

SYNTHÈSE COMPARATIVE

link nca

NUTRITION CAUSAL ANALYSIS

Zone d'intervention AFAFI Sud Lot 2
dans les Districts de Bekily, Région Androy, et Betroka, Région Anosy
ET

Zone d'intervention AFAFI Sud Lot 4
dans le District de Tolagnaro, Région Région Anosy,
Madagascar

Octobre 2021



INTRODUCTION

Etendue sur une superficie de 22.298 km² (3,33% de la superficie totale du pays), la Région Androy compte une population estimée à 760.887 habitants en 2018 (dont 188.801 dans le district de Bekily)¹. La Région Anosy, quant à elle, a une population totale estimée à 735.000 habitants répartis sur 29.731 km² (dont 210.854 dans le district de Betroka² et 341 482 habitants dans le district de Tolagnaro³). La population est relativement jeune, à majorité rurale et active dans l'agriculture, l'élevage, la pêche et/ou l'exploitation de l'environnement (bois énergie). Les tendances démographiques actuelles confirment le doublement de population tous les 20 ans, avec un taux d'accroissement moyen de 2,9% par année. Cette zone constituée d'écosystèmes fragiles est fortement affectée par les aléas climatiques, les régions étant régulièrement touchées par de graves sécheresses. L'année 2020 est considérée comme une année « très sèche » et une perte de production entre 50 à 90% pour la campagne de grande saison 2019-2020 a été constatée⁴.

Les zones d'étude sont caractérisées par (i) la persistance de la pauvreté de masse et de fortes inégalités (notamment foncières, particulièrement préjudiciables aux femmes et aux jeunes), (ii) un taux d'analphabétisme extrêmement élevé, (iii) une croissance démographique élevée, et (iv) de faibles productivités (culture attelée peu répandue, exploitations sous capitalisées) couplées à des modes d'exploitation des ressources non durables (forte prévalence des feux de brousse et de forêt, (quasi) disparition de la forêt primaire, surexploitation des plantations de reboisement, surexploitation des stocks de pêche, baisse rapide et généralisée de la fertilité des sols).

Les populations souffrent d'un très fort enclavement dû à l'état extrêmement dégradé des routes nationales, provinciales et pistes rurales. En outre, les communes sont sous-équipées en infrastructures sociales, notamment en centres de santé de proximité (villages très éloignés des CSB) mais aussi en équipements de base (points d'eau multi-usages, aménagements hydro-agricoles, etc.). Les disparités sociales et de genre sont élevées, avec des conséquences importantes sur la charge de travail des femmes et les pratiques de soins.

Action Contre la Faim (ACF), Welthungerhilfe (WHH) et Action Intercoopération Madagascar (AIM) mettent en œuvre un projet de 4 ans financé par l'Union européenne, dont l'objectif principal est de réduire la pauvreté des populations rurales dans leur zones d'intervention respectives dans les districts de Bekily et Betroka (Lot 2) et dans le district de Fort Dauphin (Lot 4). Le projet connu sous l'abréviation «*AFAFI Sud*» vise à améliorer la sécurité nutritionnelle des ménages et à accroître leur résilience aux aléas climatiques. La réalisation des études Link NCA a permis de mieux comprendre les facteurs de risque multi-sectoriels de la sous-nutrition et de prioriser les interventions du projet, en assurant l'engagement communautaire fort dans toutes ses phases.

¹ https://www.pseau.org/outils/ouvrages/mg_mef_monographie-region-androy_2014.pdf

² https://www.pseau.org/outils/ouvrages/mg_mef_monographie-region-anosy_2014.pdf

³ Chiffres provisoires du RGP 2018.

⁴ *Evaluation rapide de l'effet du stress hydrique depuis 2019*, FAO, Février 2020.

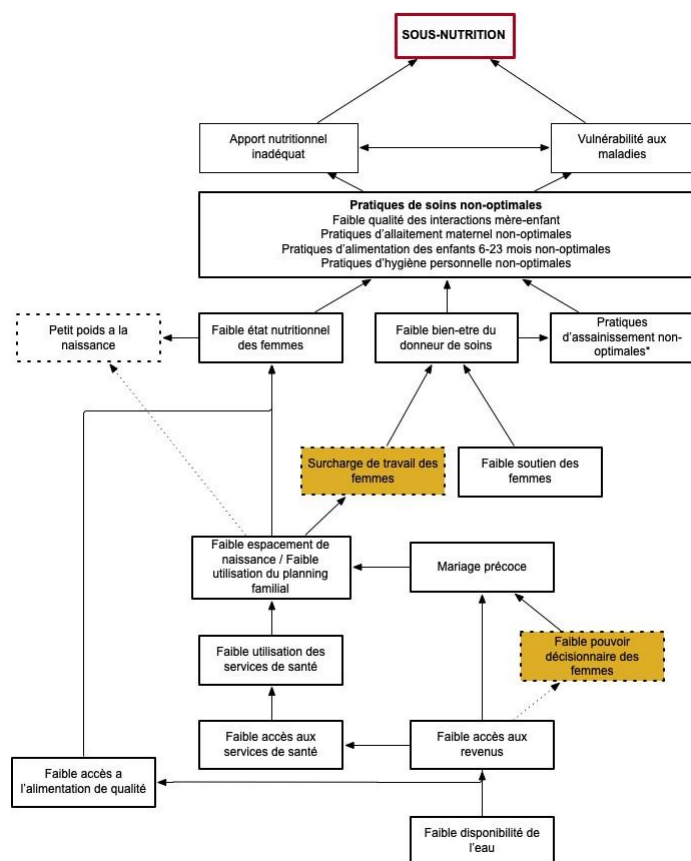
PERCEPTIONS COMMUNAUTAIRES DE LA SOUS-NUTRITION

Lot 2

Souvent décrit comme une conséquence de *kéré*⁵ (et ainsi pas comme une maladie en soi), l'amaigrissement de l'enfant (marasme) ne garantit pas automatiquement le recours aux soins au centre de santé dans le cadre du programme de prise en charge de la malnutrition aigüe dans les établissements de santé. Observant les symptômes de maladie chez les enfants, les parents entament le plus souvent un itinéraire thérapeutique basé sur leur lecture de ces symptômes et leur compréhension des causes éventuelles. Par exemple, l'enfant souffrant d'un épisode de paludisme aura une plus grande chance d'être traité au niveau d'un CSB (et dépisté pour la malnutrition) que l'enfant ayant des symptômes de fontanelle⁶ qui se traitent uniquement de façon traditionnelle.

Les enfants les plus vulnérables à la forme marasmique de la malnutrition aigüe sont les enfants récemment sevrés, ne recevant plus l'apport énergétique et nutritif à travers le lait maternel, notamment dans les ménages avec peu de moyens financiers qui ne sont pas capables d'assurer une bonne alimentation de l'enfant pour assurer son développement. Les enfants vivant dans les familles nombreuses et/ou les ménages ne pratiquant pas l'espacement de naissances sont aussi vus à plus grand risque de marasme.

En ce qui concerne la malnutrition chronique, l'enfant de petite taille a été plus souvent lié à la mère enceinte très tôt après l'accouchement, ainsi raccourcissant la durée de l'allaitement de l'enfant et son développement respectif. D'ailleurs, l'enfant de petite taille a été souvent perçu en bonne santé, court par volonté de Dieu et/ou dû à la petite taille de ses parents.



D'après les communautés, la sous-nutrition est provoquée par l'indisponibilité de la pluie qui joue sur le volume de récoltes et donc sur les sources de revenus de ménage. Par conséquent, l'accès à l'alimentation de qualité est considérablement réduit avec un effet direct sur l'état nutritionnel des femmes et leurs capacités d'allaiter l'enfant et/ou sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En parallèle, l'état nutritionnel des femmes est aussi influencé par le faible espacement de naissances et/ou des nombreuses grossesses qui augmentent la surcharge de travail des femmes, notamment dans les communautés Antandroy. Associé au faible soutien des femmes, cela contribue à la diminution de leur bien-être. « *L'esprit ailleurs* », un manque de motivation et/ou une baisse de concentration, se traduit en manque d'attention aux soins portés aux enfants, lesquels deviennent moins prioritaires comparés à d'autres tâches, surtout les activités génératrices de revenu. Le faible accès aux revenus, associé au faible pouvoir de décision des femmes dans les communautés Antandroy, aboutit aux mariages précoces et également des grossesses précoces et répétitives pour former des ménages nombreux.

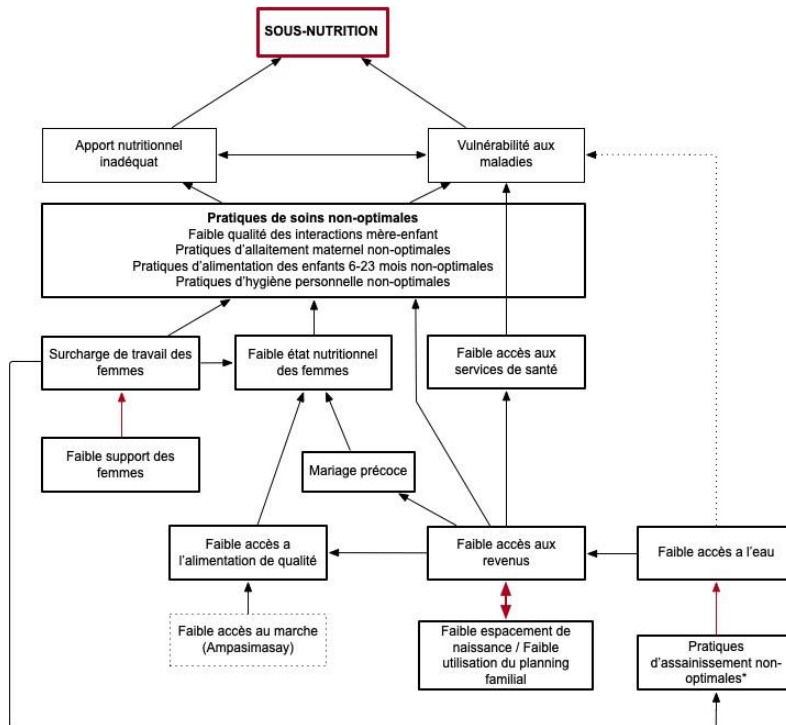
⁵ Famine en malgache.

⁶ « L'arrêt (précoce) de la fontanelle », c'est-à-dire l'espace membraneux situé entre les os du crâne des nouveau-nés. Quand la fontanelle arrête de se fermer (souvent dû à la déshydratation ou la malnutrition), l'enfant souffre de la fièvre et cesse de s'alimenter.

L'amaigrissement de l'enfant (marasme) est perçu comme une conséquence d'un manque de nourriture et ainsi, une fois détecté chez leur enfant, les parents essaient d'enrichir ses repas pour stimuler la reprise du poids, accompagné par des tisanes pour renforcer leur système immunitaire. D'ailleurs, observant les symptômes des morbidités concurrentes, les parents entament un itinéraire thérapeutique basé sur leur lecture de ces symptômes et leur compréhension des causes éventuelles.

Les enfants les plus vulnérables à la forme marasmique de la malnutrition aigüe sont les enfants sevrés, ne recevant plus l'apport énergétique et nutritif à travers le lait maternel, et/ou des enfants malades depuis la naissance. Les enfants vivant dans les ménages avec peu de moyens financiers ou dans les familles nombreuses sont particulièrement affectés ainsi que les enfants des mères célibataires, notamment de jeune âge.

