

Immersion en Communauté

Madagascar 2007



Abbet Natacha
Guglielmi Gabriel

Boillat Olivier
Koka Avinash

Introduction : nos attentes.....	4
Caractéristique du pays.....	5
<i>Histoire et politique</i>	6
<i>Pauvreté</i>	8
<i>Démographie, quelques statistiques</i>	9
Le système de santé à Madagascar.....	10
<i>Bases légales</i>	10
<i>Organisation Hiérarchique</i>	10
<i>Organisation institutionnel</i>	11
<i>L'organisation des établissements de soins</i>	12
<i>Organisation des médicaments et des pharmacies</i>	13
<i>Organisation financière du système de santé</i>	13
<i>Quelques chiffres de l'OMS</i>	13
L'association : Action Sud Développement Durable	14
Arrivée à Mada.....	15
Aperçu des différentes ethnies	16
AMPITANAKA, Quelques informations générales	18
Arrivée au village	19
Contexte culturel d'Ampitanaka	20
<i>Fortune et Héritage</i>	21
<i>Mariages, familles et relation sociale</i>	22
<i>Autres rites perturbant la conception occidentale</i>	22
Nos activités au village.....	23
<i>Dispensaire, état des lieux</i>	24
<i>Activités des deux premiers jours</i>	25
<i>Barrière de la langue</i>	26
<i>3 jours seuls au dispensaire</i>	26
Autres activités.....	30
<i>Visite d'un malade en dehors du village</i>	30
<i>Les gens viennent en dernier recours</i>	31
<i>Médicament et traitement</i>	32
<i>Faibles connaissances de l'infirmier</i>	32

<i>Impuissance</i>	33
<i>Attitude des villageois</i>	33
Trajet Ampitanaka- Itampolo.....	35
Itampolo.....	35
<i>Dépistage du SIDA</i>	37
Conclusion	38

Introduction : nos attentes

Nous souhaitons partir à l'étranger pour découvrir une nouvelle culture, un système de soins différent et essayer d'apporter notre aide à des gens qui en avait besoin. Nous voulions que notre voyage soit une véritable aventure, une expérience de vie qui nous marquerait car c'était pour tous les quatre le premier voyage humanitaire dans le monde médical.

De fil en aiguille, nous avons contacté Mme Ramanisa, présidente de l'ASDDG (Action Sud pour le Développement Durable Genève), qui est active à Madagascar.

Mme Ramanisa nous a exposé le projet de son association et s'est montrée très positive quant à notre participation. En deux mots, son association a construit dans un village reculé du Sud de Madagascar une école, un dispensaire, une cantine et mis en place un apport d'électricité par panneau solaire. Elle nous proposait de fournir notre aide à l'infirmier pendant une durée de quelques semaines. Cette idée nous a beaucoup plu. Nous espérions être utile à l'infirmier et le soulager un peu de sa charge de travail en faisant quelques soins de base comme par exemple des pansements, des anamnèses et des piqûres et nous ne voulions surtout pas être des poids pour l'infirmier. L'observation du déroulement d'une consultation et la mise en parallèle avec nos appris nous intéressait.

Il n'y avait malheureusement pas de médecin dans le village mais Mme Ramanisa nous a expliqué que l'infirmier avait quasiment les mêmes tâches qu'un médecin : consultation, planning familiale, soins dentaires, petite chirurgie, accouchement. Cela nous a conforté dans notre idée de partir, espérant trouver un soignant très compétant avec un matériel de base, pouvant nous prendre en charge et nous donner plein d'informations cliniques. Nous nous imaginions déjà entrain de soigner des malades avec la représentation des médecins humanitaires qu'on voit dans certains reportages lors de crises humanitaires. Bref, on rêvait un peu... Nous nous sommes aussi beaucoup questionnés sur l'adéquation de nos compétences médicales avec les problèmes que l'on rencontrerait sur place et sur l'apport réel qu'aurait notre voyage sur la vie des habitants du village.

Nous ne voulions pas arriver les mains vides dans le village. Nous avons fait le tour de plusieurs pharmacies pour récolter des médicaments à donner sur place et emmener du matériel scolaire pour l'école. Le village ne possédant pas de moyens de communications, il a été difficile de savoir quels types de médicaments l'infirmier avait besoin. Nous avons donc emporté un large choix passant du paracétamol aux antihypertenseurs.

L'arrivée à Madagascar, le trajet jusqu'au village et la présentation aux villageois par une personne contact avaient été bien organisés depuis la Suisse et tout était prêt pour notre départ.

Caractéristique du pays

Madagascar se situe dans l'océan indien, c'est la quatrième plus grande île du monde. Sa superficie atteint 587 000 km². La capitale, Antananarivo ou plus communément appelé Tana abrite la plus grande concentration d'habitants au mètre carré. Le reste de la population se partage les terres, dispatché dans des petits villages ou les quelques « grandes » villes qui restent. La densité moyenne est de 31 habitants /m².

Depuis le 26 juin 1960, journée de l'Indépendance, l'île est devenue une république démocratique, avec aujourd'hui pour président, Marc Ravalomanana.

La nouvelle monnaie, instaurée en 2005, l'ariary, remplace officiellement le franc malgache. Mais la population, n'étant pas encore habituée à ce changement, considère toujours l'ancienne monnaie.

La langue est le malgache avec une multitude de dialectes selon les régions. D'ailleurs les gens provenant de la capitale ont beaucoup de peine à comprendre le langage des communautés provinciales et vice versa.

