf>.

World Bank Group. *'Madagascar Country Overview'* 2024. <https://www.worldbank.org/ext/en/country/madagascar>.

ANNEXES

ANNEXE A : ETUDE DE CAS

Mère de 25 ans, mariée, 4 enfants (10 ans, 4 ans, 2 ans, et 6 mois)

Enfant : fille de 2 ans, souffrant de malnutrition aiguë modérée

J'ai eu mon premier enfant à 16 ans. Auparavant j'habitais chez la sœur de ma mère. J'ai souffert là-bas, elle me forçait à vendre des sachets de légumes. Elle me grondait tout le temps, me tabassait. Elle me blâmait si je n'avais pas vendu tous les sachets. Parfois elle me disait de partir de chez eux, mais je ne pouvais quand même pas dormir au marché et risquer d'être abusée par d'autres personnes. J'ai souffert, mais j'ai persévéré, parce que je n'ai nulle part où aller. J'étais arrivée chez eux, parce que quand j'avais 9 ans, mes parents sont morts.

A 15 ans j'ai rencontré quelqu'un qui voulait se marier avec moi, alors avec toutes les souffrances que j'ai endurées dans la maison, j'ai quitté ma tante pour me marier. Quand j'ai dit à ma tante que je vais partir, elle ne voulait pas me laisser partir. Elle m'a dit que l'homme qui veut m'épouser ne fera pas l'affaire. Et lui il a dit qu'il ne faut pas écouter tout ça, si j'arrive tout simplement à subvenir à tes besoins, ça va suffire. A ce moment-là, je n'étais pas encore enceinte. Maintenant, mes enfants ont 10 ans, 4 ans, 2 ans, et 6 mois. Ma fille a 2 ans, les autres sont des garçons. Les deux derniers sont rapprochés, c'est ce qui cause la malnutrition.

Mon mari est tireur de charrette et moi avant, j'étais femme de ménage. Quand j'ai su que j'étais enceinte de mon deuxième enfant, j'ai arrêté de travailler. Mais quand je suis revenue après l'accouchement, le patron n'a plus voulu de moi.

Je n'ai pas pratiqué de planning familial parce que mes règles ont mis du temps pour revenir après l'accouchement. Je ne faisais pas attention à cette question et les autres me disaient aussi que tout ira bien, ça va bien se passer. Puis j'ai pratiqué l'implant, mais il y a beaucoup de saignements. Et je me suis dit que je vais prendre une petite pause pour revenir vers la planification familiale. Mais c'était trop tard. Le deuxième enfant était déjà placé. Du deuxième enfant au troisième enfant, j'ai pratiqué l'injection, mais je ne l'ai pas supporté, parfois je perdais l'équilibre, j'avais mal à la tête. Deux ans après mon deuxième enfant, j'ai arrêté le planning familial et je suis tombée enceinte. Entre le troisième à le quatrième enfant, je n'ai pas fait le planning familial. Je ne veux plus avoir d'enfant, mais je ne supporte pas le planning familial. Et quelqu'un a dit qu'il faut retourner l'utérus pour ne plus avoir d'enfant. Tout le monde ici a entendu ça. Il y a des rumeurs qu'il faut y aller au CSB2 pour bénéficier de ce service. J'ai fait attention pour ne plus tomber enceinte, mais je ne sais pas ce qui s'est passé. A mon quatrième enfant, je suis revenue vers la planification familiale et j'ai pratiqué l'injection. J'ai toujours mal à la tête. Les gens disent que c'est un signe que je ne supporte pas l'injection et que mon corps est devenu faible.

Pendant la grossesse, je n'étais pas malade, mais la nourriture était insuffisante. Vous voyez très bien l'emploi des tireurs de charrettes, parfois il y en a, parfois il n'y en a pas, et parfois on ne mange pas. Parfois, il y a juste 1.000 Ariary, alors j'achète un kapoaka de riz et je mets beaucoup d'eau pour le cuire et je donne le riz dilué pour mes enfants. Et c'est ce riz aussi que je mange. Je ne sais plus quoi faire, je ne sais plus comment faire avec seulement 1000 ariary, mais c'est ce qui est disponible.

Je suis toujours allée faire les consultations prénatales, sauf une fois, proche de l'accouchement, au huitième mois. Je ne mange pas souvent et je n'avais pas l'énergie pour aller au centre de santé, parce que je dois marcher à pied, il n'y a pas de bus. Je mets peut-être une heure ou plus pour aller au centre de santé. Je prends du temps parce que m'essouffle vite quand je suis fatiguée.

Les personnes autour de moi aussi pratiquent de la consultation prénatale. J'ai souvent fait les consultations prénatales auprès de CSB2, mais pas l'accouchement. Mes trois garçons sont nés à la maison, sauf ma fille. Je ne voulais pas consulter les hôpitaux parce que j'avais peur de ce que disent

les gens, car à l'hôpital, ils pratiquent toujours l'opération césarienne, d'après les rumeurs, et c'est 500.000 ariary. J'ai accouché à la maison avec la matrone, mais pour ma fille, les contractions sont arrivées dans la soirée, il était tard et la matrone n'était pas disponible, elle n'est plus dans ce quartier. Donc j'étais obligé d'aller au CSB2. Il n'y avait personne de compétent aux alentours pour me faire accoucher. J'étais obligé de marcher à 23h, j'étais accompagné par mon mari et par ma sœur. J'ai prié pour la vie de mon enfant à cette époque.

Il y avait une complication lors de l'accouchement au CSB. L'enfant n'avait pas suffisamment d'énergie pour sortir parce qu'elle était très petite. La contraction a commencé pendant la soirée, mais l'accouchement n'a eu lieu qu'au matin, ils ont même dû faire une petite opération pour pouvoir la faire sortir de mon ventre. Elle était très petite, elle n'a pas pu être pesée.

Je l'ai allaité une heure après naissance, et à partir du deuxième jour le lait maternel était disponible. Elle était maigre. Elle est « tanin'aizana » (elle tète encore alors qu'il y a un autre bébé dans le ventre). Je n'ai pas assez de lait maternel parce que je ne mange pas bien. Il n'y a pas de nourriture à la maison. Elle suce juste parce que ça lui convient, elle continue de sucer même s'il n'y a pas de lait maternel.

A six mois j'ai commencé à lui donner du Farilac, et aussi de l'eau bouillie. L'eau bouillie, je la prépare avec un bol propre, et je me lave les mains quand je le prépare. Mais maintenant, avec le dernier enfant il y a deux allaitements. J'allaite en rotation parce que ma fille n'aime pas le double allaitement, elle pleure si j'allaite son petit frère en même temps. Souvent, il n'y a pas de nourriture à la maison. La semaine passée, par exemple, il n'y avait pas de déjeuner le midi pendant toute la semaine. Parfois, j'erre pour demander quelque chose à manger pour les enfants. Parfois, j'achète à crédit, parfois j'emprunte de l'argent. Quand il y a de l'argent, j'achète des bananes, des pommes, mais ce n'est pas régulier. Aujourd'hui, nous sommes samedi et la dernière fois qu'on a mangé des bananes, c'était le lundi.

Ma fille tombe souvent malade, elle tousse. Elle a aussi de la fièvre, elle perd du poids et elle est sans énergie. Ce mois-ci, par exemple, c'est la deuxième fois qu'elle tombe malade. J'ai consulté un docteur parce qu'il est juste à côté, il a donné du sirop, du paracétamol et d'autres comprimés. J'ai payé 12.000 Ariary pour la consultation et pour les médicaments. Les autres enfants ne tombent pas souvent malades comme elle. Mais parfois, elle a pris du poids au cinquième mois par exemple, mais maintenant, elle a perdu du poids, elle est redevenue maigre. Et quand elle est maigre, elle est une proie facile pour les maladies.

Quand la pluie tombe, il y a des gouttes qui s'infiltrent de notre toit, les eaux aussi rentrent dans la maison quand la pluie tombe beaucoup. La maison appartient à ma belle-mère. Mais il y a un certain endroit où le toit n'est pas troué, et nous, on s'abrite dans cet endroit quand il pleut. Les deux grands montent en haut avec ma belle-mère, mais les deux autres restent avec moi.

J'ai consulté des tradipraticiens, parce que les gens disent que l'enfant a besoin de massages pour son corps parce qu'elle est petite et souvent malade. Tout ce que disent les gens, je les ai tous consultés. Nous avons vraiment beaucoup lutté contre la maladie de cet enfant. A un moment on a même constaté son squelette et des os, au niveau de son épaule. Elle ne voulait plus téter, elle ne mangeait plus, elle ne buvait plus de l'eau. Je me suis même attendue au pire parce que même ses yeux, elle n'arrivait plus à les ouvrir correctement. Mais le tradipraticien lui a donné une petite tisane. C'était pendant son huitième mois. Son état s'est amélioré.

Je n'arrive plus à faire vacciner mes enfants. Le vaccin me fait peur et ma sœur aussi me dit souvent qu'il ne faut pas vacciner. Parce qu'une fois que le point d'injection sur l'enfant est touché, l'enfant pleure. Mais si je décide maintenant de poursuivre le vaccin, qu'est-ce que le docteur va me dire ? Ça me fait un peu peur. J'ai eu le rendez-vous, mais je n'ai pas pu le respecter, et j'ai peur de revenir auprès du CSB2 parce que je ne l'ai pas respecté. J'ai aussi peur de tenir mon enfant pendant le vaccin, parce que je ne supporte pas de l'entendre pleurer quand le docteur l'injecte. Moi, depuis

mon enfance, j'ai peur de l'injection. Il n'y a personne qui peut m'aider, parce que ma belle-mère travaille toujours et que mes sœurs ne sont pas disponibles. Pendant le vaccin de mon dernier enfant par exemple, personne ne pouvait s'occuper de surveiller mes autres enfants et je ne peux pas les porter car je suis fatiguée. J'ai laissé les petits enfants avec leur grand frère de 10 ans et j'étais inquiète. J'ai fais la queue depuis 07h à 11h car il y a beaucoup de personnes et il n'y a pas de rendez-vous particulier mais tout le monde doit faire la queue.

Je ne suis pas motivée pour aller au CSB2 parce qu'il n'y a pas assez de Plumpy pour tout le monde. Il y a toujours rupture de stock et le responsable de la sécurité est parfois cruel avec nous. J'en ai marre, je suis découragée et fatiguée aussi parce que je suis revenue cinq fois et c'était toujours la même chose. Les autres mères ont des amis personnels de santé, on mesure le bras et on les réfère directement auprès du CSB2. Mais moi, je ne connais pas la personne qui fait cela.

ANNEXE B : ETUDES DE CAS – PRINCIPALES CARACTERISTIQUES

	Antohomadinika IIIG Hangar	Antohomadinika Antsalovana FAAMI	Ankasina	Ampefiloha Ambodirano
Sexe	F	M	F	F
Age (mois)	7	16	24	11
Etat nutritionnel	MAM	MAM	MAS	MAS
Rang de naissance	1 ^{er}	2 ^e /2 (7 ans et 16 mois)	3 ^e /4 (10 ans, 4 ans, 2 ans, et 6 mois)	2 ^e /2 (6 ans et 11 mois)
Poids de naissance (rapporté)	900 g	Faible poids à la naissance (Pas de pesée à la naissance)	Faible poids à la naissance (Pas de pesée à la naissance)	ND
Lieu de naissance	Centre de santé	A domicile assisté par une matrone	Centre de santé	A domicile assisté par une sage-femme
Spécificité à la naissance	Naissance prématurée suite à une chute dans les escaliers Enfant hospitalisé 1 mois en couveuse	Non Accouchement sans complications	Travail prolongé, procédure d'extraction instrumentale	Manœuvre de curetage du placenta
Calendrier vaccinal	NR ⁵²	Respecté	Incomplet	Respecté
Maladies infantiles (+recours aux soins)	Infections respiratoires fréquentes (tradipraticien) Diarrhée (CSB)	Angamaso ⁵³ (tradipraticien) Diarrhées et vomissements fréquents (médecin en cabinet privé)	Infections respiratoires et fièvre fréquentes (médecin en cabinet privé, automédication ou tradipraticien selon les symptômes et les ressources financières disponibles)	Infections respiratoires (hospitalisation à 6 mois et à 7 mois retardée faute de ressources financières) Toux+fièvre (automédication) Traitement MAS en cours
PROFIL DE LA MÈRE				
Age (ans)	18	26	25	22
Age lors de l'accouchement du 1^{er} enfant	17	19	16	17
Situation familiale	Mariée	Mariée Disputes conjugales++	Mariée	Mariée Violences conjugales et consommation d'alcool++ par le conjoint ; jeux d'argent par la mère

⁵² Non renseigné

⁵³ Angamaso ou Mangamaso est un tableau de symptômes de déshydratation du jeune enfant (fontanelle creusée) identifié par la communauté comme lié aux additifs chimiques présents dans la nourriture, notamment les aliments transformés, et relevant exclusivement de la médecine traditionnelle (traitement par application d'une pâte de cresson, miel, œuf et curcuma sur la fontanelle et massages par le tradipraticien).