La perception de la malnutrition chronique ressemble celle-ci du Lot 2.



Le schéma causal de la sous-nutrition prend ses racines dans la diminution de la disponibilité de l'eau qui joue sur le volume de récoltes et ainsi les sources de revenu de ménage. Le faible accès aux revenus influence les capacités d'adaptation de ménage et empêche l'utilisation de services de santé. D'ailleurs, la communauté a expliqué un cycle vicieux entre le faible accès aux revenus et l'espacement de naissances, c'est-à-dire que plus le ménage est nombreux, plus difficile ça devient de nourrir tous ses membres. Néanmoins, un manque de ressources prévient les femmes d'utiliser des moyens contraceptifs pour limiter des naissances (frais de renouvellement + frais des aliments pour que la femme supporte l'utilisation d'un moyen contraceptif sans effets secondaires). Les naissances répétitives épuisent les stocks des

nutriments de la femme qu'elle n'arrive pas à pleinement renouveler avant la nouvelle grossesse, ce qui se traduit en son faible état nutritionnel comme celui de son enfant.

Lors des études de cas, les mères des enfants malnutris dans l'échantillon étaient jeunes (≤ 20 ans), subissant des complications au cours de la grossesse (paludisme, faiblesse, infections vaginales, mauvais positionnement de l'enfant dans l'utérus). Malgré cela, les femmes ont signalé une charge de travail élevée jusqu'à l'accouchement (tâches ménagères ainsi que le travail aux champs) et un niveau moyen ou élevé du stress pendant la période de la grossesse et/ou allaitement dû aux complications médicales, leur statut économique et/ou le traumatisme (mort d'un membre d'une famille, séparation du couple). En ce qui concerne l'enfant, les mères ont signalé des complications médicales un jour après la naissance (fièvre/toux) et ont admis que les pratiques d'hygiène personnelle et environnementale n'ont pas été au point ni pendant la période repos ni après.

SCHÉMAS CAUSAUX

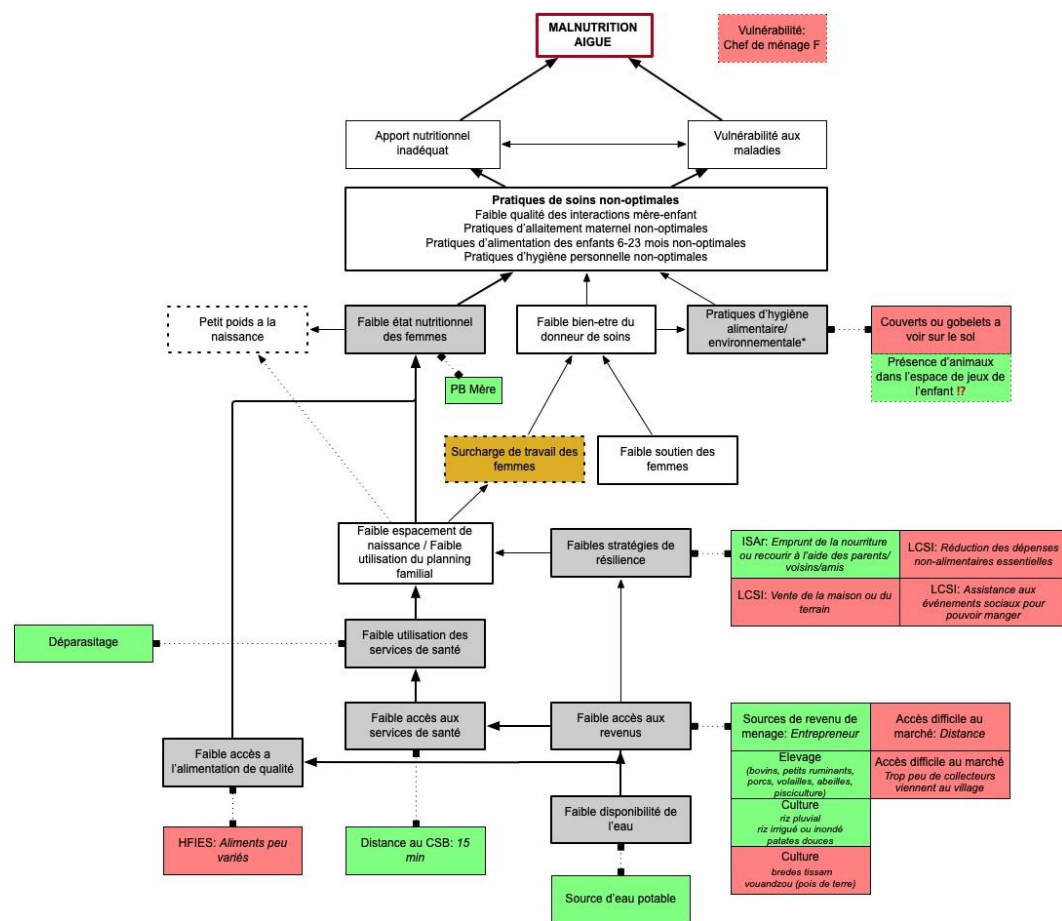
Les analyses statistiques entre l'état nutritionnel des enfants et les facteurs de risque dans les ménages ont permis de différencier les mécanismes causaux de la malnutrition aigüe, de la malnutrition chronique et de l'insuffisance pondérale. Les indicateurs relatifs aux sources de revenu des ménages sont fortement représentés dans les trois schémas. Dans le cas de lot 2, les schémas de la malnutrition aigüe et de la malnutrition chronique présentent aussi une forte évidence relative aux stratégies d'adaptation alors que ces stratégies ne semblent pas avoir une influence réelle sur l'insuffisance pondérale. Dans le cas de Lot 4, l'évidence relative aux stratégies de résilience est observée dans les schémas de la malnutrition aigüe et de l'insuffisance pondérale mais pas dans le schéma de la malnutrition chronique. *A cet égard il est important à noter que l'enquête baseline du projet AFAFI Sud a été centré sur des indicateurs mesurant la sécurité alimentaire et les moyens d'existence qui naturellement mène à la surreprésentation de ces indicateurs sur les schémas causaux.*

D'ailleurs, dans le Lot 2, la malnutrition aigüe semble être la plus influencée par l'accès et l'utilisation des services de santé alors que leur importance diminue vis-à-vis la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale. L'état nutritionnel des femmes figure comme un facteur de protection contre la malnutrition aigüe et l'insuffisance pondérale. Les indicateurs d'accès à l'eau ainsi que l'hygiène alimentaire et environnementale sont présents dans les trois schémas, présentant parfois l'évidence conflictuelle.

Dans le Lot 4, l'état nutritionnel des femmes a été associé à tous les trois types de la sous-nutrition. Les indicateurs relatifs au déparasitage et la vaccination semble jouer plutôt sur la malnutrition aigüe alors que les visites prénatales se lient plutôt avec la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale. Dans le secteur de l'eau, l'assainissement et l'hygiène, les indicateurs démontrent des associations significatives avec la malnutrition chronique et l'insuffisance pondérale pendant qu'ils ne figurent pas sur le schéma pour la malnutrition aigüe.

	MALNUTRITION AIGUE	MALNUTRITION CHRONIQUE	INSUFFISANCE PONDERALE
FACTEURS EN COMMUN (LOT 2 + LOT 4)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sources de revenu ▪ Stratégies de résilience ▪ Faible utilisation des services de santé ▪ Faible état nutritionnel des femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sources de revenu ▪ Faible utilisation des services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sources de revenu ▪ Faible utilisation des services de santé ▪ Faible état nutritionnel des femmes
LOT 2 UNIQUEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux services de santé ▪ Accès à l'alimentation de qualité ▪ Accès à l'eau ▪ Pratiques d'hygiène environnementale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès aux services de santé ▪ Stratégies de résilience 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accès à l'eau ▪ Pratiques d'hygiène environnementale ▪ Pratiques d'hygiène alimentaire
LOT 4 UNIQUEMENT		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faible état nutritionnel des femmes ▪ Accès à l'alimentation de qualité ▪ Pratiques d'assainissement ▪ Pratiques d'hygiène environnementale ▪ Pratiques d'hygiène corporelle 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stratégies de résilience ▪ Pratiques d'assainissement ▪ Pratiques d'hygiène corporelle

MALNUTRITION AIGUE LOT 2⁷



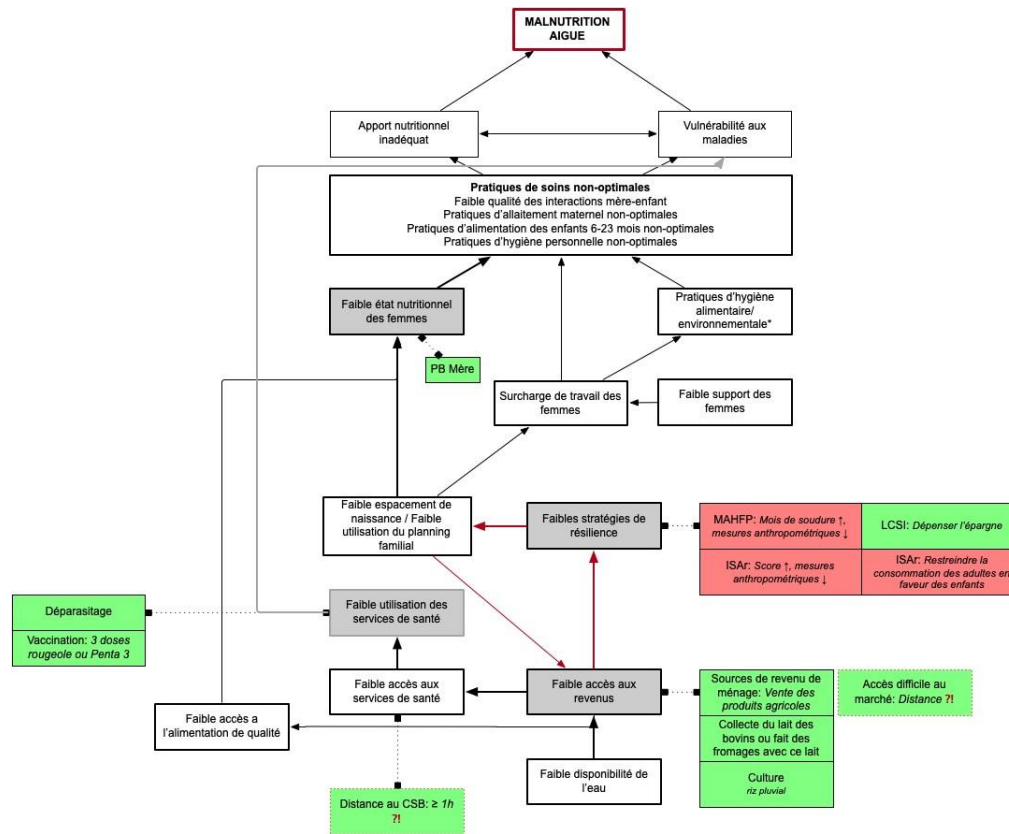
Facteurs de risque: Les enfants vivant dans des ménages qui ont vendu leur maison ou les terres ont été à plus grand risque de la malnutrition aigüe ainsi que les enfants vivant dans les ménages qui ont assisté à des événements sociaux (banquets, fêtes religieuses) pour pouvoir manger. Les enfants vivant dans les ménages qui ont déclaré consommer des aliments peu variés ou réduit les dépenses alimentaires essentielles étaient plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition aigüe, notamment les enfants vivant dans les ménages dirigés par les femmes. Les autres facteurs de risque incluent la cultivation de *voandzou* (pois de terre) ou *brèdes tissam*, et l'accès difficile au marché à cause de la distance et/ou trop peu de collecteurs viennent au village. Les enfants vivant dans les ménages où les couverts et/ou gobelets ont été observés sur le sol étaient plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition aigüe.

Facteurs de protection: Les enfants des mères en bon état nutritionnel, les enfants vivant dans les ménages à proximité d'un CSB ou les enfants qui étaient déparasités étaient moins susceptibles d'être atteints de la malnutrition aigüe. Les enfants étaient aussi à moindre risque de la malnutrition aigüe s'ils vivaient dans les ménages d'entrepreneurs (menuisier, etc.) ou d'artisans et donc moins dépendants de l'agriculture et les aléas climatiques. Parmi les agriculteurs, les enfants étaient à moindre risque de la malnutrition aigüe s'ils vivaient dans les ménages qui ont planté le riz pluvial (*tanety* ou *tavy*), le riz irrigué et les patates douces. D'autres facteurs de protection incluent l'utilisation des engrais organiques, l'élevage (bovins, petits

⁷ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aigüe, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aigüe, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules en jaune représentent les facteurs de risque pour les communautés Antadroy alors que les cellules grise et blanches sont applicables à toute la zone d'étude. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les flèches en ligne pointillée suggèrent des interactions mentionnées dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisées pour toute la zone d'étude.

ruminants, porcs, volailles, abeilles, pisciculture), l'emprunt de la nourriture ou recours à l'aide des parents, des voisins ou des amis ou l'utilisation des sources d'eau potable exclusivement.

MALNUTRITION AIGUE LOT 4⁸



Facteurs de risque: Les enfants vivant dans les ménages dont la durée de soudure était plus longue ont été plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition aiguë comme un nombre augmentant des mois de soudure a été associé avec une diminution des mesures anthropométriques. Similairement, un score augmentant de l'Indice de Stratégies d'Adaptation réduit (ISAr/rCSI) a été associé avec une diminution des mesures anthropométriques, ce que signifie que les enfants vivant dans les ménages utilisant multiples stratégies d'adaptation plus fréquemment ont été plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition aiguë. Les enfants vivant dans les ménages qui ont restreint la consommation des adultes en faveur des enfants ont été aussi à plus grand risque de la malnutrition aiguë.

Facteurs de protection: Parmi les agriculteurs et/ou les éleveurs, les enfants étaient à moindre risque de la malnutrition aiguë s'ils vivaient dans les ménages qui ont planté le riz pluvial (*tanety ou tavy*) ou qui ont collecté du lait ou fait des fromages avec ce lait. La dépense de l'épargne ainsi qu'un bon état nutritionnel des mères semblait d'avoir un effet protecteur contre la malnutrition aiguë. Les enfants ont été aussi moins susceptibles d'être atteints de la malnutrition aiguë s'ils étaient déparasités ou s'ils ont reçu 3 doses d'un vaccin contre rougeole et/ou Penta 3.

⁸ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition aiguë, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition aiguë, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible.

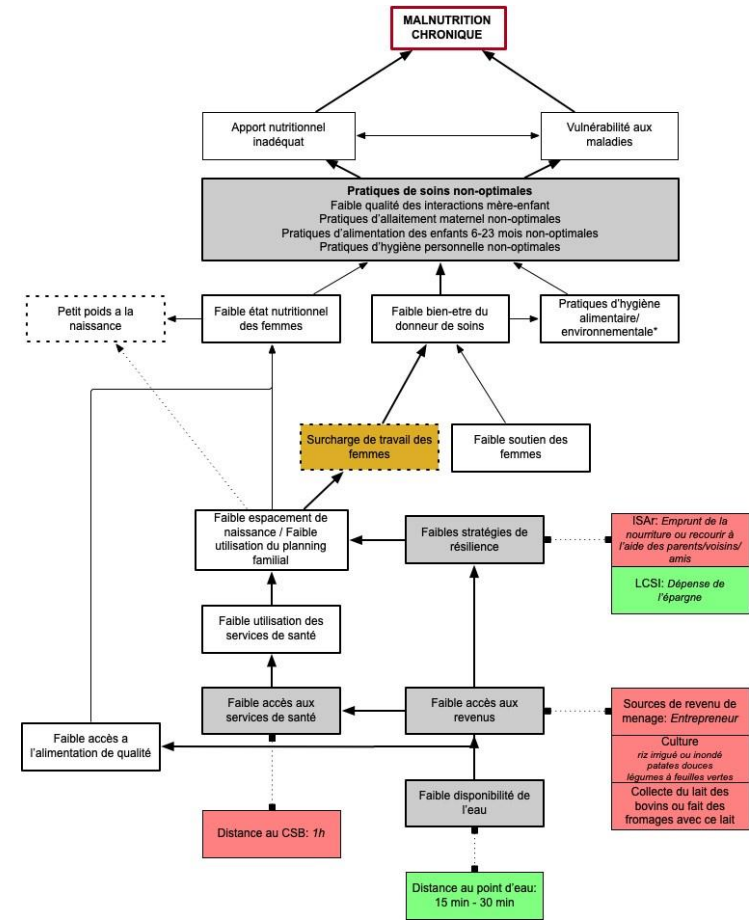
MALNUTRITION CHRONIQUE LOT 2⁹

Facteurs de risque: Les enfants vivant dans les ménages à plus d'une heure d'un CSB le plus proche étaient plus susceptibles d'être atteints de la malnutrition chronique. La même tendance a été observée dans le cas des enfants vivant dans les ménages d'entrepreneurs (menuisier, etc.) ou d'artisans ou les ménages qui ont emprunté la nourriture ou eu recours à l'aide des parents, des voisins ou des amis, notamment parmi les ménages dirigés par les femmes. D'autres facteurs de risque incluent la cultivation du riz irrigué ou inondé, des patates douces ou d'autres légumes à feuilles vertes (ex. *feuilles de moutarde, chou frisé, brède morelle, brède mafane, brède moutarde blettes, chou de Pékin*) ainsi que la collecte du lait des bovins ou la fabrication des fromages avec ce lait.

Facteurs de protection: La dépense de l'épargne s'est aussi révélée comme un facteur de protection contre la forme chronique de la sous-nutrition.

MALNUTRITION CHRONIQUE LOT 4¹⁰

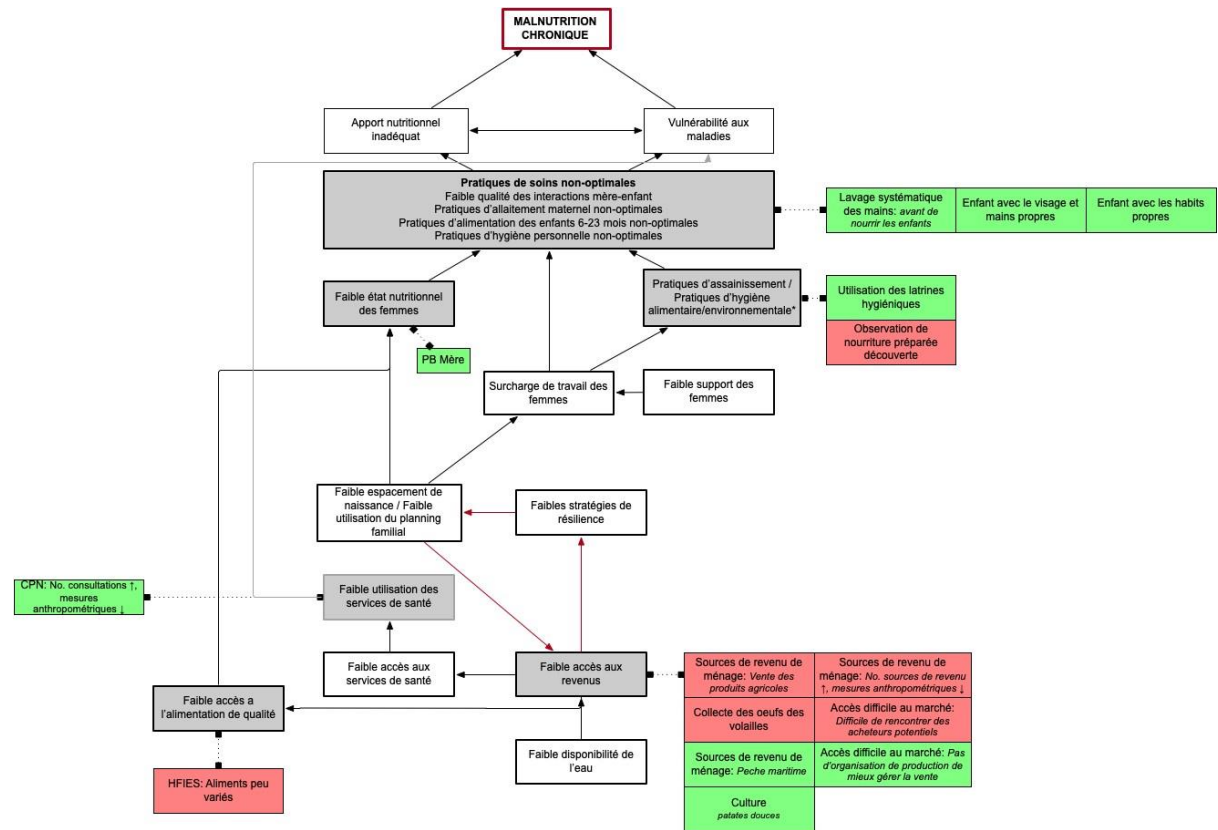
Facteurs de risque: Un nombre augmentant de sources de revenu au cours de 12 derniers mois a été associé avec la diminution des mesures anthropométriques chez les enfants, ce que signifie que les enfants vivant dans les ménages avec plus de sources de revenu ont été plus susceptibles d'être atteint de la malnutrition chronique. Les enfants vivant dans les ménages qui ont collecté des œufs des volailles ont été à plus grand risque de la malnutrition chronique ainsi que les enfants vivant dans les ménages qui ont consommé des aliments peu variés. La même tendance a été observée pour les enfants dont les mères étaient en faible état nutritionnel ou les enfants vivant dans les ménages où la nourriture préparée a été observée non-couverte.