Source de revenu	Lavandière	Laveuse de gobelets jetables	Sans emploi ; anciennement femme de ménage, perte d'emploi à la suite des grossesses	Sans emploi ; anciennement employée de zone franche, licenciée en 2023
PRATIQUES DE SOINS				
Soins prénataux	NR	Centre de santé ; schéma complet à l'exception de l'échographie faute de moyens financiers	Centre de santé ; schéma incomplet	Dispensaire des religieuses
Reprise du travail <i>(après l'accouchement)</i>	3 mois	2 semaines	-	-
Initiation de l'allaitement maternel	Précoce interruption pendant 1 mois dû à l'hospitalisation en couveuse (enfant nourri par les substituts du lait maternel), puis reprise progressive de l'allaitement	Retardé	Précoce	2 hrs
Poursuite de d'allaitement maternel	En cours	En cours	En cours double allaitement (allaite également un frère cadet de 6 mois)	En cours
Introduction des aliments de complément <i>(mois)</i>	6 (bouillies enrichies (Koba) 7 (riz mou)	6 (eau de riz)	6 (bouillies enrichies (Farilac) et eau bouillie)	6 (thé et eau chaude sucrée) 7 (bouillies de carottes et de riz)
Garde de l'enfant	Par la grand-mère	Par la mère	Par la mère	Par la mère
Environnement de l'enfant	NR	Enfant laissé à jouer à terre lorsque la mère travaille	Domicile inondé pendant la saison des pluies	Domicile inondé pendant la saison des pluies

ANNEXE C : GUIDE QUALITATIF

A. NOTE D'INFORMATION⁵⁴

Etude des déterminants de la sous-nutrition dans les fokontany **Ankasina, Antohomadinika Antsalovana FAAMI, Antohomadinika IIIG Hangar, Ampefiloha Ambodirano**, correspondant à la zone d'intervention du projet Sokandro, District **Antananarivo Renivohitra**. La réalisation de cette étude permettra de mieux comprendre les déterminants multi-sectoriels de la sous-nutrition et de renforcer les réponses programmatiques. L'étude permettra d'améliorer les interventions du projet et d'assurer un engagement communautaire fort dans toutes ses phases.

Nom du chercheur principal: Uwimana Sebinwa

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 Antananarivo Renivohitra. 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 16 Mars au 16 Avril 2026 dans quatre communautés échantillonnées.

PROCEDURE: Nous aimerions passer 5 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 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 suivants. 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 discussion de groupe. S'ils souhaitent contribuer plus d'une fois, cela n'est autorisé que si cela concerne différents sujets. Cependant, nous souhaitons

⁵⁴ À utiliser comme une ouverture de chaque échange avec des informateurs clés, qu'il s'agisse d'un entretien semi-structuré ou d'une discussion de groupe. Les phrases en gris ne sont relatives que pour une première réunion avec les leaders communautaires.

parler avec autant de membres de la communauté que possible et pour cette raison, il serait préférable que plus de personnes de la communauté soient mobilisées pour participer.

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'ASOS ou 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 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.

B. CALENDRIER SAISONNIER⁵⁵

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 déterminant de la sous-nutrition, tandis que le sujet sera abordé. Les déterminants 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 déterminant est le plus important et les causes précises de ces changements.

C. NARRATION⁵⁶

La narration implique des participants de 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.

⁵⁵ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 19 & 20 (<https://www.aidsalliance.org/>).

⁵⁶ Participatory Learning and Action (PLA), Outil no. 58 (<https://www.aidsalliance.org/>).

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.

D. 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.

E. 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.

F. ETOILE DE RESILIENCE

L'étoile de résilience est une évaluation de la résilience communautaire. L'étoile peut être utilisée comme un outil d'évaluation rapide initial qui peut constituer le point de départ pour des évaluations et une planification plus approfondies.

L'étoile de résilience comporte onze dimensions de résilience:

- Gestion des risques de catastrophe : Préparation, atténuation et alerte précoce.
- Santé : Accès aux soins et état de santé de la communauté.
- Eau et assainissement : Accès à l'eau potable et à des installations sanitaires.
- Habitat : Sécurité et qualité des logements.
- Sécurité alimentaire et nutritionnelle : Disponibilité et accès à la nourriture.
- Cohésion sociale : Solidarité et relations entre les membres de la communauté.
- Inclusion : Participation et non-discrimination (des groupes vulnérables).
- Opportunités économiques : Moyens de subsistance et sécurité financière.
- Infrastructures et services : Qualité et accessibilité des infrastructures de base.
- Gestion des ressources naturelles : Utilisation durable de l'environnement.
- Communication et information : Accès à l'information et mécanismes de retour d'information (liés à la cohésion et à l'inclusion).

Au cours de l'étude qualitative, l'équipe de recherche présentera un ensemble d'images imprimées représentant différentes dimensions de la résilience communautaire. Ces images seront placées devant les participants et leur signification expliquée de manière concise et claire. Ensuite, les participants recevront trois post-it par personne pour identifier les dimensions problématiques dans leur quartier. Après le vote, l'équipe de recherche invitera les participants à réfléchir sur les résultats de leur vote et les dimensions les plus problématiques. Cela permettra à l'équipe d'identifier des thématiques complémentaires en lien avec la santé pour lesquelles les guides d'entretien complémentaires devront être préparés au cours de la recherche dans les fokontany.

G. GUIDE D'ENTRETIEN: MALNUTRITION

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (Cf. **Photos d'enfants malnutris (marasme/kwashiorkor) + enfants souffrant de malnutrition chronique**) 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?
2. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça? (Cf. **Flashcards Déterminants de la sous-nutrition**)

Instructions : Selon les déterminants choisis par les participants, vous pouvez utiliser l'un des guides d'entretien ci-dessous pour approfondir chaque déterminant. Par exemple, si les participants choisissent les pratiques d'assainissement non optimales, vous pouvez vous inspirer du guide d'entretien L, section « Pratiques d'assainissement non optimales ». Sinon, laissez libre cours à votre curiosité pour en savoir plus !

3. Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? (PISTE DE RECHERCHE : Comment cette maladie se compare et/ou elle est liée avec *taikombindoha* ?) Quel type est plus commun dans votre communauté?
4. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, composition du ménage (taille/espacement de naissances, chef de ménage), caractéristiques de la mère (âge, éducation, charge de travail, bien être), moyens économiques, pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.)
5. Au cours de quelle saison/mois observez-vous plus d'enfants être comme ça? Depuis quand les enfants de votre communauté souffrent-ils de cette maladie? Avez-vous observé une augmentation/diminution de cas pendant certaines années? Comment expliquerez-vous ces variations?
6. Pensez-vous que votre enfant pourrait devenir comme ça? Pourquoi/pourquoi pas? (PISTE DE RECHERCHE: Quels comportements/pratiques peuvent induire/prévenir cette condition?)
7. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? Quel est le traitement le plus courant?
8. **Narration :** *XX a une fille née il y a 5 mois. Elle l'allaitait au sein depuis sa naissance, complétement avec des tisanes et des concoctions pour laver ses intestines. Après la période de repos, elle a commencé à lui donner à manger qu'elle a préparé pour le reste de la famille. Etant au marché une bonne partie de la journée, XX a laissé sa fille avec sa grand-mère qui était censée la surveiller. Sa fille a commencé à perdre du poids et elle ne souriait plus. XX a décidé de l'emmener chez un guérisseur traditionnel pour la soigner 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?

H. GUIDE D'ENTRETIEN: DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION

1. Comment décririez-vous un enfant en bonne santé? (taille/caractéristiques/comportement)

2. A quels défis font face les parents dans votre communauté pour garder les enfants en bonne santé? (Cf. **Flashcards Déterminants de la sous-nutrition**) Quelles conséquences ont ces défis sur leur santé? Pourquoi?

Instructions : Selon les déterminants choisis par les participants, vous pouvez utiliser l'un des guides d'entretien ci-dessous pour approfondir chaque déterminant. Par exemple, si les participants choisissent les pratiques d'assainissement non optimales, vous pouvez vous inspirer du guide d'entretien L, section « Pratiques d'assainissement non optimales ». Sinon, laissez libre cours à votre curiosité pour en savoir plus !

3. Comment ces défis changent au cours des saisons? Comment ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années?
4. Dans quel type de foyer avez-vous observé des parents ayant mal à maintenir leurs enfants en bonne santé ? (PISTE DE RECHERCHE : âge, origine ethnique, religion, situation matrimoniale (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf/veuve), type de foyer (monogame ou polygame), taille du foyer, espacement des naissances, niveau d'études, charge de travail, bien-être, quintile socio-économique, etc.) Pourquoi ?
5. Quel type de femme semble plus vulnérable à la malnutrition (sous-nutrition/sur-nutrition) ? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, situation matrimoniale (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf/veuve)) Dans quel type de foyer avez-vous observé des enfants très maigres ou de petite taille ? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, situation matrimoniale (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf/veuve)) Pourquoi ?
6. Dans quel type de foyer/avec quel type de mère avez-vous observé des naissances d'enfants de petit poids ? (QUESTIONS : âge, groupe ethnique, religion, situation matrimoniale (célibataire, marié(e), divorcé(e), veuf/veuve), type de foyer (monogame ou polygame), taille du foyer, espacement des naissances, niveau d'études, charge de travail, bien-être, quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment la prévalence de petit poids à la naissance a-t-elle évolué ces dernières années ?

I. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ

Instructions : Placez des cartes illustrées représentant 5 déterminants de la santé devant les participants. Expliquez-leur brièvement la signification de chaque carte.

1. Parmi ces 5 déterminants de santé, lesquels ont selon vous le plus grand impact sur la santé des enfants dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment évoluent-ils au fil des saisons ? Comment ont-ils évolué ces dernières années ?
2. À quels autres déterminants sont-ils liés ? Pourquoi ?

Instructions : En fonction des déterminants choisis par les participants lors de la première étape, approfondissez chacun d'eux à l'aide des questions ci-dessous. Par exemple, si les participants choisissent « accès limité aux services de santé » et « faible poids à la naissance », posez des questions sur ces deux déterminants. N'utilisez pas d'autres questions, sauf si le temps le permet et que vous souhaitez approfondir ces sujets.

FAIBLE ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

3. Quelles barrières d'accès aux soins (Cf. **Barrières d'accès**) vous posent les plus grandes difficultés ? Pourquoi ? Comment votre accès aux soins varie-t-il selon les saisons ? Et ces dernières années ?

Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains secteurs impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;

Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;

Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé, manque d'eau), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

4. Quel type de ménage rencontre les plus grandes difficultés d'accès aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE: Chef de ménage (H/F), situation matrimoniale (célibataire, marié(e) monogame/polygame, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve), groupe ethnique, religion, taille du ménage, source de revenus, niveau d'instruction)

FAIBLE UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

5. Quels types de services sont disponibles dans le centre de santé le plus proche? Lesquels utilisez-vous? (PISTE DE RECHERCHE: consultations prénatales/postnatales, accouchement, planning familial, traitement des maladies infantiles, vaccination, antiparasitage, supplémentation en vitamines) Quels services de santé ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire?
6. Qu'est-ce que vous pensez des enfants sur les images (Cf. **Flashcards des maladies infantiles**) Ces maladies sont-elles présentes dans votre communauté? Lesquels sont les plus courantes? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme)
7. Comment la prévalence de ces maladies change-t-elle au cours des saisons? Comment a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années?
8. Quelles sont les causes de ces maladies? Comment ces maladies sont-elles traitées? (NB: A tracer pour chaque maladie séparément.) Comment les options de traitement ont-elles changé au cours des 10-15 dernières années? Comment décidez-vous quel traitement choisir? Qui vous conseille? Quelles sont les maladies infantiles qui ne peuvent pas être traitées dans les établissements de santé?
9. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable aux problèmes de santé ? (PISTE DE RECHERCHE: sexe, âge, rang de l'enfant, religion, composition du ménage (taille/espacement des naissances, chef de ménage), caractéristiques de la mère (âge, éducation, charge de travail, bien-être), ressources économiques, pratiques d'allaitement/d'alimentation/d'hygiène, etc.).
10. Qu'est-ce que vous pensez des séances de sensibilisation organisées par des agents de santé ou des agents de développement communautaire de différentes ONG? Que pensez-vous des différents sujets dont ils parlent? Les avez-vous trouvés utiles/pertinents/facilement applicables? Pourquoi/pourquoi pas? Avec quels comportements avez-vous particulièrement lutté? Pourquoi? (Avantages / Désavantages)

FAIBLE ESPACEMENT DE NAISSANCES

11. A quel âge commencent les jeunes femmes et hommes dans votre communauté à être sexuellement actifs ? À quel âge se marient-ils ? Quels changements avez-vous observé dans ces pratiques au cours des 10-15 dernières années ? Qu'est ce qui a inspiré ces changements ?
12. Combien d'enfants les membres de votre communauté ont-ils généralement ? Pourquoi ? Quel est l'espacement habituel des naissances dans votre communauté ? Pourquoi ? Quels changements avez-vous observés ces dernières années concernant le nombre d'enfants souhaité et/ou l'espacement des naissances ? Pourquoi ? En quoi ces pratiques diffèrent-elles d'un ménage à l'autre au sein de votre communauté ? (PISTE DE RECHERCHE: groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame ou polygame), niveau d'éducation, quintile économique)
13. Quelles pratiques sont utilisées pour espacer les naissances (PISTE DE RECHERCHE: méthodes contraceptives traditionnelles/modernes, distance physique avec le conjoint, abstinence) ? Comment ces pratiques sont-elles perçues/acceptées par la communauté ? Quel type de ménage s'oppose fermement à la limitation et/ou à l'espacement des naissances (PISTE DE RECHERCHE: âge du couple, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame ou polygame), taille du ménage, niveau d'éducation) ?

PETIT POIDS À LA NAISSANCE

14. En quoi les enfants nés avec un poids inférieur à la normale diffèrent-ils des enfants nés avec un poids normal au cours de leur croissance ? Pourquoi ?
15. Comment la prévalence du faible poids à la naissance a-t-elle évolué ces dernières années ?
16. Dans quel type de foyer/avec quel type de mère avez-vous observé des naissances de petits enfants ? (PISTE DE RECHERCHE : âge, situation matrimoniale (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame ou polygame), taille du ménage, espacement des naissances, niveau d'éducation, charge de travail, bien-être, quintile économique, etc.) Pourquoi ? Comment le nombre de petits enfants nés dans cette communauté a-t-il évolué au cours des 5 à 10 dernières années ?

FAIBLE ÉTAT NUTRITIONNEL DES FEMMES

17. En quoi les habitudes alimentaires des femmes enceintes et allaitantes diffèrent-elles de celles des autres membres du foyer ? Quels aliments sont déconseillés aux femmes enceintes et allaitantes ? Pourquoi ?

J. GUIDE D'ENTRETIEN: SANTÉ MENTALE & PRATIQUES DE SOINS

Instructions : Placez des cartes illustrées représentant 4 déterminants de la santé mentale et pratiques de soins devant les participants. Expliquez-leur brièvement la signification de chaque image.

1. Parmi ces quatre déterminants des pratiques de soins, lesquels, selon vous, ont le plus grand impact sur la santé des enfants dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment évoluent-ils au fil des saisons ? Comment ont-ils évolué ces dernières années ?
2. À quels autres déterminants sont-ils liés ? Pourquoi ?

BIEN-ÊTRE MENTAL NON OPTIMAL DE LA MERE

3. Comment percevez-vous votre bien-être mental ? Quand vous sentez-vous plus préoccupée/stressée ? Que faites-vous dans ces moments-là ? Qu'est-ce qui vous paraît impossible à faire dans ces moments-là ? (PISTE DE RECHERCHE: tâches ménagères, activités génératrices de revenus, allaitement, hygiène personnelle, relations sexuelles) Quels sentiments éprouvez-vous pendant ces moments d'inquiétude/de stress ? (PISTE DE RECHERCHE: manque de joie, anxiété, manque d'énergie, difficultés de concentration, désintérêt pour le bébé/le foyer, culpabilité, sentiment d'abandon, perte/augmentation d'appétit, troubles du sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes fréquentes de vos inquiétudes/de votre stress ? (PISTE DE RECHERCHE: problèmes conjugaux, problèmes familiaux, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de la famille (migration), manque de soutien)
4. Dans quelle mesure est-il acceptable pour une femme d'exprimer ses émotions/frustrations ? Quelles manifestations de détresse sont généralement tolérées et lesquelles ne le sont absolument pas ? Quels mécanismes de soutien existent au sein du foyer/de la famille/de la communauté pour lui offrir le soutien nécessaire ?
5. Comment décririez-vous l'état d'esprit des femmes après l'accouchement ? Quels sentiments sont souvent associés à cet événement ? Quels autres sentiments les femmes de votre communauté ont-elles admis avoir éprouvés après avoir accouché ? Quel type de femmes est susceptible d'éprouver ces sentiments ? Pourquoi ?
6. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre foyer ? Quelles relations vous apportent le plus de joie ? Quelles relations vous inquiètent le plus ? Pourquoi ? Êtes-vous à l'aise pour dire aux membres de votre foyer que vous n'êtes pas d'accord avec eux ?
7. Comment gérez-vous les désaccords au sein du mariage ? Quelles en sont les causes habituelles ? Quand le recours à la force est-il justifié ? Pourquoi ? Dans quel type de foyer observe-t-on une plus grande prévalence de violences sexistes (par exemple, refus de ressources, d'opportunités ou de services, agression physique, violence psychologique, violence sexuelle) ? Pourquoi ? Comment les relations entre hommes et femmes ont-elles évolué ces dernières années ?

PRATIQUES D'ALLAITEMENT NON OPTIMALES

8. Combien de temps après l'accouchement pouvez-vous commencer à allaiter ? Qu'est-ce qui facilite une initiation plus précoce de l'allaitement ? Qu'est-ce qui l'empêche ? Quelles complications les femmes de votre communauté rencontrent-elles en lien avec l'initiation de l'allaitement ? Qu'est-ce que les femmes font si elles n'arrivent pas à allaiter ?
9. Combien de temps les femmes allaitent-elles généralement leurs enfants dans votre communauté ? Qu'est-ce qui favorise un allaitement plus long ? Qu'est-ce qui l'empêche ? Quelles complications les femmes de votre communauté rencontrent-elles en lien avec l'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE : production de lait maternel)

PRATIQUES D'ALIMENTATION DE COMPLEMENT NON OPTIMALES

10. Quand introduisez-vous les aliments de complément à votre bébé ? En quoi consistent les repas de votre bébé ? Combien de fois le donnez-vous à manger ? (Cf. **Composition des repas**) Qu'est-ce que vous aimeriez faire différemment qu'aujourd'hui ? Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous empêche le faire ? Comment les habitudes alimentaires des enfants changent-elles au cours de l'année ?

FAIBLE NIVEAU D'INTERACTIONS ENTRE L'ENFANT ET LE DONNEUR DE SOINS

11. Comment interagissez-vous régulièrement avec vos enfants (interactions physiques, verbales, visuelles et émotionnelles) ? Quel niveau de contact est considéré comme

approprié dans cette communauté ? Combien de temps pouvez-vous consacrer aux activités de développement mental et social (parler, jouer, changer les vêtements, etc.)? Comment ces pratiques évoluent-elles au cours de l'année? Comment ont-elles évolué ces dernières années?

12. Comment manifestez-vous habituellement votre amour à vos enfants ? En quoi ces manifestations diffèrent-elles entre les filles et les garçons? Comment disciplinez-vous vos enfants?
13. Qui aide les mères à s'occuper de leurs enfants ? En quoi leur aident-ils ? À quelle fréquence ? Comment les pères participent-ils aux activités liées à la garde des enfants ?
14. Comment le chômage et/ou l'instabilité financière influence-t-il les rôles parentaux ?

K. •GUIDE D'ENTRETIEN: SECURITÉ ALIMENTAIRE & MOYENS D'EXISTENCE

Instructions : Placez des cartes illustrées représentant 4 déterminants de la sécurité alimentaire et moyens d'existence devant les participants. Expliquez-leur brièvement la signification de chaque image.

1. Parmi ces quatre déterminants de sécurité alimentaire et moyens d'existence, lesquels, selon vous, ont le plus grand impact sur la santé des enfants dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment évoluent-ils au fil des saisons ? Comment ont-ils évolué ces dernières années ?
2. À quels autres déterminants sont-ils liés ? Pourquoi ?

Instructions: En fonction des déterminants choisis par les participants lors de la première étape, approfondissez chacun d'eux à l'aide des questions ci-dessous. Par exemple, si les participants choisissent « accès limité aux revenus » et « faibles stratégies de résilience », posez des questions sur ces deux déterminants. N'utilisez pas d'autres questions, sauf si le temps le permet et que vous souhaitez approfondir ces sujets.

FAIBLE ACCÈS A L'ALIMENTATION DE QUALITÉ

3. Où trouvez-vous habituellement vos aliments? (PISTE DE RECHERCHE: production agricole, achat, aide alimentaire, troc/échange, cueillette/chasse) Comment cela varie-t-il tout au long de l'année? Comment est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années? Quel type de ménage rencontre les plus grandes difficultés d'accès à l'alimentation? (PISTE DE RECHERCHE: Chef de ménage (H/F), situation matrimoniale (célibataire, marié(e) monogame/polygame, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve), appartenance ethnique, religion, taille du ménage, source de revenus, niveau d'instruction)
4. Comment décriviez-vous vos repas habituels (mangés fréquemment)? Qu'est-ce que vous pensez de ces types de repas? (PISTE DE RECHERCHE: quantité/composition/type de cuisson/facilité de préparation/gout/valeur énergétique/capacité de rassasier/fréquence de consommation) Qui au sein du ménage décide quel type de repas est cuisiné? Comment divisez-vous le repas disponible parmi tous les membres de votre ménage? Quels changements dans vos habitudes alimentaires avez-vous observé au cours des 10-15 dernières années? Quels changements dans vos habitudes alimentaires observez-vous tout au long de l'année? (Cf. **Composition des repas** période de soudure vs. période post-récolte) Lorsque vous devez choisir entre le riz et un accompagnement nutritif, à quel moment du mois ou de la semaine le *laoka* disparaît-il, et par quoi le remplace-t-il ? Quel rôle jouent les variations saisonnières – notamment les fortes pluies, les inondations ou les cyclones – sur l'alimentation et les habitudes culinaires de votre famille ?
5. Comment décrivez-vous un repas nutritif (sans limitation des ressources financières)? (PISTE DE RECHERCHE: quantité/composition/type de cuisson/ facilité de préparation/gout/valeur énergétique/capacité de rassasier)? Pourquoi pensez-vous que ce repas est bon pour la santé? Avec quelle fréquence arrivez-vous à manger ce type de repas? Qu'est-ce que vous empêche de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE:

disponibilité /accessibilité /acceptabilité /facilité de préparation) (Cf. **Composition des repas**)

6. Comment décrivez-vous un repas préféré (très apprécié mais pas nécessairement nutritif)? Pourquoi vous l'aimez? Avec quelle fréquence arrivez-vous manger ce type de repas? Qu'est-ce qui vous empêche de le manger plus souvent? (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité/accessibilité/habitudes culturelles)
7. Comment les habitudes alimentaires des enfants et/ou femmes enceintes et allaitantes diffèrent des habitudes alimentaires d'autres membres de ménage? Quels aliments ne peuvent pas être consommés par les enfants/femmes enceintes et allaitantes? Pourquoi? Comment diffère l'alimentation des filles/garçons?
8. Comment évaluez vous les différences entre les plats préparés à la maison vs. les plats achetés dans la rue (PISTE DE RECHERCHE: qualité/quantité/gout/valeur nutritif/facilité/hygiène)? Quels risques êtes-vous prêt(e)s à prendre pour faire des économies ?
9. Comment les fluctuations du prix du combustible (charbon de bois ou bois de chauffage) et/ou la qualité, la disponibilité et le prix de l'eau potable influencent-elles votre choix entre cuisiner à la maison et acheter des plats préparés dans la rue?
10. Comment les croyances culturelles ou les préjugés du quartier influencent-ils l'alimentation de votre famille, notamment en période de difficultés financières (par exemple, manque de l'entraide, cacher ce que vous mangez) ?

COMPOSITION DE REPAS

Instructions: 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 consultation, 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 la consultation communautaire, l'équipe 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.