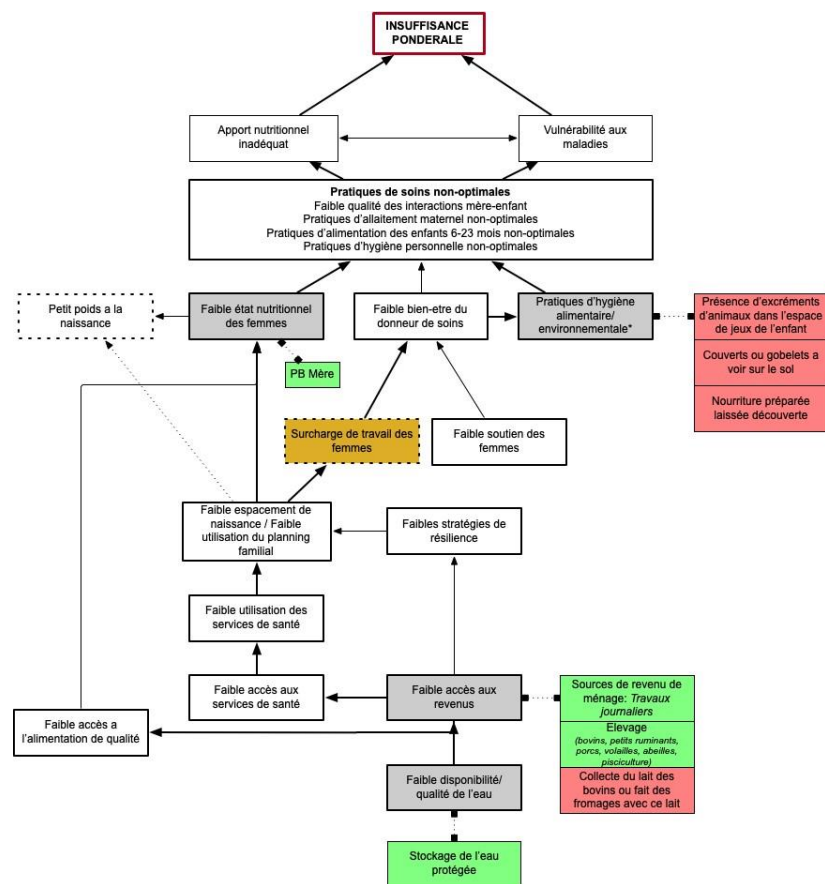
⁹ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition chronique, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules en jaune représentent les facteurs de risque pour les communautés Antadroy alors que les cellules grise et blanches sont applicables à toute la zone d'étude. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les flèches en ligne pointillée suggèrent des interactions mentionnées dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisées pour toute la zone d'étude.

¹⁰ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à la malnutrition chronique, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à la malnutrition chronique, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible.

Facteurs de protection: Les enfants vivant dans les ménages dont la source de revenu principal était la pêche maritime étaient à moindre risque de la malnutrition chronique. Parmi les agriculteurs, les enfants vivant dans les ménages qui ont planté les patates douces jaunes ou oranges étaient aussi à moindre risque de la malnutrition chronique. Les enfants dont les mères ont suivi les consultations prénatales étaient moins susceptibles d'être atteint de la malnutrition chronique comme un nombre augmentant des mesures anthropométriques de l'enfant. Les enfants dont donneurs de soins se lavaient systématiquement des mains avec du savon ou avec de la cendre avant de les nourrir ou les enfants vivant dans les ménages qui ont utilisé les latrines hygiéniques sans risque de contamination étaient moins susceptibles d'être atteint de la malnutrition chronique. La même tendance a été observée pour les enfants qui avaient leurs visage et mains propres ou leurs habits propres lors de la collecte de données.



INSUFFISANCE PONDERALE LOT 2¹¹

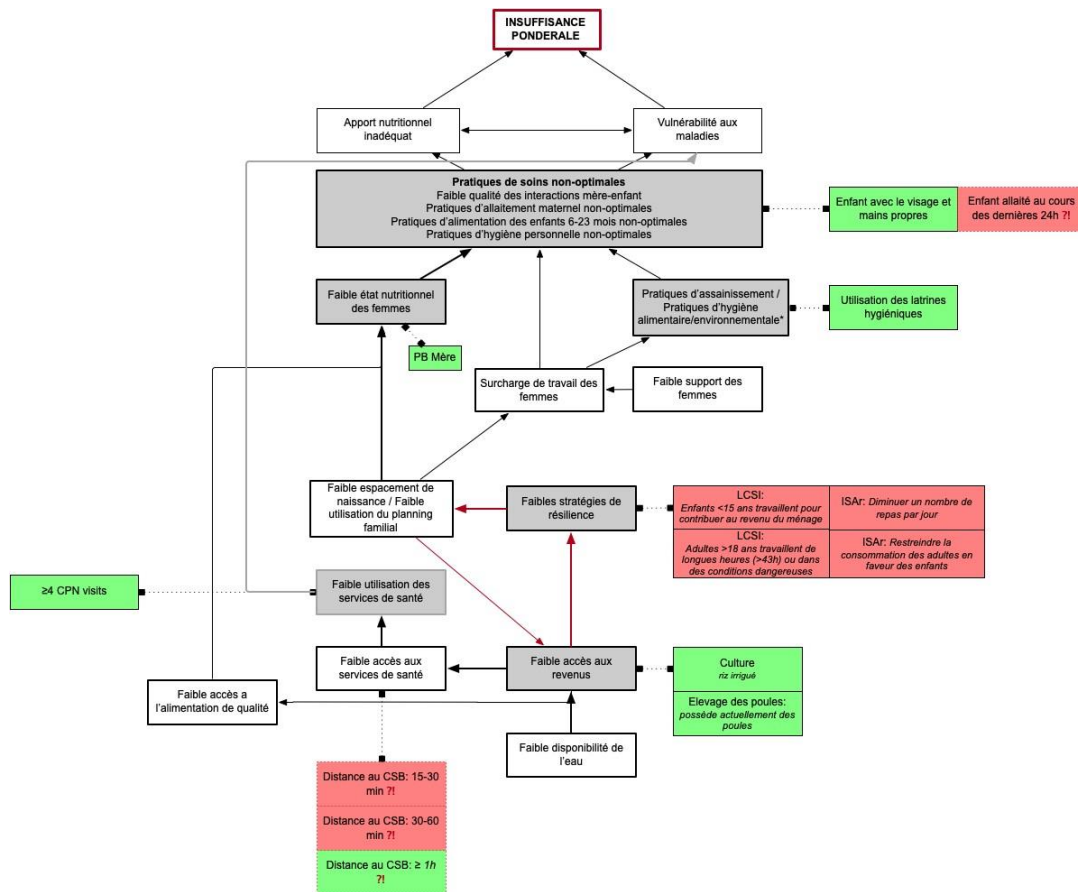


Facteurs de risque: Les enfants vivant dans les ménages où la présence d'excréments d'animaux ou d'autres signes visibles de présence animale a été observée dans l'espace de jeux de l'enfant ont été plus susceptibles d'être atteint de l'insuffisance pondérale ainsi que les enfants vivant dans les ménages où les couverts ou gobelets ont été observés sur le sol ou la nourriture préparée a été non-couverte.

Facteurs de protection: Les enfants des mères en bon état nutritionnel, les enfants vivant dans les ménages dirigés par les femmes, dont la source de revenu principal était le travail journalier (« précaire ») ou les enfants vivant dans les ménages qui pratiquent l'élevage (bovins, petits ruminants, porcs, volailles, abeilles, pisciculture), notamment dans les ménages dirigés par les femmes, étaient à moindre risque d'insuffisance pondérale. Le stockage de l'eau protégé s'est aussi révélée comme un facteur de protection contre l'insuffisance pondérale.

¹¹ Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à l'insuffisance pondérale, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à l'insuffisance pondérale, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules en jaune représentent les facteurs de risque pour les communautés Antadroy alors que les cellules grise et blanches sont applicables à toute la zone d'étude. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible. Les flèches en ligne pointillée suggèrent des interactions mentionnées dans certaines communautés mais ne peuvent pas être généralisées pour toute la zone d'étude.

INSUFFISANCE PONDERALE LOT 4¹²



Facteurs de risque: Les enfants vivant dans les ménages où les enfants de moins de 15 ans travaillaient pour contribuer au revenu du ménage et/ou les adultes travaillaient de longues heures (>43 heures) ou dans des conditions dangereuses étaient à plus grand risque de l'insuffisance pondérale ainsi que les enfants vivant dans les ménages qui ont restreint la consommation des adultes en faveur des enfants. Une diminution d'un nombre de repas par jour a aussi augmenté un risque de l'insuffisance pondérale.

Facteurs de protection: Parmi les agriculteurs, les enfants vivant dans les ménages qui ont planté le riz irrigué ont été moins susceptibles d'être atteint de l'insuffisance pondérale ainsi que les enfants vivant dans les ménages qui ont fait l'élevage des poules et qui possédaient des volailles au moment de la collecte de données. Les enfants dont les mères ont suivi ≥ 4 consultations prénatales ou dont les mères étaient en bon état nutritionnel étaient à moindre risque de l'insuffisance pondérale. La même tendance a été observée pour les enfants vivant dans les ménages qui ont utilisé les latrines hygiéniques sans risque de contamination ou les enfants observés lors de la collecte de données avec leurs visage et mains propres.

¹² Les cellules en rouge représentent les facteurs de risque liés de manière significative à l'insuffisance pondérale, tandis que les cellules en vert indiquent des facteurs de protection significativement liés à l'insuffisance pondérale, selon les calculs de valeur $p < 0.05$. Les cellules grises représentent les facteurs de risque soutenus par l'évidence disponible.

RÉSULTATS CLÉS SANTÉ ET NUTRITION

- Morbidités: Les communautés observent une augmentation de l'incidence des morbidités chez les enfants en comparaison avec les années précédentes dû à un changement des habitudes alimentaires qui rendent leurs enfants moins résistants aux pathogènes et/ou un manque de surveillance par les parents qui leur permettent de consommer des aliments inappropriés, débouchant sur les maux de ventre, le vomissement et/ou la diarrhée.

LOT 2

- Certains participants ont noté que les enfants tombent malades à cause des moyens contraceptifs que leurs mères ont pu utiliser antérieurement. En d'autres mots, ils pensent que les effets résiduels des moyens contraceptifs utilisés avant la grossesse peuvent être à la source des troubles de santé des enfants nés après leur discontinuation, notamment si la femme n'a pas des ressources financières pour le « nettoyage » de son utérus. Ils ont aussi regretté une soudaine inefficacité des traitements traditionnels qui ne semblent plus fonctionner dans le monde « vazaha » ou moderne causé par la mondialisation.

- Parmi les morbidités récurrentes chez les enfants de moins de 5 ans, le recours aux soins dans les établissements de santé est le plus probable pour le paludisme. Les autres morbidités sont traitées par des moyens traditionnels d'abord, surtout les tisanes préparées à domicile, et les services de santé sont consultés seulement en cas de persistance de symptômes, c'est-à-dire d'échec du traitement. Lot 2: Cette tendance a été accentuée depuis le commencement du kéré comme les ménages ne disposent plus de ressources financières pour pouvoir payer les frais de traitement.

LOT 2

- D'après les communautés, la prévalence des morbidités infantiles augmente en été (asara) dû aux températures élevées couplées avec les précipitations. C'est aussi la période de travaux champêtres (semis/sarclage), l'accès limité aux soins de santé pour des raisons financières (manque de ressources) et la hausse de prix sur le marché. Comme la charge de travail des femmes est augmentée, les enfants sont laissés sous la supervision d'autres personnes pendant que l'allaitement maternel est plus difficile à cause d'un manque de temps.

LOT 2

- Barrières d'accès aux services de santé: **Barrière financière** (notamment entre les mois de Septembre et Décembre): en cas de difficultés financières au niveau de ménage, le recours aux soins est souvent retardé par peur que le ménage ne soit pas en mesure de payer/rembourser les frais de traitement. **Barrière géographique** en lien avec la **barrière temporelle**: grande distance entre les fokontany et le centre de santé le plus proche, ce qui se traduit en longues heures de trajet, souvent à pied. Le déplacement vers les établissements de santé est particulièrement difficile pour les femmes enceintes et les femmes avec enfants malades qui n'arrivent pas à parcourir de longues distances sans aide pour le transport et/ou un accompagnement. A cet égard, il est important de noter qu'une partie de la zone d'étude souffre régulièrement d'une insécurité à cause des attaques de *malaso*¹³ qui découragent les déplacements des femmes en dehors de périmètres de sécurité de leurs fokontany. **Barrières socio-culturelles**, telles que l'habitude de soigner les enfants avec les tisanes et/ou les conseils de l'entourage de donner la préférence aux traitements traditionnels chez un tradipraticien qui peut – contrairement au CSB – traiter les maladies surnaturelles. **Barrières de qualité de soins** incluent la disponibilité limitée du personnel de santé, surtout le weekend, le mauvais accueil des patients « qui ont l'air pauvre » et la disponibilité limitée des médicaments, notamment en hiver (*asotry*)¹⁴ quand l'incidence des maladies augmente et l'approvisionnement en médicaments n'égale pas la demande.