FAIBLE ACCÈS AUX REVENUS

11. Quelles sont les principales sources de revenus dans votre communauté ? Comment varient-ils au cours de l'année ? Comment ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années ? Qu'est-ce qui a provoqué le changement ?
12. Dans l'économie informelle locale, le travail est souvent précaire. Pouvez-vous identifier les différentes sources de revenus de votre ménage et déterminer lesquelles sont les plus instables ? Pourriez-vous expliquer les facteurs qui influencent cette instabilité ? A quel moment de l'année sont-elles les plus instables ? Comment palliez-vous cette instabilité ?
13. Quel rôle joue l'endettement cyclique dans vos moyens de subsistance ? Empruntez-vous souvent de l'argent le matin pour acheter le matériel nécessaire à votre journée de travail ?
14. En cas de choc soudain, comme une grave inondation de votre *fokontany* ou une maladie soudaine, à quelle vitesse vos revenus cessent-ils de progresser et quel manque à gagner immédiat cela engendre-t-il ? Quelles stratégies d'adaptation déployez-vous pendant ces moments de crise ? Comment cela affecte votre quotidien (accès à l'alimentation de qualité, état de santé, routine quotidienne, etc.)
15. Pouvez-vous décrire le rôle des revenus des femmes (par exemple, lessive, vente ambulante) par rapport à ceux des hommes dans ce ménage et comment décide-t-on de l'affectation de chaque source de revenus ?? Qui contrôle les revenus générés ? Dans quelle mesure votre foyer dépend-il de la contribution de vos enfants au revenu quotidien, et quelles tâches spécifiques sont-ils censés accomplir ?

16. Quels sont les « taxes » cachées ou les coûts quotidiens liés à votre activité (par exemple, le loyer de votre étal, la location de votre chariot, la sécurité, les transports ou les pots-de-vin) qui réduisent votre revenu net ?
17. Comment les structures de pouvoir locales, les intermédiaires ou les chefs de quartier déterminent-ils qui a accès aux emplois journaliers les mieux rémunérés (comme le transport, la construction ou la vente sur les marchés) ? Comment les variations saisonnières affectent-elles directement la demande pour votre main-d'œuvre ou vos services journaliers ?
18. Avez-vous déjà tenté de créer une micro-entreprise plus stable ? Quels obstacles spécifiques l'ont empêchée de survivre ?
19. Quelles activités agricoles urbaines à petite échelle (comme l'élevage de poules ou la culture de légumes en pots) pratiquez-vous des? Comment utilisez vous ces produits (sont ils consommés par la famille ou vendus exclusivement ?)
20. Si vous pratiquez les activités agricoles urbaines, à quels défis faites-vous face en ce domaine? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/la terre, dégradation du sol, indisponibilité de semences/outils/savoir-faire/main d'oeuvre, 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) Comment ces défis varient-ils au cours de l'année? Comment ces défis ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
21. Quels défis rencontrez-vous dans le domaine de l'élevage? (PISTE DE RECHERCHE: accès à l'eau/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) Comment ces défis varient-ils au cours de l'année? Comment ont-ils changé au cours des 10-15 dernières années? Qu'est-ce qui a provoqué le changement?
22. Quels ménages de votre communauté sont-ils plus vulnérables à l'insécurité alimentaire? Quels critères sont utilisés pour classer les ménages comme étant plus aisés ? Dans votre communauté, qu'advient-il des personnes âgées, malades ou handicapées qui ne peuvent plus participer aux activités quotidiennes pour gagner leur vie ?

FAIBLE ACCÈS AU MARCHÉ

23. Où achetez-vous habituellement les articles dont vous avez besoin dans votre ménage? A quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, manque de transport, frais de transport, insécurité) Comment votre accès change au cours des saisons? Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années? Dans quelle mesure l'isolement géographique ou le manque de transports sûrs et abordables influencent-ils vos choix alimentaires, même si les prix sont nettement plus élevés localement ?
24. Pouvez-vous décrire une situation où vous étiez complètement coupé(e) de votre marché habituel (en raison d'inondations, d'insécurité ou d'un manque total d'argent liquide) ? Comment vous êtes-vous procuré de la nourriture ? En période de pénurie extrême, existait-il des marchés informels ou alternatifs vers lesquels vous vous tourniez pour vous procurer des produits de première nécessité et quels sont les risques encourus ?
25. À quelle fréquence achetez-vous des aliments en petites quantités (par exemple, quelques cuillères à soupe d'huile, un morceau de savon ou une petite tasse de sucre) vs. grandes quantités? Et quel surcoût estimez-vous que cela représente sur un mois ?
26. Quels types de produits sont régulièrement disponibles? Pendant quelle période de l'année sont les produits moins disponibles et/ou indisponibles? Quels produits ne sont pas du tout disponibles malgré le besoin communautaire ? Qu'est-ce que vous faites pour pallier ce problème? La disponibilité des produits a-t-elle changé au cours des 10-15 dernières années?

27. Comment les prix des produits fluctuent au cours de l'année? Comment ils-ont changé au cours des 10-15 dernières années? Lorsque les prix nationaux des produits de base comme le riz flambent, comment les commerçants de votre quartier s'adaptent-ils et comment vous informent-ils de ces changements ? Quel rôle jouent les coopératives de quartier, les groupements d'achat ou les cercles d'épargne informels (tontines) pour vous aider à accéder à de meilleurs prix sur le marché, s'ils existent ici ?
28. Parlons maintenant de votre relation avec l'épicerie du quartier. Quelles sont les règles tacites pour obtenir un carnet de crédit, et quelles sont les conséquences pour votre famille en cas de retard de paiement ? Dans quelle mesure la confiance personnelle et les liens familiaux/amicaux (fihavanana) influencent-ils votre capacité à négocier les prix ou à vous procurer de la nourriture lorsque vous n'avez absolument pas d'argent liquide ?

FAIBLES STRATEGIES DE RESILIENCE

29. Comment utilisez-vous le revenu de votre ménage? (Cf. **Dépenses ménagères**) Quelles sont les dépenses prioritaires lorsque le budget familial est serré? Quelles dépenses ont tendance de disparaître sous le poids de la situation financière plus difficile? Quel impact cela a-t-il sur la santé de vos enfants?

DÉPENSES MÉNAGÈRES

Instructions: 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 la consultation communautaire, l'équipe 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.

30. Comment/Combien/Dans quel but les membres de votre communauté ont tendance à économiser des ressources?
31. Comment les membres de votre communauté accèdent au crédit? Auprès de qui/sous quelles conditions? Quel volume de dettes les membres de votre communauté ont tendance à accumuler?
32. Quelles stratégies d'adaptation utilisez-vous lorsque le budget familial est serré (Cf. **Stratégies d'adaptation**)? Quelle est le rôle des adolescents et jeunes dans les stratégies de survie de ménages ?
33. On entend souvent parler de personnes qui sautent des repas. Pouvez-vous décrire précisément comment les repas sont réduits dans ce foyer (par exemple, substitution d'ingrédients, réduction des portions pour adultes, ne nourrir que les enfants) avant le jeûne complet ?
34. Quel est le seuil à partir duquel on passe de stratégies d'adaptation réversibles (comme emprunter à un voisin) à des stratégies irréversibles (comme vendre des outils nécessaires au travail ou retirer un enfant de l'école) ?
35. Comment le concept de *fihavanana* (solidarité) fonctionne-t-il dans une communauté où presque tout le monde est confronté à une extrême précarité ? Aide-t-il à survivre ou aggrave-t-il le fardeau de la pauvreté partagée ?
36. Quelles sont les stratégies d'adaptation spécifiques que les membres de cette communauté dissimulent par honte profonde, stigmatisation ou peur d'une intervention (par exemple, prostitution, mendicité, envoi d'enfants à des travaux dangereux) ?
37. Lorsque la survie exige de quitter le quartier ou de séparer la famille, comment cette décision déchirante est-elle prise et qui est contraint de partir ?

38. Comment les cycles répétés de crises (comme les inondations annuelles suivies immédiatement d'inflation) épuisent-ils votre capacité de résilience ? Quelles stratégies vous sont désormais inaccessibles ? Après une crise majeure (comme un cyclone qui détruit votre maison ou vos biens), combien de temps faut-il en réalité pour reconstruire, et quels obstacles systémiques vous empêchent de revenir complètement à votre situation initiale ?
39. Pouvez-vous décrire le fardeau psychologique que représente la lutte quotidienne pour la survie ? Comment ce poids mental affecte-t-il votre capacité à prendre des décisions pour l'avenir ?
40. Lorsque les ONG ou l'aide gouvernementale arrivent, quelles sont les stratégies d'adaptation ou les réalités quotidiennes que ces interventions ne parviennent ni à comprendre ni à prendre en compte ?
41. Comment les jeunes et les adolescents de ce contexte développent-ils leurs propres mécanismes d'adaptation, différents de ceux utilisés par les générations précédentes pour faire face à la pauvreté ?

L. GUIDE D'ENTRETIEN: EAU, ASSAINISSEMENT & HYGIÈNE

Instructions : Placez des cartes illustrées représentant 4 déterminants de l'eau, assainissement et l'hygiène devant les participants. Expliquez-leur brièvement la signification de chaque image.

1. Parmi ces quatre déterminants de l'eau, assainissement et l'hygiène, lesquels, selon vous, ont le plus grand impact sur la santé des enfants dans votre communauté ? Pourquoi ? Comment évoluent-ils au fil des saisons ? Comment ont-ils évolué ces dernières années ?
2. À quels autres déterminants sont-ils liés ? Pourquoi ?

Instructions : En fonction des déterminants choisis par les participants lors de la première étape, approfondissez chacun d'eux à l'aide des questions ci-dessous. Par exemple, si les participants choisissent « faibles pratiques d'assainissement » et « faibles pratiques de l'hygiène environnementale », posez des questions sur ces deux déterminants. N'utilisez pas d'autres questions, sauf si le temps le permet et que vous souhaitez approfondir ces sujets.

ACCESSIBILITÉ, DISPONIBILITÉ ET QUALITÉ DE L'EAU INADEQUATES

3. Comment décriviez-vous votre accès à l'eau? A quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: distance, disponibilité, qualité, prix, charge de travail, manque/frais de transport, temps d'attente) Comment votre accès à l'eau change au cours des saisons? Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années?
4. Quel type de ménage rencontre les plus grandes difficultés d'accès à l'eau ? (PISTE DE RECHERCHE: Chef de ménage (H/F), situation matrimoniale (célibataire, marié(e) monogame/polygame, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve), appartenance ethnique, religion, taille du ménage, source de revenus, niveau d'études)
5. Quelle quantité d'eau est généralement puisée/utilisée par jour? Comment cette consommation varie-t-elle au cours de l'année ? Comment a-t-elle évolué ces dernières années? Pourquoi? Quel usage de l'eau est prioritaire en cas de pénurie/sécheresse? (PISTE DE RECHERCHE : boisson, cuisine, bains, lessive, consommation animale/agriculture)
6. Comment les membres de votre communauté traitent/stockent de l'eau? A quels défis font-ils face à cet égard?

PRATIQUES D'ASSAINISSEMENT NON OPTIMALES

7. Comment décriviez-vous votre accès aux installations sanitaires? A quelles barrières d'accès faites-vous face (PISTE DE RECHERCHE: disponibilité, durabilité, acceptabilité, prix, charge de travail) Est-ce que cela a changé au cours des 10-15 dernières années?
8. Quel type de ménage rencontre les plus grandes difficultés d'accès aux installations sanitaires? (PISTE DE RECHERCHE: Chef de ménage (H/F), situation matrimoniale

- (célibataire, marié(e) monogame/polygame, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve), appartenance ethnique, religion, taille du ménage, source de revenus, niveau d'instruction)
9. Quelles croyances/positionnements locaux influencent les pratiques d'assainissement optimales dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'adoption des « nouvelles » pratiques promues par les agents de santé? Quelles pratiques connaissez-vous mais que vous jugez pas pertinentes d'appliquer?

PRATIQUES D'HYGIÈNE PERSONNELLE NON OPTIMALES

10. En quoi la définition de la propreté diffère-t-elle pour les filles/garçons/femmes/hommes? Comment cette perception influence-t-elle l'hygiène personnelle dans votre communauté? Comment vos pratiques d'hygiène personnelle évoluent-elles au fil des saisons? Comment ont-elles évolué ces dernières années?
11. Quelles croyances/positionnements locaux influencent les pratiques d'hygiène personnelle optimales dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'adoption des « nouvelles » pratiques promues par les professionnels de la santé? Quelles pratiques connaissez-vous mais que vous jugez pas pertinentes d'appliquer?

PRATIQUES D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENTALE NON OPTIMALES

12. Comment décririez-vous vos pratiques d'hygiène alimentaire et/ou environnementale? (PISTES DE RECHERCHE: préparation et conservation des aliments, réchauffage, contact avec les animaux domestiques, gestion des déchets) Comment votre approche de l'hygiène alimentaire et environnementale a-t-elle évolué ces dernières années? Pourquoi?
13. Dans quel type de ménage les pratiques d'hygiène environnementale diffèrent-elles sensiblement de celles des autres ménages de cette communauté? (PISTES DE RECHERCHE: chef de ménage (H/F), situation matrimoniale (célibataire, marié(e) monogame/polygame, séparé(e), divorcé(e), veuf/veuve), appartenance ethnique, religion, taille du ménage, source de revenus, niveau d'études)

M. GUIDE D'ENTRETIEN: GENRE F

Instructions : Placez des cartes illustrées représentant 3 déterminants de genre devant les participants. Expliquez-leur brièvement la signification de chaque image.

1. Parmi ces quatre déterminants de genre, lesquels, selon vous, ont le plus grand impact sur la santé des enfants dans votre communauté? Pourquoi? Comment évoluent-ils au fil des saisons? Comment ont-ils évolué ces dernières années?
2. À quels autres déterminants sont-ils liés? Pourquoi?

Instructions : En fonction des déterminants choisis par les participants lors de la première étape, approfondissez chacun d'eux à l'aide des questions ci-dessous. Par exemple, si les participants choisissent « surcharge de travail des femmes » et « faible pouvoir décisionnaire des femmes », posez des questions sur ces deux déterminants. N'utilisez pas d'autres questions, sauf si le temps le permet et que vous souhaitez approfondir ces sujets.

SURCHARGE DE TRAVAIL DES FEMMES

3. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est votre charge de travail plus élevée/vous vous sentez plus préoccupées ou fatiguées? Quels types d'activités représentent une charge de travail particulièrement importante? Comment votre charge de travail évolue-t-elle pendant la grossesse et après l'accouchement? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus ou moins importante?
4. Entre gagner de l'argent, aller chercher de l'eau, cuisiner et s'occuper des enfants, qu'est-ce qui vous prend le plus de temps? Lorsque vous êtes obligé(e) de choisir entre un travail

rémunérateur et un travail domestique (comme la cuisine ou le ménage), comment décidez-vous ce que vous pouvez laisser de côté ?

5. Y a-t-il un moment dans la semaine où vous pouvez vraiment vous reposer? À quoi ressemble le « repos » pour vous ?
6. Comment votre activité quotidienne influence-t-elle votre capacité à vous nourrir, vous et vos enfants ? Lorsque vous êtes physiquement épuisé(e) après une longue journée de travail, comment cela influence-t-il le type d'aliments que vous achetez ou cuisinez pour votre famille ?
7. Lorsque la charge de travail est trop lourde, sur qui, dans votre communauté, comptez-vous pour vous aider à la porter, que ce soit en partageant des repas, en gardant les enfants ou en participant aux tâches ménagères ?

FAIBLE POUVOIR DÉCISIONNAIRE DES FEMMES

8. Pour quelles activités pouvez-vous prendre des décisions sans consulter personne? (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, déplacements à l'intérieur/à l'extérieur du quartier/village, vente/achat de produits alimentaires et/ou d'autres articles au marché, choix des cultures à planter, emprunt d'argent). Pour quelles activités avez-vous besoin de consulter un autre membre de votre ménage? Pour quelles activités seul un membre de votre ménage peut prendre des décisions? Que pensez-vous de cette division de la prise de décision? Que souhaiteriez-vous changer à propos de cette division du processus décisionnel? Dans quels domaines aimeriez-vous que les décisions soient prises différemment?
9. Pour les décisions, où vous devez consulter un autre membre de votre ménage, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Pour les décisions, lorsqu'un membre de votre ménage prend des décisions, dans quelle mesure pouvez-vous participer à la prise de décision? Dans quelle mesure vous sentez-vous écouté lorsque des décisions sont prises? Que pouvez-vous faire lorsque vous n'êtes pas d'accord avec une décision prise? Que se passe-t-il lorsque votre opinion n'a pas été prise en compte, mais qu'il s'est avéré que cela aurait été une bonne décision? Comment cela change-t-il la prise de décision au sein du ménage?
10. Votre pouvoir de décision change-t-il lorsque vos maris se déplacent pour travailler ailleurs? Qui prend les décisions en leur absence? Quels changements avez-vous observés en matière d'autonomie et de pouvoir de décision entre vous et vos parents/grands-parents?
11. Quels droits les femmes de cette communauté ont-elles en matière de prêt ou d'emprunt d'argent? Qui décide de la façon dont l'argent emprunté est dépensé? Qui est responsable du remboursement de l'argent? Quels avantages/inconvénients cet arrangement vous apporte-t-il?
12. Quel type de femmes a moins de pouvoir de décision que les autres femmes de cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: l'âge, l'écart d'âge au sein du couple, le statut marital, le type d'union (monogame ou polygame), la religion, le niveau d'études, le quintile socio-économique, etc.) Pourquoi? Quel impact cela a-t-il sur leur fonctionnement et/ou leur santé/celle de leurs enfants ?
13. Dans quelle mesure pouvez-vous accéder aux informations pour prendre des décisions éclairées? Quels barrières à l'accès rencontrez-vous pour accéder à l'information?

FAIBLE SOUTIEN SOCIAL DES FEMMES

14. Quand vous pensez à votre rôle au sein de la famille, vous voyez-vous comme une "pourvoyeuse", une "soignante", ou autre chose ?

15. Qui vous aide à prendre soin de vos enfants? En quoi vous aident-ils? À quelle fréquence? Comment les pères participent-ils aux activités liées aux enfants? Que pensez-vous de leur implication?
16. Y a-t-il eu un moment précis la semaine dernière où vous vous êtes sentie complètement seule face à un problème concernant vos enfants ? Beaucoup de femmes ici décrivent une situation précaire, où elles peinent à garder la tête hors de l'eau. Qui, le cas échéant, vous aide à rester à flot lorsque les vagues sont trop fortes ? Avec quelle personne à l'extérieur de la maison partagez vous vos difficultés? Quel est le rôle de cette personne dans la solution ? Lorsque vous avez un conflit avec votre partenaire ou un membre de votre famille au sujet d'argent ou de nourriture, où trouvez-vous la paix ou une solution ?
17. Parmi vos amis les plus proches ou les membres de votre famille : à qui pouvez-vous demander une tasse de riz sans avoir honte? Quel type d'aide ou l'entraide est-il possible vs. pas du tout possible ? Comment cela varie au cours de l'année et comment cela a changé dans les dernières 10-15 années ? Existe-t-il des "murs invisibles" qui vous empêchent d'obtenir de l'aide ? Par exemple, avez-vous le sentiment de ne pas appartenir à la bonne église, au bon groupe familial ou au bon cercle politique pour obtenir du soutien ?
18. Outre l'argent ou la nourriture, quel type de soutien – émotionnel, physique ou social – vous manque le plus actuellement ?
19. Dans ce quartier, avez-vous le sentiment que les autres femmes sont vos alliées, ou y a-t-il un sentiment de compétition en raison de la rareté des ressources (emplois, nourriture, espace) ?
20. De quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? À quelle fréquence participez-vous aux rassemblements communautaires? Comment les jugements potentiels de la part des voisins ou autres membres communautaires influence votre volonté de participer aux activités communautaires?
21. Si un nouveau programme de soutien était mis en place dans cette *fokontany*, quelle serait la mesure concrète qui vous faciliterait grandement la vie au quotidien ?

N. GUIDE D'ENTRETIEN: **GENRE H**

1. A quoi ressemble votre routine quotidienne? Comment votre routine change-t-elle au cours de l'année? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Quels changements en routine quotidienne avez-vous observé entre vous et vos parents/grands-parents? Comment votre routine quotidienne diffère-t-elle de celle des femmes? Quelles différences dans les routines quotidiennes avez-vous observé entre les différents ménages?
2. Comment percevez-vous votre charge de travail? Quand est-ce votre charge de travail est plus élevée/vous vous sentez plus occupées ou fatiguées? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Quel type d'activités représente une charge de travail particulier ? Qu'est-ce qui caractérise les ménages avec la charge de travail plus/moins importante? Qu'est-ce que vous faites si vous n'arrivez pas d'exécuter toutes vos tâches journalières ?
3. Comment percevez-vous votre charge mentale ? Quand vous vous sentez plus préoccupées/stressées ? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Que faites-vous quand vous vous sentez comme ça? Qu'est-ce que vous n'êtes pas capable de faire quand vous vous sentez comme ça ? (PISTE DE RECHERCHE : activités génératrices de revenu, pratiques d'hygiène, rapports sexuels) Quels sentiments ressentez-vous lors de ces moments de préoccupation/stress ? (PISTE DE RECHERCHE : manque de joie, angoisse, manque d'énergie, difficultés de concentration, manque d'intérêt pour le ménage, culpabilisation, sentiment d'abandon, troubles d'appétit, troubles de sommeil, cauchemars) Quelles sont les causes courantes de vos préoccupations/stress (PISTE DE RECHERCHE : problèmes conjugaux, problèmes familiales, surcharge de travail, manque de ressources financières, maladie, décès, départ d'un membre de famille (migration), manque de soutien)

4. A quel point est-il accepté pour un homme de démontrer ses émotions/frustrations ? Quelles démonstrations de détresse sont généralement tolérées vs. quelles démonstrations ne sont pas du tout tolérées ? Quels mécanismes de support au sein du ménage/famille/communauté existent pour l'offrir le soutien nécessaire ?
5. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre ménage? Quelles relations vous apportent le plus de joie? Quelles relations vous préoccupent le plus? Pourquoi? Dans quelle mesure êtes-vous à l'aise de dire aux membres de votre ménage que vous n'êtes pas bien/pas d'accord?
6. D'après vous, quels sont les problèmes les plus récurrents entre les femmes et les hommes ? Pourquoi existent-ils ? (PISTE DE RECHERCHE : (sources de revenu et leur utilisation/qualité de repas/charge de travail/relations intimes/infidélité/nombre d'enfants/pouvoir de décision) Comment les relations entre les hommes et les femmes ont changés au cours de ces derniers 10-15 ans? Quand est-ce que l'utilisation de la force est-elle justifiée ? Pourquoi ? Quel type de violence (ex. dénis de ressources, d'opportunités ou de services, agressions physiques, violences psychologiques, violences sexuelles) est la plus récurrente/normalisée/pas du tout tolérée ?
7. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissaient avec vous et la façon dans laquelle vous interagissez avec vos enfants ? Qu'est ce qui a changé entre temps ? Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec les jeunes générations? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos enfants ?

0. GUIDE D'ENTRETIEN: VIE SOCIALE

1. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté? A quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? De quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?
2. Quels mécanismes d'entraide communautaire ont été utilisés dans le passé mais ont progressivement disparu ? Quel effet cette disparition a eu sur la capacité de ménages de résister aux chocs vécus ? Quels nouveaux mécanismes ont été créés afin d'assister les ménages dans les moments difficiles et/ou contribuer au développement de la communauté ? Quel type de ménages n'a pas un accès facile à ces mécanismes ? Pourquoi ?
3. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Quelles valeurs ont progressivement disparu et quelles nouvelles valeurs sont apparues ? Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ?
4. Quels événements (PISTE DE RECHERCHE : inondation, insécurité, flux de population, croissance démographique, exploitation des ressources naturelles) ont eu l'impact important sur la vie dans votre communauté? Comment ces événements ont progressivement changé la vie dans votre communauté ?
5. Quels chocs ont actuellement le plus grand impact sur la survie de ménages (PISTE DE RECHERCHE : maladie, décès, départ d'un membre de ménage, séparation/divorce, insécurité, violence conjugale, etc.)
6. Comment l'accès aux sources de revenu/aliments/soins de santé/l'eau/infrastructures sanitaires/électricité/téléphone/appareils ménagers a changé depuis les derniers 10-15

ans ? Quel effet ce changement a eu sur la vie dans la communauté ? Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté ?