- Barrières d'accès aux services de santé: **Barrière financière** (notamment entre les mois de Février et Mai) en cas de difficultés financières au niveau de ménage, le recours aux soins est souvent retardé par peur que le ménage ne sera pas en mesure de payer/rembourser les frais de traitement. **Barrières de qualité de soins** incluent le mauvais accueil des patients « qui ont l'air pauvre », un manque de personnel de santé et l'indisponibilité des médicaments quand l'incidence des maladies augmente et l'approvisionnement en médicaments n'égale pas la demande, le long temps d'attente causé par un grand nombre de patients et un manque de confort dû à « un mélange des patients malades et les femmes qui vient d'accoucher dans la même salle. »
- Les parents négligent les messages de sensibilisation parce que les agents de santé communautaire ne sont pas considérés aptes et/ou « ils prêchent de l'eau et boivent du vin ».
- Taille moyenne de ménage: La population dans la zone d'étude préfère les familles nombreuses d'au moins 8-10 enfants dans le Lot 2 et d'au moins 5-6 enfants dans le Lot 4. La taille du ménage est particulièrement importante pour les hommes en tant que moyen d'assurer la survie de leur lignage. D'ailleurs, avoir de

LOT 4

¹³ Bandits, voleurs de zébu aussi connus sous le nom « dahalo ».

¹⁴ Avril-Juin.

nombreux enfants est essentiel pour assurer la vieillesse des parents et leur faire honneur avec de belles funérailles. Ce dernier point semble être le point de blocage majeur contre l'utilisation des moyens contraceptifs modernes comme notamment les hommes espèrent d'avoir une famille nombreuse afin de garantir des funérailles mémorables. Une famille nombreuse représente aussi une stratégie de survie comme les enfants peuvent aider travailler la terre et ainsi augmenter les sources de revenu du ménage. Les participants aux groupes de discussion ont souvent distingué les « bons » des « mauvais » enfants, associé au jour de la naissance (entre autres), et la nécessité d'avoir beaucoup d'enfants si toutefois les mauvais enfants dévient leurs conseils et/ou s'ils ne démontrent pas assez de capacités de leur succéder dans leurs vies et, par conséquent, de prendre soin d'eux dans la vieillesse. Malgré ces préférences culturelles, la population perçoit les difficultés actuelles liées à la taille du ménage (ex. l'incapacité de nourrir tous les enfants) pourtant ils ne maîtrisent pas encore la balance entre ces préférences et la nécessité de s'adapter sans créer plus de difficultés dans les années à venir.

- Utilisation des moyens contraceptifs modernes: La planification familiale est peu pratiquée même si les communautés commencent à percevoir ses avantages en termes d'espacement de naissances, plutôt que de limitation de naissances. Pourtant la peur des effets secondaires représente une barrière majeure à l'utilisation des moyens contraceptifs modernes. Les effets secondaires les plus cités incluent les règles constantes et/ou l'absence de règles, la « destruction de l'utérus », les grossesses extra-utérines et/ou les avortements involontaires, les maux de tête, la fatigue/faiblesse générale, la perte de la libido ou l'assèchement des muqueuses vaginales (« *pas à l'aise pendant le sexe* »). D'ailleurs, les participantes aux consultations communautaires ont partagé qu'après l'utilisation des moyens contraceptifs (injections) il faut investir environ 20.000 AR dans le nettoyage de l'utérus, le défaut duquel pourrait engendrer une mauvaise santé de l'enfant. Comme les règles cessent pendant l'utilisation des moyens contraceptifs, l'utérus n'est pas régulièrement « nettoyé » par le sang et ceci doit être rectifié avant la nouvelle grossesse pour assurer un bon développement du fœtus. Ainsi, la population se méfie des contraceptifs et les utilise de manière discontinue. Quand les ressources financières dans le ménage diminuent, la contraception est arrêtée, car ils n'arrivent pas à payer les frais de ce traitement. De plus, les femmes disent ressentir des malaises plus fréquemment quand « *elles ne mangent pas suffisamment bien.* »
- Le pouvoir de décision des femmes à l'égard de la planification est variable selon les localités mais de manière générale, l'homme est décideur sur cette question et souvent n'est pas favorable à son utilisation pour les raisons citées plus haut.
- *Les femmes Antanosy confirment d'avoir le pouvoir de discuter avec l'homme, même de refuser son conseil s'il y a le désaccord, mais ceci pourrait éventuellement entraîner une rupture de relation. D'ailleurs, si le mari n'est pas d'accord, elles ont peur de poursuivre l'utilisation des contraceptifs et risquer la détérioration de leur santé parce que les hommes refusent de payer pour ce type de soins et/ou risquer qu'elles n'arrivent plus à tomber enceinte dans le futur. Une femme stérile est une raison courante pour laquelle l'homme quitte son foyer à la recherche d'une nouvelle mère de ses enfants.*

LOT 4

LOT 2

- Espacement de naissances est généralement court, lié à la reprise précoce des rapports sexuels non-protégés suite à la sortie d'une femme du repos après l'accouchement. Pendant que certaines femmes parviennent à respecter un espacement de 2 ans pour pouvoir allaiter leur enfant, la majorité des femmes n'y parvient pas car la fin du repos donne le feu vert aux maris de faire des avances sexuelles. *Chez les Antanosy, les relations hors mariage sont moins tolérées que chez les Antandroy, les femmes ressentent une plus grande pression pour accepter les avances sexuelles afin de s'assurer que son mari/partenaire ne sera pas infidèle.* Les femmes remarquent le retour de leurs règles plus rapidement que dans le passé (3 mois après l'accouchement vs. 2 ans) et/ou disent tomber enceintes avant le retour de leurs règles.
- La longue durée entre deux grossesses peut « *refroidir le ventre et empêcher la maturation des œufs* », ce qui pourrait éventuellement engendrer l'incapacité d'une femme d'avoir des enfants dans le futur. Pour cela, il est recommandé aux femmes de « *garder le ventre chaud* » à travers des rapports sexuels et les grossesses en continu.
- Grossesses précoces ne sont pas rares comme les filles à partir de 12 à 13 ans commencent à fréquenter les hommes. D'après les communautés, les jeunes ont accès aux vidéos sur l'internet qui les exposent très tôt à la sexualité avec laquelle ils commencent à expérimenter à bas âge. Dans le Lot 2, les filles à partir de 15 ans (en moyenne) sont considérées prêtes pour le mariage. D'ailleurs, les filles à partir des premiers signes de puberté (environ 13 ans) peuvent être encouragées à s'engager dans des relations sexuelles, car perçues comme une source de revenu individuel et éventuellement familial. Les rapports sexuels ne sont pas toujours protégés même si les jeunes filles dans le Lot 4 ont meilleur accès aux moyens contraceptifs que les jeunes filles dans le Lot 2. En général, les adolescentes n'en sont pas suffisamment sensibilisées et s'informent le plus souvent parmi leurs pairs qui ont aussi l'accès limité aux informations fiables. De manière générale, la population pense que

les jeunes filles ne devraient pas utiliser des moyens contraceptifs parce qu'elles ne sont pas encore mariées et la contraception pourrait les rendre stériles.

- Consultations prénatales est le service de santé le plus utilisé parce qu'elles sont constamment gratuites, à l'exception du carnet de suivi de grossesse et/ou des médicaments pour traiter des complications, si besoin. Ce dernier point peut décourager les visites au centre de santé par peur de ne pas pouvoir payer les frais mais la bonne santé de la mère et du fœtus est très estimée pour justifier la dépense.
- Les femmes dans la zone d'étude sont suffisamment sensibilisées sur l'importance et/ou avantages de l'accouchement à l'établissement de santé. Les femmes disent de préférer l'accoucher au centre de santé mais pas toutes les femmes y accouchent. Les femmes en difficultés financières peuvent opter pour un accouchement à domicile, avec l'aide d'une matrone parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer les frais. Le personnel de santé signale que le service est gratuit mais l'entièreté des participants aux consultations communautaires a mentionné les frais de 25.000 - 40.000 AR pour une fille (Lot 4 et Lot 2, respectivement) et de 30.000 - 60.000 AR pour un garçon (Lot 4 et Lot 2, respectivement).
- Repos après l'accouchement: Dans le passé, les femmes restaient en repos pendant 2-6 mois en fonction de la situation économique de leur ménage. Cette période s'est considérablement raccourcie ces derniers temps et les femmes admettent ne pas pouvoir rester en repos plus que 1-4 semaines dans le Lot 2 et 6 semaines dans le Lot 4. Dû à la détérioration de la situation économique de ménages, les femmes sont forcées de reprendre les activités génératrices de revenu. *La communauté remarque une augmentation des morbidités chez les enfants à cause de ce raccourcissement comme les enfants sont sevrés précocement à cause de l'insuffisance du lait maternel (dû à une surcharge de travail de la mère et, par conséquent, un manque d'allaitement à la demande) ou de la grossesse précoce (dû à la reprise des rapports sexuels non-protégés à la sortie du repos).*
- Vaccination, déparasitage et supplémentation en Vitamine A sont acceptés comme différents moyens de les garder en bonne santé. Compte tenu des barrières d'accès aux services de santé dans le Lot 2, les enfants ont de plus grande chance d'être vaccinés/déparasités lors des campagnes menées directement dans les fokontany. Dans le Lot 4, certains parents vaccinent leurs enfants moins par conviction que par peur que le médecin ne soignera pas leurs enfants si non-vaccinés.

LOT 2

- Petit poids à la naissance: les communautés ont remarqué une augmentation du nombre d'enfants nés plus petits. Ils l'accordent à la surcharge de travail des femmes pendant la grossesse et surtout une alimentation inadéquate pour assurer un bon développement de l'enfant dans l'utérus. Par contre, il faut aussi mentionner que les femmes ont peur des complications lors de l'accouchement et pour cela elles limitent leurs apports énergétiques pour prévenir que « *le bébé grandisse trop dans le ventre* ». Par ailleurs, certains participants ont aussi mentionné la charge mentale constante ainsi que le faible espacement de naissances comme les facteurs influençant le poids d'un bébé à la naissance.
- Etat nutritionnel des femmes: actuellement, les femmes se sentent maigres, faibles et fatiguées car elles « *travaillent trop et ne mangent pas assez.* » Depuis le commencement du kéré l'accès des femmes à l'alimentation de qualité a été substantiellement réduit (*sakoa, brèdes*), ce qui se traduit en détérioration de leur état nutritionnel et leurs capacités de produire le lait maternel en qualité et quantité nécessaire pour le bon développement de leurs enfants.