P. GUIDE D'ENTRETIEN: PERSPECTIVES DE VIE (JEUNES)

15. **Narration:** *Vola a 17 ans. Elle est issue d'une famille simple où elle devrait assumer les responsabilités pour les tâches ménagères très tôt. Elle désirait étudier mais à un moment, son père a arrêté de payer les frais de scolarité. Il a donné la préférence à son fils unique. Vola était très triste. Avec l'aide de sa mère, elle a lancé un petit commerce de fruits pour gagner sa vie. Un jour elle rencontre Rivo qui achète des mangues chez elle. Il revient chaque jour et offre de prendre soin de Vola. Les parents de Vola entendent des rumeurs qui circulent dans le quartier et encourage Vola à se rapprocher de Rivo pour tomber enceinte de lui. Inexpérimentée et sous pression de quitter le foyer, Vola accepte. Quelques mois après, elle tombe enceinte et Rivo s'éloigne.*
Que pensez-vous de cette histoire? Est-ce que cela se produit dans votre communauté? Comment les jeunes perçoivent-ils ce phénomène ?
16. Comment la vie dans votre communauté a changé depuis la génération de vos parents/grands-parents ? Qu'est-ce que vous avez eu l'habitude de vivre/entendre qui n'est plus la réalité aujourd'hui ? Sur quelles traditions insistent-ils vos parents que vous considérez démodés aujourd'hui ? Comment le refus de ces traditions influence-t-il vos relations avec vos parents ?
17. Quels désaccords entre les jeunes, leurs parents et/ou leurs grands-parents existent-ils dans votre communauté ? Quelles valeurs partagez-vous/ne partagez-vous avec eux ? Qu'est-ce que vous reprochez les plus à vos parents ?
18. Comment décriviez-vous la façon dans laquelle vos parents interagissent avec vous (lien affectif, activités communes, apprentissage) ? Sur quels sujets avez-vous eu l'habitude de discuter avec vos parents ? Quels sujets évitez-vous ? Pourquoi ? Chez qui vous cherchez des informations sur les sujets sensibles ?
19. En cas de besoin, auprès de qui cherchez-vous les conseils/l'aide? Qui a la plus grande influence sur vos décisions?
20. Quels chocs ont actuellement le plus grand impact sur la survie de ménages et/ou les jeunes personnes particulièrement (PISTE DE RECHERCHE : maladie, décès, départ d'un membre de ménage, séparation/divorce, insécurité, violence conjugale, etc.) Comment essayez-vous de pallier ces problèmes ? Quels types de problèmes gérez vous entre vous le plus fréquemment ? Comment les abordez-vous ? Comment le sentiment de la sécurité/l'insécurité influence votre façon à vivre dans la communauté?
21. Quelles possibilités de travail/épanouissement avez-vous dans votre communauté ? Que pensez-vous de ces possibilités? Comment ces possibilités influencent votre façon de vivre dans vos ménages/votre communauté? A quelles activités assistez-vous habituellement avec les autres membres de la communauté? De quels groupes communautaires faites-vous partie? Quels sont les avantages et/ou désavantages de la participation dans ces groupes? Quelles institutions présentent-elles la plus grande valeur pour vous dans votre vie ? (PISTE DE RECHERCHE : famille/diaspora/école/église/état/aide internationale). Comment leur rôle a changé au fil de temps ?

Q. GUIDE D'ENTRETIEN: 1000 JOURS

Instructions : Sur une feuille de papier, tracez une chronologie, de la conception à 24 mois. Entre les deux, inscrivez « accouchement » et « 6 mois ». Demandez aux participants de réfléchir à leurs pratiques pendant la grossesse (y compris les soins prénataux), l'accouchement, l'allaitement et l'alimentation complémentaire en temps normal. Demandez-leur s'il y a eu un ou plusieurs événements qui ont rendu ces pratiques plus difficiles. Comment ces pratiques ont-elles évolué ces dernières années ?

Notez leurs réponses sur une fiche et dans un cahier. Utilisez les questions ci-dessous pour approfondir la consultation, le cas échéant.

GROSSESSE

1. Quels sont les principaux défis auxquels les femmes sont confrontées lorsqu'elles tombent enceintes? Comment est-il facile ou difficile pour les femmes de se rendre aux séances de soins prénataux dans les établissements de santé ? À quelle fréquence y assistent-elles ? Qu'est-ce qu'elles pensent de l'utilité de ces consultations ?
3. Comment la routine quotidienne des femmes change-t-elle lorsqu'elles se rendent compte qu'elles sont enceintes? Quelles activités les femmes commencent-elles ou arrêtent-elles pendant cette période? Quel type de conseils ou de soutien les femmes reçoivent-elles généralement de leur famille, de leur communauté ou des professionnels de santé pendant leur grossesse ? Comment ce soutien est-il perçu (suffisant/insuffisant) et pourquoi ?
4. Comment l'alimentation des femmes change-t-elle depuis qu'elles sont enceintes ? Quels aliments les femmes sont-elles encouragées ou interdites de consommer pendant leur grossesse, et pourquoi ?
5. Quelles autres pratiques les femmes de votre communauté adoptent-elles pour garantir une grossesse saine, et quelles sont les raisons qui motivent ces pratiques ? En quoi ces pratiques diffèrent-elles entre la première grossesse et les grossesses suivantes ? Quelles pratiques les femmes suivent-elles pour garantir un accouchement sans complication ?

ACCOUCHEMENT

6. Pouvez-vous me parler des traditions, rituels ou routines que vous ou d'autres femmes suivez à l'approche de la date prévue de l'accouchement afin de faciliter celui-ci et d'assurer la bonne santé du bébé ? Comment les femmes et les familles se préparent-elles et préparent-elles leur foyer à l'arrivée d'un nouveau-né ?
7. Où les femmes de votre communauté préfèrent-elles accoucher (établissement de santé/à domicile) ? Quels facteurs influencent leur choix ? Comment cette préférence a-t-elle évolué par rapport aux générations précédentes ? Qui aide les femmes qui accouchent à domicile ? Comment les services d'accouchement sont-ils fournis dans les établissements de santé (gratuitement/payant) ? À quelle fréquence les femmes de la communauté se rendent-elles aux visites de soins postnatals après leur accouchement ?

SUPPORT APRES LA NAISSANCE

- Quelles traditions, rituels ou routines les femmes suivent-elles immédiatement après la naissance ? Que se passe-t-il pour l'enfant et la mère peu après l'accouchement ? Quand l'enfant commence-t-il à être allaité ?
- Combien de temps les mères se reposent-elles après l'accouchement ? En quoi cela diffère-t-il entre le premier enfant et les suivants ? Qu'est-ce que les femmes ont le droit ou n'ont pas le droit de faire pendant cette période ? Comment leur charge de travail évolue-t-elle après l'accouchement ?
- Quel type de soutien reçoivent-elles pour l'accouchement et les tâches ménagères au cours des premiers mois suivant l'accouchement ? Comment les pères/autres membres de la famille soutiennent-ils les femmes pendant cette période ?

NUTRITION MATERNELLE

- Comment les habitudes alimentaires changent-elles chez les femmes après l'accouchement (0 à 6 mois et au-delà) ? Quels aliments sont recommandés/déconseillés ? Pourquoi ? Quels conseils les femmes reçoivent-elles pour aider leur corps à guérir et à retrouver ses forces ? Qui fournit ces conseils aux femmes ? Comment les femmes gèrent-elles leur alimentation tout en s'occupant de leur nouveau-né et en conciliant leurs autres responsabilités (enfants plus âgés, maison, etc.) ? Quels sont les principaux défis auxquels

les femmes sont confrontées dans cette tâche ? Comment ces défis affectent-ils leur bien-être et celui de leurs enfants ? Que pensent les femmes des options nutritionnelles et alimentaires qui s'offrent à elles et à leurs enfants ?

SANTE MENTALE DE LA MERE

- Comment les femmes se sentent-elles généralement sur le plan émotionnel ou psychologique après avoir accouché ? Comment leur bien-être mental évolue-t-il avec l'arrivée de l'enfant ? Pourquoi ? Pouvez-vous me parler des changements que vous avez constatés dans votre bien-être depuis que vous avez accouché ? Comment les soins changent-ils si vous ne vous sentez pas bien ? Qui peut vous aider lorsque vous ne vous sentez pas bien ? Quels services sont disponibles dans les établissements de santé lorsque les femmes ne se sentent pas bien mentalement ?

ROUTINE QUOTIDIENNE AVEC LE NOUVEAU-NE

- À quoi ressemble la routine quotidienne des femmes avec un bébé de moins de 3 mois/6 mois/plus de 6 mois ? Comment la routine quotidienne change par rapport à l'âge de l'enfant ? Comment leur routine évolue-t-elle au cours de l'année ? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment leur routine a-t-elle évolué entre leur premier enfant et les suivants ? Quels aspects des soins aux nourrissons vous trouvez particulièrement difficiles ou déroutants ? Quels changements les femmes ont-elles observés dans les pratiques de soins d'enfants entre leur propre expérience et celle de leurs parents ou grands-parents ?

ALLAITEMENT MATERNEL & INTRODUCTION DES ALIMENTS

- Que font les femmes pour s'assurer que leurs enfants sont bien nourris pendant les six premiers mois ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les femmes de votre communauté en matière d'allaitement pendant cette période ? Comment surmontent-elles ces difficultés ? Combien de fois par jour les femmes allaitent-elles leurs enfants ? En quoi les habitudes d'allaitement diffèrent-elles entre les garçons et les filles ?
- Quand commencent-elles à introduire d'autres liquides ou aliments dans l'alimentation de leurs enfants ? Quels facteurs influencent cette décision ? Quels types d'aliments ou de liquides sont considérés comme bénéfiques pour les enfants de moins de 6 mois, et pourquoi ? Comment la fréquence de l'allaitement évolue-t-elle au fil du temps ? Quand les femmes arrêtent-elles généralement d'allaiter et pourquoi ?
- Quelles pratiques ou traditions spécifiques de votre communauté influencent les pratiques d'allaitement ? Quels aliments, boissons ou herbes les femmes consomment-elles pour faciliter l'allaitement ou la production de lait ? Qui, dans la famille ou à l'extérieur, conseille les femmes sur la manière de nourrir et de s'occuper de leurs enfants ? Quels sont les conseils habituels ? Quelle est l'opinion des femmes sur ces conseils ? Pourquoi ? Quelles décisions les femmes peuvent-elles prendre seules en matière de garde d'enfants ?

SANTE DE L'ENFANT

- Quels sont les signes de santé auxquels les femmes prêtent particulièrement attention lorsqu'elles s'occupent de leurs enfants de moins de 6 mois ? À quelles maladies ou problèmes de santé les enfants de moins de 6 mois sont-ils plus vulnérables, et pourquoi ? Quels remèdes les femmes utilisent-elles spécifiquement pour les enfants de moins de 6 mois ? Quels remèdes traditionnels sont utilisés ? Comment les soins changent-ils en fonction de l'ordre de naissance de l'enfant ? Comment leurs soins évoluent-ils après 6 mois ?
- Quels conseils les mères/personnes qui s'occupent des enfants reçoivent-elles pour garder leurs jeunes enfants (âgés de 0 à 6 mois et de 6 mois et plus) propres et en bonne santé ?

PRATIQUES D'HYGIENE

- Quelles sont les pratiques d'hygiène observées dans la communauté pour les enfants de 0 à 6 mois/6 mois et plus afin de les garder propres et en bonne santé ? Comment les personnes qui s'occupent des enfants lavent-elles et prennent-elles soin d'un nouveau-né ou d'un très jeune bébé au quotidien ? Comment les personnes qui s'occupent des enfants gèrent-elles les pratiques d'hygiène dans les situations où l'eau ou le savon sont limités ?

PRATIQUES D'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

- Comment les pratiques alimentaires changent-elles lorsque l'enfant est âgé de 6 à 12 mois ou de 12 à 24 mois ? Quels sont les principaux défis auxquels les femmes sont confrontées lorsqu'elles introduisent de nouveaux aliments ? Comment s'assurent-elles que leurs enfants mangent suffisamment ? Comment encouragent-elles leurs enfants à manger des aliments variés ?
- Comment les pratiques d'allaitement changent-elles pour les enfants âgés de 6 à 12 mois ou de 12 à 24 mois ? Comment les pratiques de soins évoluent-elles pendant cette période (6-12 mois et au-delà), et en quoi diffèrent-elles (santé, interaction, hygiène, etc.) ? Pourquoi ?

SUPPORT EN LIEN AVEC LES PRATIQUES DE SOINS

- Quel type de soutien ou d'informations les femmes reçoivent-elles pour améliorer leurs pratiques en matière de soins aux enfants et de nutrition ? De qui ? Quelles informations trouvent-elles plus ou moins utiles ?
- Quels défis rencontrent-elles lorsque elles s'occupent de leurs enfants ? (PISTE DE RECHERCHE: manque de connaissances/ressources/temps/préoccupations mentales, autres)
- Qui les conseille comment s'occuper de leurs enfants? Sont-elles sous l'obligation de respecter ces conseils? Quel type de décisions par rapport les soins des enfants peuvent-elles faire toutes seules?
- Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans votre communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé?