RÉSULTATS CLÉS SANTÉ MENTALE & PRATIQUES DE SOINS

LOT 2

- Bien-être: Un profond sentiment de mal-être et de détresse psychologique lié à la pauvreté. L'inquiétude de devoir trouver des stratégies de survie alimentaire et économique occupe constamment l'esprit et empêche de dormir la nuit. Elles ont dit être trop fatiguées physiquement et découragées mentalement pour être en mesure de bien s'occuper de leurs enfants (alimentation, hygiène, jeux) et du foyer (lessive, vaisselle). Même lorsqu'elles allaitent, elles font d'autres activités ou ont l'esprit ailleurs¹⁵ dû à une charge mentale importante.
- Cet état touche aussi les hommes, qui se sentent déprimés et sans énergie. Cela a des conséquences sur la communication dans le couple: les disputes graves et les violences sont plus fréquentes ainsi que l'apathie ou les départs des hommes hors du ménage. Les violences verbales et physiques comme les négligences affectives et matérielles touchent beaucoup d'enfants, qui vivent eux aussi une grande fatigue. Les moments de détente et de loisirs sont rares.

¹⁵ *Fanahy mivezivezy en langue locale, signifiant "esprit fait des va et vient, voyage partout". L'expression est utilisée souvent en lien avec la faim ou autre dérangement pour décrire que le corps est présent mais l'esprit est absent ; la personne n'étant pas bien concentrée ou plongée dans les profondes réflexions, par exemple « Raha noana ny kibo, mivezivezy ny fanahy » ou « Si le ventre est vide, l'esprit est ailleurs (Proverbe malgache).*

- Bien-être des femmes est plus souvent négativement influencé par la consommation de tabac et/ou de l'alcool par les hommes. Les femmes décrivent leur charge mentale augmenter si leurs époux prennent plaisir dans la consommation de ces substances. *A Sainte Luce, la pratique s'est répandue lors du projet de conservation de la mer qui a augmenté des revenus dans le ménage que les hommes ont pu dépenser pour le plaisir.* Pas seulement les dépenses respectives diminuent les ressources disponibles pour d'autres besoins au ménage - l'alimentation de qualité entre autres - mais aussi leur esprit est préoccupé par des troubles conjugales qui les distraient de leurs responsabilités envers les enfants. D'ailleurs, la consommation de tabac et/ou de l'alcool éloigne des hommes du foyer et leur support envers les femmes diminue davantage.
 - Garde de l'enfant: dû aux difficultés financières et la nécessité que la femme assiste à la recherche des aliments/sources de revenu pour l'achat des aliments l'âge auquel l'enfant est mis en garde par d'autres personnes que la mère est en baisse, souvent à partir d'un mois. Les femmes sont souvent confrontées à un choix difficile entre le bien-être de leurs plus petits enfants et le bien-être du reste du ménage. Quand les enfants sont plus grands, ils sont laissés seuls et ils se débrouillent par eux-mêmes pour trouver de quoi manger, ce qui occasionne souvent des maux de ventre et/ou la diarrhée.
 - Stimulation de l'enfant: Les femmes ont fait part de leur manque de temps, d'énergie physique et de disponibilité mentale pour passer du temps avec leurs enfants. De ce fait, les interactions avec les plus jeunes comme les plus grands sont limitées. L'allaitement est généralement priorisé, pendant que d'autres activités de soins, comme l'hygiène sont délaissées ou confiées aux autres membres du ménage, notamment les jeunes filles. *A cet égard il est important à noter que les participants avaient tendance de mentionner les soins primaires (alimentation, hygiène) alors que les mentions de jeux/loisirs et/ou des interactions affectives ont fait défaut dans leurs témoignages.* Dans les communautés Antanosy, les hommes participent aux soins des enfants mais une telle implication est mal vue parmi les Antandroy.
 - Allaitement maternel: n'intervient pas toujours dès la naissance dû à un manque du lait qui, d'après les participants aux discussions de groupe, prend environ un à trois jours pour se former. Entre temps, les femmes servent aux nouveau-nés de l'eau bouillie (Lot 2), le thé sucré (Lot 4) et/ou des tisanes pour « éliminer des crachats et/ou des saletés dans le ventre »¹⁶. L'allaitement maternel exclusif, y compris l'utilisation du colostrum, n'est pas systématiquement pratiqué et dépend de la perception d'une femme de ses propres capacités à allaiter l'enfant. L'importance de l'allaitement à la demande est reconnue mais difficilement pratiqué à cause de la surcharge de travail des femmes qui est en hausse ce dernier temps dû à la diminution de revenus au ménage.
 - De nombreuses femmes se sentent faibles quand elles allaitent car leur propre régime alimentaire est peu nutritif et insuffisant en quantité. Elles se plaignent de l'insuffisance du lait pour assurer le bon développement de l'enfant et pour cela préfèrent habituer l'enfant à d'autres liquides (Lot 2) ou elles introduisent des aliments à partir du 3-4 mois (Lot 4). L'enfant est généralement allaité jusqu'à ses 1-2 ans sous condition que la mère ne tombe pas enceinte et/ou malade. Le sevrage de l'enfant en cas de la nouvelle grossesse s'explique par la crainte d'un tarissement du lait maternel.
 - Aliments de complément: De manière générale, les aliments solides, semi-solides ou mous sont introduits à partir de 6^{ème} mois (Lot 4) ou à partir de 6-8^{ème} mois (Lot 2). Les aliments typiques incluent la bouillie à la base de la farine de riz, de manioc ou de maïs. Les repas peuvent aussi inclure le riz *sosoa* dans le Lot 4. Le repas familial est introduit à partir de 8-12^{ème} mois, en fonction des capacités économiques du ménage à procurer les aliments spécifiques pour les enfants. Dans les ménages particulièrement vulnérables, le plat familial est introduit à partir du 6^{ème} mois.
- D'après les communautés, avant la période de *kéré* les enfants étaient costauds et résistaient aux maladies grâce à une alimentation de bonne qualité, par exemple *sosoa*, le niébé, le maïs ou feuilles de manioc. Actuellement, les repas sont composés principalement du manioc, des petites pastèques et des *brèdes* qui ne devraient pas être servis aux enfants avant 4 ans. Néanmoins, les enfants commencent à les consommer précocement dû aux difficultés financières des ménages « *parce qu'il vaut mieux mourir demain qu'aujourd'hui.* » Il a été constaté que cette alimentation est une cause fréquente de troubles intestinaux, y compris la diarrhée et, par conséquent, une perte de poids de l'enfant, notamment si servi sans huile qui ne peut pas être toujours procurée.

¹⁶ Mélange de matières dans le voies respiratoires (notamment le mucus) et le système digestif de l'enfant après la naissance.

- A part de la disponibilité des ressources financières pour l'achat des aliments appropriés pour les jeunes enfants, les communautés ont aussi souligné une surcharge de travail des femmes et ainsi un manque de temps pour préparer ces repas en meilleures conditions hygiéniques.
- Parmi les aliments non-appropriés pour la consommation des jeunes enfants figurent le manioc et les légumineuses, surtout le niébé (censé causer les maux de ventre et la diarrhée), les feuilles de manioc (qui peut causer l'anémie) et les patates douces (qui provoquent les selles fréquentes). Pendant les périodes de difficulté les enfants consomment des fruits crus, tels que les oranges, goyaves, litchis et zevy, connus pour des effets diarrhéiques dû aux pratiques d'hygiène alimentaire non-optimales.

LOT 4

RÉSULTATS CLÉS SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET MOYENS D'EXISTENCE

LOT 2

- Barrières d'accès au marché incluent la distance, le manque de transport et l'insécurité pendant que certaines localités font face aussi aux montées de rivières qui empêchent leur accès pendant les saisons pluvieuses. Par contre, la population cite l'augmentation constante de prix comme un frein le plus important d'accès au marché. Même si les produits alimentaires et non-alimentaires sont généralement disponibles sur le marché, les ménages ne peuvent pas nécessairement s'en procurer.

LOT 4

- Barrières d'accès au marché: avec l'exception d'Ampasimasay dans la commune de Manantenina, les communautés n'ont pas constaté les barrières géographiques d'accès au marché. La disponibilité des produits sur le marché est considérée acceptable et les populations confirment de pouvoir accéder à tous ce qu'ils ont besoin au cours de l'année. Par contre, ils citent l'augmentation constante de prix comme un frein le plus important d'accès au marché.
- Sources de revenu: Les sources de revenus dans la zone d'étude sont fortement liées aux ressources agricoles donc soumises aux aléas climatiques. Elles varient annuellement selon les saisons, historiquement en fonction des intempéries climatiques et aussi selon les rôles de genre même si les difficultés agricoles et financières rencontrées depuis plusieurs années tendent à faire bouger les répartitions des sources de revenu selon le sexe. L'affaiblissement des revenus liés aux activités agricoles implique une plus grande diversification des sources de revenus afin de compenser des pertes.
- Les cultures des hommes sont souvent plus rentables et rapportent plus d'argent que celles des femmes. Elles sont souvent vendues après la récolte quand les prix sur le marché diminuent à cause d'un surplus. Les cultures des femmes sont surtout utilisées comme une source supplémentaire de revenu et/ou pour la consommation du ménage. Les femmes se procurent des revenus aussi grâce aux petits commerces qu'elles gèrent, par exemple la vente des produits de première nécessité, fabrication de nattes, vente de l'eau. Les femmes peuvent également tenir des gargotes (vente de thé/café/*mokary/bokoboko*) ou travailler à la journée (femme de ménage, salariée agricole).

LOT 2

- *Une grande partie des femmes rêvent d'un élevage des poules parce qu'elles détiennent (dans la majorité de cas) un pouvoir de décision sur l'utilisation des bénéfices dégagés de cette activité. Un œuf peut être vendu 1000 AR et une poule coûte environ 10.000 AR, activité générant donc des bénéfices intéressants, si bien gérée.*

- Utilisation des sources de revenu: le bétail des hommes (zébu) et des femmes (volailles, chèvres), servant de capital financier et social, compte pour une bonne part des dépenses dans les ménages. Les zébus font partie des achats incontournables car leur sacrifice sert à honorer les morts lors des funérailles. Les familles s'endettent considérablement pour bien recevoir les invités et pour honorer la personne décédée. Les zébus sont souvent achetés pendant la période de récolte au prix élevé et vendus au moment de soudure pour pallier aux difficultés financières. A ce moment, le prix de bétail est souvent réduit de 50%. Ainsi, les éleveurs subissent une double perte financière.

Après les zébus, les ménages investissent dans l'achat de terre - pour élargir leurs champs et ainsi la quantité de récolte - et les articles ménagers. Les terres et les articles ménagers (marmites, assiettes) achetés en grande quantité pendant la période de récolte ont une fonction de garantie financière pour faire face à des difficultés financières. Seule la communauté visitée dans la commune de Ranomafana (Lot 4) a confirmé un changement de tactique par rapport l'achat de zébu suite à l'attaque de *malaso* dans leur zone. La population n'investit plus dans le bétail mais plutôt la construction des maisons.

- Variations saisonnières et historiques: Les communautés ont constaté que la présidence de Didier Ratsiraka (1976-1993) était la bonne période pour leurs activités. L'année 2002 a apporté une forte sécheresse et une tempête de sable qui a poussé la population à manger des fruits sauvages. Les années 2003-2014 ont produit des récoltes plus au moins bonnes malgré une diminution de la pluie. L'année 2017/2018 marque le début de l'insuffisance chronique de la pluie qui rend l'agriculture difficile, voire impossible. La population commence à irriguer leurs champs dans la mesure du possible « *mais la terre est chaude et brûle les plantes* ». Les eaux de rivières baissent et les ménages commencent à déployer des stratégies de survie, y compris la décapitalisation (vente du bétail, articles ménagers), la migration vers le nord, la vente de bois de chauffe/charbon, etc.
- A part des aléas climatiques, les communautés font face à une augmentation des attaques de *malaso*¹³ qui volent leur bétail. Ainsi, les ménages ne perdent que leurs épargnes mais aussi l'aide pour les travaux champêtres. Malgré que les *malaso* ravageaient les communautés depuis des années, la hausse de leurs visites *non grata* est liée à la détérioration importante de conditions de vie au sud du pays faute de précipitations.