R. GUIDE D'ENTRETIEN: DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION (PERSONNEL DE SANTÉ, PERSONNEL CASAN)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services dans cet établissement de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. **Flashcards des barrières d'accès**) posent à la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons ? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années?

Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains quartiers impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;

Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;

Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé, manque d'eau), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés pour accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
4. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquentes? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté pour les cas de ces maladies infantiles?
5. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. **Flashcards Déterminants de la sous-nutrition**) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la malnutrition (sous-nutrition et surnutrition? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.) Comment expliqueriez-vous le phénomène qu'il y a la fois les femmes surnutris et les enfants malnutris dans les ménages de ces quartiers ?
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : le thé sucré pour calmer le bébé qui pleure, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : bouillie à partir de trois mois)
9. Quelles vulnérabilités communes observez-vous chez les enfants de moins de 6 mois dans la communauté ? Comment identifiez-vous les enfants de moins de 6 mois qui sont à risque ou vulnérables ? Comment sont-ils orientés vers les services de santé ? Dans quelle mesure les services de santé sont-ils accessibles aux enfants de moins de 6 mois et quels sont les obstacles auxquels les familles sont confrontées lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins ? Quels sont les services nécessaires mais actuellement indisponibles pour cette tranche d'âge ? Quels sont les principaux défis auxquels vous êtes confronté(e) dans la prise en charge de ces jeunes enfants? Comment soutenez-vous les mères qui s'occupent de la santé de leur nourrisson pendant cette période ?

S. GUIDE D'ENTRETIEN: DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION (AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE / RELAI COMMUNAUTAIRE)

1. Comment la communauté perçoit-elle les services offerts dans les établissements de santé? Quels services ont-ils tendance à utiliser le plus souvent? Quels services ils n'utilisent pas du tout? Pourquoi?
2. Quelles barrières d'accès (Cf. **Flashcards des barrières d'accès**) posent la communauté les plus grandes difficultés en termes d'accès aux structures sanitaires ? Pourquoi ? Comment leur accès aux établissements de santé change au cours des saisons? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment a-t-il changé au cours des 10-15 dernières années?

Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains quartiers impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;

Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;

Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé, manque d'eau), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

3. Quel type de ménages fait face aux plus grandes difficultés d'accéder aux services de santé ? (PISTE DE RECHERCHE : Chef de ménage H/F, statut matrimonial (célibataire, mariée monogame/polygame, séparée, divorcée, veuve), groupe ethnique, religion, taille de ménage, source de revenu, niveau d'instruction)
4. Quelles sont les maladies infantiles les plus courantes dans cette communauté? (PISTE DE RECHERCHE: diarrhée, fièvre, infections respiratoires aiguës, paludisme) Quelles sont leurs principales causes? Au cours de quels mois sont-elles les plus fréquentes? (Cf. **Calendrier saisonnier**) Comment la prévalence de ces maladies a-t-elle changé au cours des derniers 10-15 ans ? Quelle est l'option de traitement préférée dans cette communauté en cas de ces maladies infantiles?
5. Quelle est la perception de la sous-nutrition dans la communauté? Quelles sont ses causes principales dans cette communauté? (Cf. **Flashcards Déterminants de la sous-nutrition**) Est-ce que la communauté comprend ses causes différemment? Si oui, comment? Pourquoi?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la malnutrition (sous-nutrition et surnutrition)? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.) Comment expliqueriez-vous le phénomène qu'il y a la fois les femmes surnutris et les enfants malnutris dans les ménages de ces quartiers ?
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques

promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : le thé sucré pour calmer le bébé qui pleure, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : bouillie à partir de trois mois)

T. GUIDE D'ENTRETIEN: DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION (LEADERS COMMUNAUTAIRES)

1. Que pensez-vous des enfants sur ces photos? (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? Quels mots sont-ils plus sensibles que d'autres? Que pensez-vous de cette maladie? Comment est-elle similaire ou différente des autres maladies infantiles? Quel type est plus commun dans votre communauté?
3. Quelles sont les causes de cette maladie? Quelles sont les raisons pour lesquelles un enfant deviendrait comme ça?
4. En regardant les images, quels sont les autres principaux défis auxquels les parents sont confrontés pour garder leurs enfants en bonne santé? (Cf. **Flashcards Déterminants de la sous-nutrition**) Quelles croyances locales sont liées à ces défis?
5. Comment traitez-vous cette maladie dans votre communauté? Quel est le traitement le plus courant?
6. Quel type d'enfant semble être plus vulnérable à cette maladie? (PISTE DE RECHERCHE : sexe, âge, groupe ethnique, religion, type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, quintile économique, chef de ménage F/H), caractéristiques de la mère (âge, charge de travail, bien être), pratiques d'allaitement/alimentation/hygiène, etc.
7. Quel type de femme semble être plus vulnérable à la malnutrition (sous-nutrition et surnutrition)? (PISTE DE RECHERCHE : âge, groupe ethnique, religion, statut matrimonial (célibataire, mariée, divorcée, veuve), type de ménage (monogame vs. polygame), taille de ménage, espacement de naissances, niveau d'instruction, charge de travail, bien être, quintile économique, etc.) Comment expliqueriez-vous le phénomène qu'il y a la fois les femmes surnutris et les enfants malnutris dans les ménages de ces quartiers ?
8. Quelles croyances locales influencent-elles les pratiques de soins des enfants dans cette communauté? Quelles croyances empêchent l'appropriation des « nouvelles » pratiques promues par le personnel de santé? (PISTE DE RECHERCHE : allaitement maternel exclusif : le thé sucré pour calmer le bébé qui pleure, l'allaitement doit être arrêté au moment de la nouvelle grossesse et/ou quand la femme ne mange pas bien, lait maternel perçu comme insuffisant pour le bon développement d'un bébé, alimentation du nourrisson et du jeune enfant : bouillie à partir de trois mois)

U. GUIDE D'ENTRETIEN: ETUDE DE CAS (MALNUTRITION)

- Enregistrez le sexe et l'âge de l'enfant, ainsi que la situation matrimoniale et l'âge de la mère au moment de la grossesse.
- Comment décririez-vous l'état de santé de votre enfant? Quelles différences avez-vous observées par rapport aux autres enfants? Quelles en sont les causes?
- Quels traitements avez-vous essayés pour votre enfant ? Pourquoi avez-vous choisi ces traitements?

Grossesse

- Comment décririez-vous votre état de santé pendant votre grossesse ? (PISTE DE RECHERCHE: Quelles difficultés avez-vous rencontré, le cas échéant?) Comment décririez-vous votre accès aux soins de santé pendant votre grossesse ? (PISTE DE RECHERCHE: Quels obstacles, le cas échéant, ont entravé votre accès aux services?)

Barrières géographiques : inexistence de centres de santé/nutrition dans certains quartiers impliquant de longues distances à parcourir pour se faire soigner ;

Barrières financières : coût des soins de santé et/ou du transport, manque de moyens financiers pour se prendre en charge (acheter à manger) durant le traitement de l'enfant à l'hôpital ;

Barrières temporelles : manque de temps/ charge de travail élevée des femmes ;

Barrières socio-culturelles : recours à la médecine traditionnelle, absence de permission du conjoint, perception de la malnutrition comme causée par des forces surnaturelles et recours aux églises du réveil, causes premières de la maladie liées à une intention d'origine sociale (par exemple due aux ancêtres qui, en tant que garants du respect des normes, ont puni les contrevenants en les rendant malades, eux ou leurs familles, en diffusant le malheur dans leurs vies) ;

Barrières liées à la qualité des soins : insuffisances en infrastructures et équipement (pas de bons bâtiments, pas de matériels complets pour assurer les interventions chirurgicales et autres, pas de laboratoires, manque de kits d'énergie pouvant alimenter les centres de santé, manque d'eau), insuffisances et ruptures de stock en médicaments, manque de personnel qualifié, faible rémunération du personnel

- Comment décririez-vous votre santé mentale pendant votre grossesse ? (PISTE DE RECHERCHE: Quels sentiments vous souvenez-vous avoir le plus éprouvés ? Joie, excitation, tristesse, anxiété, etc.)
- Comment décririez-vous vos habitudes alimentaires pendant votre grossesse ? (Comment vos habitudes alimentaires se comparent-elles, en termes de qualité et de quantité, à celles que vous aviez avant votre grossesse?)
- Comment décririez-vous votre charge de travail pendant votre grossesse ? (PISTE DE RECHERCHE: En quoi votre charge de travail se compare-t-elle à celle que vous aviez avant votre grossesse ?)
- Comment décririez-vous la situation à votre domicile pendant votre grossesse ? (En quoi la situation – statut marital, situation financière, événements particuliers (décès, maladie, catastrophe naturelle, etc.) – se compare-t-elle à celle que vous aviez avant votre grossesse ?)

Accouchement

- Où avez-vous accouché de votre enfant? Si accouchement à domicile → qu'est-ce qui vous a empêchée d'accoucher dans un établissement de santé ? (*Veillez vous référer à la liste des barrières ci-dessus*) Qui vous a assistée lors de l'accouchement ?
- Quelles difficultés avez-vous rencontré lors de l'accouchement, le cas échéant?
- Quelles difficultés votre enfant a-t-il rencontré lors de l'accouchement et/ou dans les heures/jours qui ont suivi sa naissance, le cas échéant?
- Comment votre enfant a-t-il été décrit à la naissance ? (PISTE DE RECHERCHE: poids normal ou insuffisance pondérale/surpoids) À quelle date proche de la date estimée votre enfant est-il né ?
- Combien de temps avez-vous pu vous reposer après l'accouchement?

Allaitement maternel et alimentation du nourrisson et du jeune enfant

- Quand avez-vous commencé à allaiter votre enfant? Pourquoi?
- Combien de temps avez-vous allaité votre enfant? Si vous l'avez sevré, pourquoi avez-vous décidé de le faire ? Si vous ne l'avez pas encore sevré, quand prévoyez-vous de le sevrer ? Pourquoi ?
- Pendant les premiers 6 mois de votre enfant, qu'avez-vous donné à manger en plus du lait maternel ? Pourquoi ?

- À quel moment avez-vous commencé l'alimentation complémentaire de votre enfant ? Pourquoi ?
- Quels types de repas donnez-vous à votre enfant ? Combien de fois par jour ?
- Quelles difficultés votre enfant a-t-il rencontré pendant la période d'allaitement, le cas échéant ?

Santé maternelle et situation familiale

- Comment décririez-vous votre santé pendant la période d'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE: Quelles difficultés avez-vous rencontré pendant l'allaitement, le cas échéant?)
- Comment décririez-vous votre santé mentale pendant la période d'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE: Quels sentiments avez-vous principalement éprouvés ? Joie, excitation, tristesse, anxiété, etc.)
- Comment décririez-vous vos habitudes alimentaires pendant la période d'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE: Comment la qualité et la quantité de vos habitudes alimentaires se comparent-elles à celles que vous aviez avant d'être enceinte ou allaitante?)
- Comment décririez-vous votre charge de travail pendant la période d'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE: Comment votre charge de travail se compare-t-elle à celle que vous aviez avant d'être enceinte ou allaitante?)
- Comment décririez-vous la situation familiale pendant la période d'allaitement ? (PISTE DE RECHERCHE: Comment votre situation – statut marital, situation financière, événements particuliers (décès, maladie, catastrophe naturelle, etc.) – se compare-t-elle à celle que vous aviez avant d'être enceinte ou allaitante?)

V. GUIDE D'ENTRETIEN: POUVOIR DE CHANGER

Instructions: Lisez une étude de cas de l'enfant souffrant du retard de croissance à haute voix. Chaque fois que vous mentionnez un déterminant de la sous-nutrition, placez une image du déterminant sur le sol devant eux. Vous pouvez aussi utiliser un chronogramme de 1000 jours pour visuellement noter les informations pertinentes. Ensuite, utilisez les questions ci-dessous pour discuter avec les participants quels comportements/pratiques de soins ils auraient le pouvoir à changer afin de prévenir la sous-nutrition dans leur quartier. Le focus d'exercice est d'identifier les comportements qu'ils puissent changer (et comment !) et les comportements qu'ils ne puissent pas changer facilement (et pourquoi !)

Etude de cas 1: Mialy est une fille de 4 ans, elle est plus petite que les autres enfants dans le quartier de même âge. Elle a été perçue comme « sale » à sa naissance parce qu'elle avait le *taikombindoha* couvrant sa fontanelle durant le premier mois. La mère était en réclusion pendant une semaine après la naissance de l'enfant, durant laquelle, sa grand mère assurait toutes les activités ménagères de son foyer. Elle a repris progressivement ses activités ménagères et son occupation en tant que femme de ménage à partir du troisième mois du jeune enfant. Pendant cette absence, elle laissait l'enfant sous la responsabilité de la grand mère qui s'occupait également de la surveillance des autres petits-enfants. La présence de ces autres jeunes enfants limitait ses marges de manœuvre pour les soins de chacun d'entre eux. Elle veillait ainsi que les jeunes enfants ne se trouvent pas trop proches de la rizière à côté de sa concession, mais elle n'y arrivait pas et ne voulait pas changer leurs vêtements.