- Variations saisonnières et historiques: l'insuffisance de pluie ces dernières années a un impact considérable sur les capacités de ménages de générer les revenus. Non seulement les agriculteurs doivent abandonner certaines cultures et les remplacer par les autres – qui nécessite une adaptation de leurs pratiques – mais aussi, la variété des cultures diminue. Malgré ces efforts, la récolte est en baisse constante. Les agriculteurs regrettent la diminution de récolte notamment pour le riz, le manioc et les patates douces qui représentent historiquement leurs cultures primaires. La production de riz commence aussi à diminuer comme les sources d'eau n'arrivent plus à alimenter les rizières qui sèchent. *Dans la commune de Mandiso la production des cultures traditionnelles est complétée depuis plusieurs années par la production des baies roses mais la communauté se lamente d'une seule récolte par an qui les pousse de migrer en dehors de leur localité le reste de l'année. En contraste, le riz a pu être récolté trois fois par an et ainsi assure le revenu plus stable au ménage au cours de l'année. Afin de compenser une diminution de récolte sur les champs existants, la population coupe les arbres dans les zones forestières pour élargir les surfaces cultivables. Telle terre est au départ très riche en nutriments qui stimulent la production agricole mais éventuellement s'appauvrit et contribue à la diminution de récoltes à moyen terme.*
- Pour exemplifier une baisse de sources de revenu dans les dernières années, les participants aux consultations communautaires à Ranomafana ont expliqué qu'ils pouvaient facilement produire une tonne de café dans le passé mais maintenant ils n'arrivent plus à dépasser 500 kg. Dans les zones littorales, les pêcheurs regrettent une diminution des langoustes de 8-10 kg à 1 kg par jour.
- Dans les zones littorales, la période plus difficile de l'année tombe entre les mois d'Octobre et Décembre quand les ménages ne peuvent pas pêcher. Ceci pourrait être prolongé jusqu'à le mois de Mars si la mer continue à être perturbée et les produits agricoles ne sont pas encore disponibles. Par contre, les mois d'Avril jusqu'à Juin sont très favorables à l'alimentation de la caisse du ménage comme la pêche produit des revenus abondants, complétés par des récoltes agricoles. Les mêmes mois - jusqu'à Aout - représentent aussi une période de recettes dans les localités à l'intérieur du territoire. Les mois de Février-Mars y sont les plus difficiles, poussant une majorité de ménages vers les emprunts pour la survie.
- Diversité alimentaire: les aliments consommés au ménage viennent principalement du marché, de la production agricole familiale et de la cueillette. Les repas sont plutôt monotones car ce sont les mêmes principaux aliments qui sont consommés au cours de la journée et/ou au cours de l'année. La plupart du temps, le riz ou le manioc, sont accompagnés d'une légumineuse, des protéines animales ou de feuilles vertes. Le riz est l'aliment le plus préféré parmi la population et il est considéré comme un signe de la bonne situation économique du ménage. En cas de difficulté, il est remplacé par le manioc qui est considéré comme un signe de la fragilité économique. En comparaison avec le riz, un repas à la base de manioc ne leur donne pas assez de force et les personnes se sentent plus faibles pendant les périodes quand la consommation de manioc ne peut pas être évitée.
- Pendant la période de soudure, la composition des repas se restreint beaucoup. Poisson, viande, lait, œuf disparaissent des repas et des produits de cueillette – consommés essentiellement pendant la soudure – apparaissent: fruits et tubercules sauvages, cactus et criquets. Dans le passé, la consommation de certains aliments sauvages était considérée comme honteuse mais désormais, ces produits sont recherchés et font l'objet d'une cueillette quotidienne.
- Stratégies de survie: au contraire des localités inclut dans le Lot 2, les communautés dans le Lot 4 ont nié et/ou minimisé l'utilisation des relations intimes rémunérées et/ou les mariages précoces comme des stratégies de survie. D'après eux, il est difficile pour les parents d'exiger les filles de se marier et/ou gager l'argent par la prostitution. Par contre, ils ont admis que cette stratégie pourrait être utilisée par des femmes célibataires qui n'arrivent pas subvenir à leurs besoins d'une autre manière.

1. Réduction de la qualité de repas / Réduction du nombre de repas par jour / Réduction de la quantité de portion
2. Repas réservé aux enfants / Cueillette des fruits et/ou tubercules sauvages / Emprunt / Vente de bois de chauffe
3. Vente des biens / Vente des animaux / Vente de terre
4. Sexe transactionnel / Mariage précoce

1. Réduction de la qualité de repas / Réduction du nombre de repas par jour / Réduction de la quantité de portion
2. Travail journalier / Vente de bois de chauffe / Pêche en petite quantité / Emprunt
3. Repas réservé aux enfants / Cueillette des fruits et/ou tubercules sauvages / Vente des biens / Vente des animaux
4. Migration à Fort Dauphin

RÉSULTATS CLÉS EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE

- Faible accès à l'eau dû à la disponibilité limitée des points d'eau aménagés (ex. forages/pompes à eau). Il est important à noter que les localités sans pompe fonctionnelle lors de la collecte de données en avaient déjà plusieurs mais toutes ont été cassées, les communautés ne s'impliquent pas dans leurs réparations. Elles reçoivent la pompe comme un don et ne pensent que c'est à eux, par l'intermédiaire du comité, de gérer la suite, par l'entretien et la réparation des installations et du lieu. Si la pompe se casse, la population ne se mobilise pas pour la réparer et elle retourne au puisage de l'eau à la rivière.
- La quantité de l'eau dans les rivières est influencée par la durée des saisons pluvieuses qui ont tendance de se raccourcir et ainsi elles n'arrivent pas approvisionner les rivières avec le même volume d'eau comme dans le passé. Par conséquent, les communautés ressentent les pénuries d'eau plus fréquemment et pour plus longtemps avec l'effet important sur les activités agricoles. Lot 2: Pendant ces périodes, l'eau est strictement réservée à la boisson. L'utilisation de l'eau pour le bain, la lessive ou l'arrosage des cultures maraîchères est interdite.
- La qualité de l'eau souffre par un manque de protection au long des courses d'eau, utilisés entre autres comme des points de défécation. Si d'après les communautés, les bactéries sont emportées par l'eau courante, elles restent dans l'eau pendant les périodes sèches, ce qui entraîne de nombreuses maladies chez les enfants (bilharziose, paludisme, diarrhée, vomissement, mal au ventre et tremblement). Malgré ces perceptions, les communautés n'ont pas habitude de traiter de l'eau même pour les petits enfants. Les épisodes rares de traitement de l'eau ne durent que quelques jours suite à la sensibilisation du personnel de santé lors de la prise en charge de l'enfant pour une morbidité infantile. Ensuite, les parents reprennent leurs habitudes de non-traitement de l'eau qu'ils expliquent par un manque de temps et/ou une charge mentale qui priorise strictement les activités génératrices de revenu et/ou la recherche des aliments.
- Défécation à l'air libre est fréquemment pratiquée pendant que les espaces pour cette pratique ne sont pas toujours bien délimités. Il est important à noter que vue les pénuries d'eau dans le Lot 2, l'accès aux installations sanitaires n'est pas vu comme prioritaire. Dans certains endroits du Lot 4, les latrines sont disponibles mais pas utilisées comme les communautés ont avoué d'avoir construit une latrine par peur de recevoir une amende s'élevant jusqu'à 100.000 Ar, plutôt que par intérêt de l'utiliser. Dans les localités littorales, les communautés soulignent l'impossibilité de construire des latrines selon les consignes données à cause de terre sableuse (qui empêche le creusage des trous qui s'effondrent) et/ou la présence de l'eau à petite profondeur.
- Les avantages de l'hygiène au niveau sanitaire, temporel et économique bien perçus mais les pratiques d'hygiène sont souvent négligées par un manque de temps et/ou de matériel, comme l'eau, le savon (pas considéré comme un article d'achat prioritaire) ou la brosse à dents.

RÉSULTATS CLÉS GENRE

- Dans les communautés Antanosy, les hommes aident leurs épouses dans les tâches ménagères (chercher le bois de chauffe) et assistent aux soins des enfants. Par contre, pour les Antandroy, il est mal vu que les hommes s'impliquent dans ce type de tâches, typiquement réservées aux femmes. Les activités comme la préparation de repas, la lessive, la vaisselle ou la cueillette des brèdes au champ sont catégoriquement refusées aux hommes sauf si la femme est malade ou en repos.
- Charge de travail liée à l'augmentation de responsabilités économiques des femmes couplées aux soins des enfants, qui sont nombreux dans les ménages. Dans les ménages monoparentaux (Chef de ménage Femme) la charge de travail augmente exponentiellement comme les femmes assument toutes les responsabilités, ailleurs partagées entre un homme et une femme.

- Les femmes disent se sentir épuisées, surtout pendant la saison des pluies dû à leurs responsabilités aux champs. Quand elles se sentent fatiguées, elles n'arrivent pas à dormir car « *leur esprit s'envole partout, elles parlent toute seules* ». Alors que dans certaines localités, les femmes confirment une diminution de leur charge de travail depuis le début de *kéré* réduisant leur présence dans les champs, dans d'autres localités elles signalent une augmentation comme elles essaient de trouver des sources alternatives de revenu et/ou d'aliments. D'ailleurs, une diminution de la charge de travail ne se traduit pas automatiquement par un meilleur état physique et émotionnel comme les femmes se plaignent de l'augmentation de la fatigue (dû à l'insuffisance chronique des aliments) et du stress.
- Pouvoir de décision d'une femme est lié à ses capacités de générer des revenus ainsi qu'au nombre d'enfants vivants ou auxquels elle a donné naissance. Son pouvoir de décision augmente avec chaque nouvel enfant mis au monde et/ou le volume de ressources qu'elle est capable de générer. L'élevage (et la propriété) de bétail étant globalement le domaine des hommes, certaines femmes ont exprimé leur souhait de pouvoir une fois acheter un zébu avec leur propre argent et prouver à leur entourage leur persévérance et les capacités de gestion. De manière générale, dans les ménages Antanosy et/ou mixtes, le père et la mère prennent les décisions liées au ménage ensemble alors que chez les Antandroy, les décisions sont principalement prises par le père. Quel que soit l'ethnie, les hommes détiennent la responsabilité totale pour le financement des funérailles même si chez les Antanosy, les femmes peuvent participer à la prise de décision en donnant leur avis ou par une contribution économique.