Mialy a été mise au sein entre 5 et 10h après sa naissance. Les seins de sa mère ont été nettoyés dans un premier temps et les premiers laits, étant considérés comme « sales », ont été évacués parce que ce lait « froid » est perçu comme nocif pour la santé du nouveau-né. La mère a donné de l'eau tiède préalablement bouillie avant la mise au sein. Vers le troisième mois, la famille a commencé à diversifier l'alimentation de Mialy, le lait maternel n'était plus suffisant à cause de l'absence de la mère et Mialy avait besoin de se nourrir davantage. La diversification alimentaire a commencé avec de l'eau de cuisson de riz rouge, mélangée ou non avec de la purée de pommes de terre et /ou de carottes. En même temps, Mialy a reçu des biscuits

écrasés mélangés avec du thé. À partir du sixième mois, elle a reçu des aliments semi-solides comme du riz accompagné de soupes, de carottes, de pommes de terre et des pâtes alimentaires vendues dans les gargotes. La mère et les autres adultes maternants n'ont pas eu le temps de préparer une alimentation spéciale, si bien qu'elle a eu accès au plat familial bien avant son premier anniversaire. Elle a appris à prendre son repas toute seule du fait de la pratique de mamoky tena, en étant placée par terre dans la maison ou dans la cour. Pendant la prise alimentaire, Mialy s'est servie de ses mains pour manger tout en jouant avec ses pieds ou les objets se trouvant par terre. Elle souffrait à plusieurs reprises de diarrhées, et parfois de toux accompagnées d'une fièvre. Vers son huitième mois, elle souffrait d'une émaciation.

Après quelques temps, la mère de Mialy a perdu son emploi, mais il lui arrivait de s'absenter pour jouer de « gambling » dans un autre quartier. Mialy a été laissée dans sa famille pendant cette absence, mais aucun adulte n'a été affecté à sa surveillance. Mialy ne supportait pas son père. La relation entre elle et sa mère n'était pas bonne non plus. La mère admet qu'elle peut être proche d'elle physiquement, mais aussi l'oublier lorsqu'elle est occupée.

PISTE DE RECHERCHE : Que pensez-vous de cette histoire? Comment cette histoire reflète la réalité des enfants et leurs parents dans votre quartier ? Selon vous, quelles pratiques ont influencé l'état de santé de Mialy ? Quelles d'autres pratiques avec les effets similaires sont elles fréquentes dans votre quartier ? Quelles pratiques méritent d'être changées pour assurer le bon développement de l'enfant ? Quelles pratiques pensez vous ne doivent pas et/ou ne peuvent pas être changées ? Pourquoi ? Pour les pratiques qui méritent d'être changées, comment suggériez vous que cela soit fait ? Qu'est ce qu'il faudrait faire pour encourager les parents d'accepter ce changement ? Quelles conditions devraient elles être réunies pour faciliter ce changement ? Quelles pratiques étiez vous déjà encouragés à changer ? Comment décriviez vous la facilité et/ou la difficulté de les changer ? Qu'est ce qui a facilité et/ou empêcher leur appropriation?

Etude de cas 2: La famille de Rodolphe ne dispose ni de latrine ni de douche. Ils utilisent tous des pots de chambre pour la miction et la défécation. La maison de Rodolphe se trouvant à l'étage, le pot, bien fermé, se trouve très près de la cuisine avant d'entrer dans la maison. La mère encourage ses jeunes enfants à faire leurs besoins dans les espaces publiques lorsqu'ils ont envie. Des traces de selles ont été observées à l'intérieur de la cour partagée, où les jeunes enfants jouent.

Rodolphe est né dans un centre de santé. Rodolphe avait le taikombindoha sur sa tête quelques jours après sa naissance. L'accouchement s'est déroulé sans difficulté et la mère est restée dans le centre de santé pendant 3 jours avant de rentrer chez elle. Elle était en réclusion par la suite pendant trois jours. Elle a repris progressivement ses activités quotidiennes. La mère passait la plupart de son temps, la matinée surtout, dans un lavoir pour laver des vêtements. Elle gardait souvent l'enfant à côté d'elle pendant les 12 premiers mois et assurait ainsi sa propreté. Rodolphe était gardé à l'intérieur de la maison lorsque la cour collective était submergée par l'eau de pluie ou était recouverte de boue. Il lui arrivait de l'enfermer seul à la maison pour l'empêcher de jouer avec des eaux stagnantes lorsqu'il a grandi.

Rodolphe a été mis au sein dans l'heure suivant sa naissance. Avant cela la mère a évacué les premiers laits. Elle n'a pas donné de l'eau à l'enfant à ce moment-là, car, selon elle, l'introduction de l'eau à un nouveau-né est nécessaire seulement pour les femmes subissant une césarienne et n'ayant pas de lait. L'allaitement exclusif a duré trois mois, qui a été sevré à partir de son septième mois. Il a reçu de l'eau préalablement bouillie à partir du 3e mois. Entre son 4e et 7e mois, la mère lui a donné du riz rouge mou sans aucun accompagnement. Elle a commencé à prendre part au plat familial à partir du 7e mois (au lieu du 12e mois).

La famille a rencontré à plusieurs reprises des difficultés financières, si bien que le nombre de préparations de repas fut souvent limité à un par jour. Elle préparait l'unique repas le soir et

une partie était souvent laissée pour le déjeuner du jour suivant. La consommation d'un petit déjeuner, beignet et thé est occasionnelle.

La mère s'est séparée du père de l'enfant lorsque celui-ci n'avait que quelques mois. Le père leur rendait visite de temps à autre pour demander de l'aide à la mère et non pour leur apporter de l'aide. Ces visites ont permis à l'enfant de faire la connaissance de son père. Rodolphe évite son père et ne l'appelle jamais « papa », mais l'appelle par son nom. Il s'approche de lui pour demander de l'argent et s'il ne lui en donne pas, il s'éloigne.

Rodolphe est toujours proche physiquement de sa mère, mais leurs échanges sont pleins d'agressivité. La mère le menaçait ou lui faisait du chantage lorsque Rodolphe ne voulait pas suivre ses conseils. Pourtant, il montrait du respect envers la soeur aînée en suivant ses conseils. C'était elle qui l'assistait pendant les prises alimentaires durant sa petite enfance en l'absence de sa mère. C'était toujours elle qui le surveillait.

Rodolphe a été épargné par les maladies diarrhéiques pendant ses deux premières années. Toutefois, il avait depuis toujours un problème de toux, lorsqu'il joue avec de l'eau. La mère n'a jamais consulté un médecin car elle a jugé que l'enfant était toujours en bonne santé.

PISTE DE RECHERCHE : Que pensez-vous de cette histoire? Comment cette histoire reflète la réalité des enfants et leurs parents dans votre quartier ? Selon vous, quelles pratiques ont influencé l'état de santé de Rodolphe ? Quelles autres pratiques avec les effets similaires sont fréquentes dans votre quartier ? Quelles pratiques méritent d'être changées pour assurer le bon développement de l'enfant ? Quelles pratiques pensez vous ne doivent pas et/ou ne peuvent pas être changées ? Pourquoi ? Pour les pratiques qui méritent d'être changées, comment suggeriez vous que cela soit fait ? Qu'est ce qu'il faudrait faire pour encourager les parents d'accepter ce changement ? Quelles conditions devraient elles être réunies pour faciliter ce changement ? Quelles pratiques étiez vous déjà encouragés à changer ? Comment décririez vous la facilité et/ou la difficulté de les changer ? Qu'est ce qui a facilité et/ou empêché leur appropriation?

W. GUIDE D'ENTRETIEN: REGARD EN ARRIERE + REGARD DEVANT

1. De quelles interventions avez-vous déjà eu l'expérience avec dans cette communauté? Quelles activités ont réussi/échoué? Pourquoi? Quelles activités ont eu le plus grand ou plus petit impact/impact à long terme? Pourquoi? Quelles activités ont été jugées pertinentes mais insuffisantes et/ou pas mise en oeuvre pendant la période nécessaire pour aboutir au changement ?
2. En repensant à l'aide alimentaire, nutritionnelle ou financière que cette communauté a reçue du gouvernement ou des ONG, pouvez-vous donner un exemple d'une situation où l'aide fournie ne correspondait pas aux besoins réels de votre famille, ou n'était pas adaptée à votre culture et à vos habitudes ou n'a pas été fourni au temps opportun?
3. L'aide peut parfois créer des tensions. De quelle manière les programmes alimentaires passés ont-ils influencé les relations et l'entraide entre voisins au sein de cette communauté ? Comment l'attente d'aide régulière a-t-elle modifié la façon dont les familles envisagent leur avenir ici ? Quels autres effets néfastes avez-vous observer ?
4. Dans quelle mesure le processus de décision des ONG ou du gouvernement concernant l'attribution de l'aide vous a-t-il semblé juste et transparent ? Avez-vous déjà essayé de faire part de vos commentaires ou de vous plaindre auprès d'une ONG ou d'un représentant du gouvernement concernant la qualité ou le calendrier de l'aide ? Si oui, que s'est-il passé ? Sinon, qu'est-ce qui vous a empêché de vous exprimer ?
5. Si vous étiez soudainement responsable du budget de l'ONG ou du gouvernement pour ce quartier, quel serait le *premier* investissement que vous feriez pour garantir l'autonomie des familles sur le long terme ?

6. Au lieu de recevoir une aide alimentaire directe, quel type de soutien – formation spécifique, outils ou microcrédits – permettrait réellement à votre famille de devenir totalement autonome ? Selon vous, quels types d'emplois locaux, de métiers ou de micro-entreprises auraient le plus grand impact sur la réduction de la faim dans ce quartier ?
7. Comment les programmes futurs pourraient-ils mieux soutenir les femmes et les mères afin qu'elles puissent améliorer la nutrition de leurs enfants sans avoir à attendre la prochaine distribution d'aide ?

X. GUIDE D'OBSERVATIONS DANS LA COMMUNAUTÉ/MÉNAGE

	Observations
Assainissement	
Présence des latrines	
Type de latrine	
Propreté des latrines	
Point d'eau / savon disponible dans la proximité ?	
Gestion des selles de l'enfant	

	Observations
Eau	
Sources d'eau	
Type de source d'eau	
Propreté de source d'eau	
Propreté autour de source d'eau	
Usage de source d'eau	
Distance vers point d'eau	
Temps d'attente	
Puisage par qui ?	
Propreté des bidons	
Lavage des bidons avant le remplissage ?	
Pratiques non-optimales observées / Sources de contamination de l'eau	
Transport de l'eau	
Stockage de l'eau à la maison	
Traitement de l'eau	

	Observations
Hygiène	
Lavage des mains après la toilette	
Lavage des mains après la gestion des selles de l'enfant	
Lavage des mains avant la cuisson des aliments	
Lavage des mains avant manger	
Lavage d'un sein avant allaiter	
Propreté du corps de l'enfant	
Propreté des vêtements de l'enfant	
Couches pour les enfants observées ?	
Espace de jeu de l'enfant	
Propreté de la cour	
Présence d'animaux dans la cour	
Présence d'animaux dans la maison	
Présence d'excréments des animaux dans la cour	
Présence d'excréments des animaux dans la maison	
Interactions enfant-animaux domestiques	
Propreté de la cuisine	
Gestion de déchets	

Y. SYNTHÈSE: CATÉGORISATION DES DETERMINANTS DE LA SOUS-NUTRITION ET RECOMMANDATIONS FINALES

Le but de cet exercice est d'impliquer les membres de la communauté dans la catégorisation des déterminants 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 déterminants identifiés, du plus problématique au moins problématique, en fonction de leur lien avec la sous-nutrition. En outre, ils seront encouragés à identifier les déterminants, 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 quatre premiers jours dans la communauté, à l'aide de flashcards préparés à l'avance. Après la présentation de tous les déterminants 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 déterminants 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 plutôt 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 déterminants en trois groupes, sur lesquels tous les participants seront d'accord.

Une fois cette étape terminée, les participants seront invités à sélectionner quelques déterminants, 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 déterminants 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 déterminants, 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.

Z. ANNEXE

Un ensemble d'aides visuelles (flashcards) est disponible dans un fichier séparé.