- Sans demander l'autorisation au mari, les épouses peuvent acheter par elles-mêmes le riz, l'huile, le sel ou le café. Par contre, dû à la sécheresse et par conséquent aux difficultés financières associées des ménages, les femmes dans les communautés Antandroy ont signalé une perte de pouvoir décisionnaire même pour l'achat des aliments qui est maintenant entièrement contrôlé par les hommes.
- Dans la majorité des cas, les femmes peuvent vendre les poules, brèdes et d'autres cultures maraichères (tomates, citrouilles, petites pastèques, oignons) sans demander l'autorisation de l'époux. Par contre, certains maris, notamment dans les communautés Antandroy peuvent exiger que les femmes les consultent et/ou leur donnent un compte-rendu de leurs activités. *Pendant que certaines femmes acceptent que leurs maris contrôlent les ressources venant de leurs activités génératrices de revenu, d'autres estiment que le pouvoir de décision sur l'utilisation de leur revenu devrait leur appartenir, similairement au pouvoir de décision que les hommes détiennent sur la gestion de leurs ressources. Les femmes s'opposent particulièrement aux dépenses non profitables au ménage (alcool, maitresses, téléphone) que les hommes entament pour leur propre plaisir.*
- Les sources de revenu propre à la femme sont gérées par la femme directement. Pourtant, elle est attendue de faire le pot commun en cas des difficultés financières du ménage. *De manière générale, les femmes considèrent qu'elles ont suffisamment de pouvoir de décision et peuvent faire toutes les activités quotidiennes sans consulter leur époux mais elles sont quand même attendues d'en leur rendre compte, notamment de tout l'argent gagné, emprunté et dépensé.*
- Les groupes de soutien féminins ne sont pas aussi fréquents mais existent, notamment par l'initiative des ONG. Leurs activités sont appréciées pendant la mise en œuvre d'un projet mais cessent ou risquent de cesser peu après.
- L'accès à l'information n'est pas aisé parce que les moyens techniques (radio, télévision, internet, téléphone) manquent dans les ménages. Les campagnes d'information et de prévention ne sont pas assez fréquentes et, d'après les communautés, ils ne sont pas menés par des vrais techniciens qui pourraient inspirer l'appropriation des messages partagés.

CATÉGORISATION DES FACTEURS DE RISQUE

	Facteurs de risque	Lot 2		Lot 4	
		CC ¹⁷	IG ¹⁸	CC	IG
A	Faible accès aux centres de santé	++	++	+	+
B	Faible utilisation des services de santé	+	++	N/A	+
C	Faible espacement des naissances / Faible utilisation du planning familial	+++	+++	++	++
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 / Mariage précoce*	+	+++	+	++
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	Surcharge de travail des femmes	++	++	++	++
S	Faible pouvoir de décisions des femmes	++	++	N/A	+
T	Faible soutien social des femmes	+++	++	++	+

LOT 2

Quatre (4) facteurs de risque ont été identifiés comme ayant un impact majeur, douze (12) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et quatre (4) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque majeurs, deux ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence (faible accès aux revenus et faibles capacités de résilience), un facteur a été identifié dans le secteur de la santé (faible espacement de naissances/grossesses précoces, répétitives ou non-désirées) et un facteur dans le secteur de l'eau, assainissement et hygiène (accessibilité, disponibilité et qualité de l'eau au niveau de ménage).

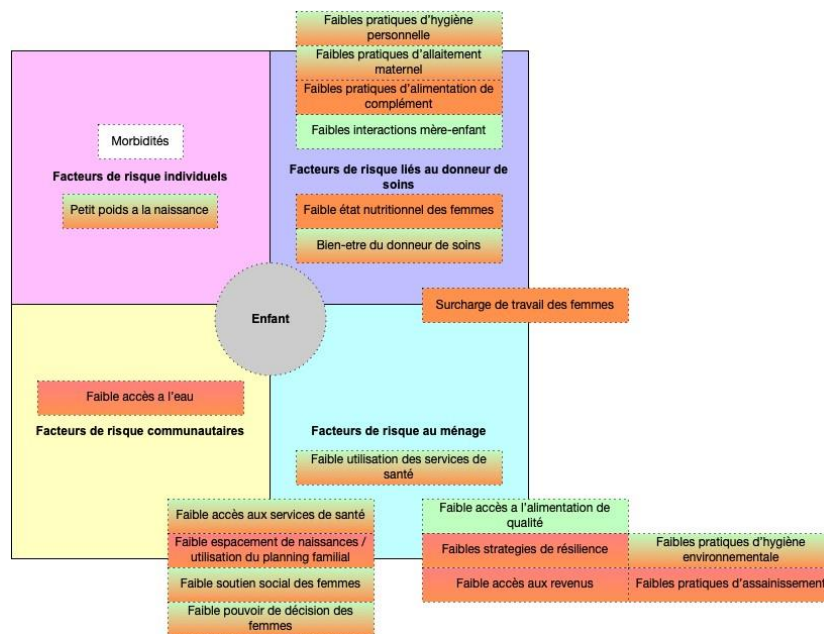
La catégorisation des facteurs de risque reflète la priorisation communautaire lors de laquelle l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de l'eau ainsi que l'espacement de naissances/faible utilisation du planning familial ont été catégorisés comme les facteurs de risque majeurs. Le dernier facteur majeur – le faible soutien des femmes – a été « dévalué » lors de la triangulation dû à un manque d'évidence quantitative. La catégorisation de certains facteurs de risque a été augmentée dû à la forte association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ou dans la revue des données secondaires. Parmi ces facteurs, le petit poids à la naissance, le faible état nutritionnel des femmes, les faibles pratiques d'allaitement maternel et/ou d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ainsi que les faibles pratiques d'assainissement et d'hygiène personnelle, alimentaire et environnementale ne reflètent pas la catégorisation communautaire (important vs. mineur). Par contre, d'après les communautés, les facteurs suivants devraient être considérés en deuxième priorité : le bien-être du donneur de soins, la surcharge de travail des femmes et le faible pouvoir de décision des femmes.

¹⁷ Catégorisation par les communautés : vert = facteur de risque mineur ; orange = facteur de risque important, rouge = facteur de risque majeur.

¹⁸ Interprétation globale.

Aucun (0) facteur de risque n'a été identifié comme ayant un impact majeur, huit (8) facteurs de risque ont été classés comme ayant un impact important et douze (12) facteurs de risque ont été considérés comme ayant un impact mineur. Parmi les facteurs de risque importants, deux ont été identifiés dans le secteur de la sécurité alimentaire et les moyens d'existence (faible accès aux revenus et faibles capacités de résilience), deux facteurs ont été identifiés dans le secteur de la santé (faible état nutritionnel des femmes et faible espacement de naissances/grossesses précoces, répétitives ou non-désirées), deux facteurs ont été identifiés dans le secteur de l'eau, assainissement et hygiène (faible accessibilité, disponibilité et qualité de l'eau au niveau de ménage et faibles pratiques d'assainissement) et un facteur a été identifié dans le secteur de santé mentale et pratiques de soins (faibles pratiques d'alimentation de complément) et dans le secteur de genre (surcharge de travail des femmes).

La catégorisation des facteurs de risque reflète, dans une grande part, la priorisation communautaire lors de laquelle l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de l'eau a été catégorisée comme le facteur de risque majeur et les faibles pratiques d'assainissement, la surcharge de travail des femmes et l'espacement de naissances/faible utilisation du planning familial ont été catégorisés comme les facteurs de risque importants. Un seul facteur majeur de la catégorisation communautaire – l'accessibilité, la disponibilité et la qualité de l'eau – a été « dévalué » lors de la triangulation dû à un manque de l'évidence quantitative. D'ailleurs, la catégorisation de certains facteurs de risque a été augmentée dû à la forte association avec la sous-nutrition dans la littérature scientifique ou dans la revue des données secondaires. Parmi ces facteurs, le faible état nutritionnel des femmes, les faibles pratiques d'alimentation de complément ainsi que les faibles stratégies de résilience ne reflètent pas la catégorisation communautaire (important vs. mineur).



RECOMMANDATIONS

LOT 2

Intégrer l'aspect genre dans les activités en cours et/ou planifiées, notamment en lien avec le soutien aux femmes et l'espacement de naissances, afin d'encourager un environnement familial et communautaire favorable aux pratiques de soins optimales. *Ceci pourrait comprendre le plaidoyer communautaire pour l'implication plus importante des hommes dans les soins d'enfants, la planification effective de naissances, la reconsidération du pouvoir de décision de femmes en lien avec les soins d'enfants ainsi que les échanges communautaires sur la facilitation de tâches féminines, par exemple l'introduction de charrettes pour le puisage de l'eau ou de foyers améliorés pour la préparation de repas;*

Intégrer l'aspect genre dans les activités en cours et/ou planifiées, notamment en lien avec la surcharge de travail des femmes et l'espacement de naissances, afin d'encourager un environnement familial et communautaire favorable aux pratiques de soins optimales. *Ceci pourrait comprendre les échanges communautaires sur la planification effective de naissances, la facilitation de tâches féminines et l'abus de substances;*

LOT 4

LOT 2

Offrir un cadre de soutien compréhensif aux ménages vulnérables pendant la période de 1000 jours, facilitant, entre d'autres, l'observation de repos après l'accouchement, l'accès au crédit au moment de choc au ménage, etc. Ceci pourrait comprendre les activités de coaching au niveau des ménages et/ou des individus visant à aider les ménages/personnes ciblés à adopter et à maintenir des comportements de garde d'enfants optimaux.¹⁹ *Ces activités devraient cibler principalement les femmes chef de ménage, les femmes dans les ménages avec peu de moyens financiers, dont l'état nutritionnel est compromis, les femmes ayant des difficultés à allaiter ainsi que les femmes avec les enfants récemment sevrés;*

Offrir un cadre de soutien compréhensif aux ménages vulnérables pendant la période de 1000 jours, facilitant, entre d'autres, l'observation de repos après l'accouchement, l'accès aux services de santé en cas de maladie, l'accès au crédit au moment de choc au ménage, etc. Ceci pourrait comprendre les activités de coaching au niveau des ménages et/ou des individus visant à aider les ménages/personnes ciblés à adopter et à maintenir des comportements de soins d'enfants optimaux, notamment en lien avec l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.¹⁹ *Ces activités devraient cibler principalement les femmes chef de ménage, notamment les jeunes femmes, les femmes dans les ménages avec peu de moyens financiers, dont l'état nutritionnel est compromis, ainsi que les femmes avec les complications médicales lors de la grossesse ou les femmes avec les enfants récemment sevrés;*

LOT 4

LOT 2

Intégrer les activités de promotion de santé mentale dans les activités en cours et/ou planifiées afin de permettre aux populations d'accéder aux informations pertinentes et/ou soins nécessaires. Ceci pourrait comprendre les séances de sensibilisation communautaire ainsi que le recours aux consultations individuels, notamment pendant la période de 1000 jours;

Faciliter les accouchements gratuits aux établissements de santé afin d'encourager l'utilisation de soins de santé pendant l'entièreté de la période de 1000 jours;

Renforcer les capacités de ménages dans la bonne gestion des ressources, notamment en lien avec la vente graduelle de récoltes pour pouvoir bénéficier des meilleurs prix et/ou l'achat/vente de bétail. Alternativement, introduire les communautés aux moyens alternatifs de l'épargne, par exemple les services bancaires mobiles;

Améliorer l'accès à l'eau en réhabilitant des points d'eau non-fonctionnels. Pour des raisons de durabilité, il serait pertinent d'engager les communautés dans toutes les étapes du projet et/ou de soutenir (techniquement et financièrement) des projets de réhabilitation dirigés par les communautés elles-mêmes afin d'assurer l'appropriation des œuvres et leur maintien à long terme. La même approche devrait être appliquée pour des initiatives visées à l'amélioration de l'hygiène d'environnement.

¹⁹ Cela peut se faire par le biais de réseaux existants d'agents de santé communautaire, de groupes de soutien de femmes ou d'autres mécanismes acceptés par la communauté, tout en veillant à ce que ces acteurs puissent fournir un mentorat personnalisé adapté aux besoins des personnes concernées.