Au niveau de la religion, les catholiques et les protestants sont à peu près à égalité. Ils représentent environ 40 % de la population. Les premiers se répartissent dans les Hautes Terres et les derniers se retrouvent plutôt le long des côtes. La communauté musulmane représente 7%. Mais la moitié des malgaches reste fidèle au culte des ancêtres. Ceci étant un rite traditionnel, les chrétiens le pratiquent également.

On compte 17 millions d'habitants à Madagascar. Ceux-ci se répartissent en dix-huit ethnies se partageant les terres, que l'on divise plus communément en Hautes Terres, Côte Ouest et Côte Est. La dix-neuvième « tribu » est considérée par les Malgaches comme Vazaha, c'est-à-dire les Blancs. Le territoire des différentes ethnies correspond à d'anciens royaumes plutôt qu'à des caractéristiques ethniques.

Histoire et politique :

Les premiers peuples à prendre possession de l'île sont venus d'Indonésie et de Malaisie. Une grande partie de la population actuelle descend de ces premiers occupants. Puis des tribus africaines, traversèrent le canal de Mozambique pour se rendre sur Madagascar. C'est pourquoi la culture malgache est un mélange de ces deux cultures. Les Asiatiques apportèrent avec eux la culture du riz et les Africains, l'élevage de zébu ou encore le port du « lamba », vêtement traditionnel. Les groupes ethniques qui soudent aujourd'hui la grande île ont émergé de cette double influence au fil des siècles.

Puis en 1500 après J-C., les premiers navigateurs Européens ont débarqué. D'abord les Portugais, puis les Hollandais et les Britanniques tentèrent de maintenir certains postes, fournissant ainsi une escale pour les grands voyages vers l'Asie. Finalement ce sont les Français qui réussirent le mieux à s'y implanter. Mais ils ne s'installèrent pas longtemps, préférant s'implanter sur la Réunion et l'île Maurice. Pendant des siècles, les côtes de Madagascar furent utilisées par les pirates et autres forbans.

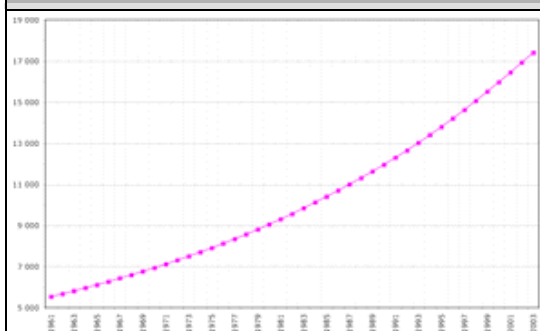
Au XVI siècle, les grands groupes ethniques malgaches se forment. Les Merina, vivant dans les Hautes Terre, deviennent le groupe dominant. Le royaume mérina de Radama Ier s'étend rapidement à travers l'île. Il privilégie le commerce avec la Grande-Bretagne et signe un traité interdisant le commerce des esclaves. Ainsi Madagascar peut s'ouvrir au monde et accueille des missions diverses, tout en construisant les premières routes et manufactures. C'est en 1828, que meurt Radama Ier. Sa veuve, Ravalona Ire monte sur le trône. Celle-ci adopte une politique inverse de celle de son mari. Elle expulse les étrangers et les missionnaires, elle déclare la guerre à la religion chrétienne, elle ferme tout commerce avec l'extérieur, etc. C'est son fils qui rétablira tout cela. Pendant ce temps, la France avance ses troupes sur l'île et marche vers Antananarivo. Le 6 août 1896, Madagascar devient officiellement une colonie française. Les Français permettent le développement des transports, des infrastructures, de l'éducation et de l'économie. Le français fait office de langue nationale. Mais les impôts furent contraignants. La tension monte gentiment, les grèves et manifestations se multiplient jusqu'à l'insurrection de mars 1947. La répression de tout ceci coûtera la vie à 80 000 personnes. Le 26 juin 1960 est la date de la proclamation de l'indépendance de Madagascar. C'est Philibert Tsiranana qui devient le premier président du pays. Celui-ci autorise les Français à conserver leurs bases militaires ainsi qu'à garder le contrôle des institutions commerciales et financières. L'économie baisse et après des manifestations antigouvernementales de grande ampleur, Tsiranana finit par démissionner. En 1972, Didier

Ratsiraka prend la tête du pays, qu'il engage dans la voie du socialisme révolutionnaire. Mettant un terme à la coopération avec les Français, il provoque leur départ de l'île et noue des liens avec les pays communistes. Madagascar ressemble petit à petit à une république marxiste. La France emporte avec elle le savoir-faire technique dont le pays aurait besoin. L'économie s'affaiblit, la production des principales exportations stagne. En 1981, la dette nationale est excessive. En 1989, Rastiraka est réélu dans un climat d'émeute. Au début de l'année 1991, des milliers de citoyens manifeste pour que le président soit destitué. Contraint et forcé, le président accepte la révision de la Constitution. Mais la population n'a plus confiance en lui et décide de continuer les manifestations. Jusqu'au 10 août 1991, où des manifestants se font tuer par la garde présidentielle. C'est à partir de là que s'instaure la IIIe République, limitant les pouvoirs du président. Les présidents se succèdent pendant que la dette extérieure augmente. Il devient difficile pour eux de gagner la confiance des Malgaches. En 1997, Ratsiraka reprend la tête du pouvoir, avec des pensées économiques plus libérales. Madagascar s'ouvre sur le monde. Les investisseurs étrangers arrivent, profitant d'une main-d'œuvre peu chère. Six gouverneurs sont élus, le pays se réorganise. Mais Madagascar n'est pas sorti d'affaire : pauvreté, corruption, défaillance de l'Etat, recours systématique à l'aide internationale, sont des problèmes urgents auxquels le pays doit faire face. Finalement Rastiraka s'oppose à Marc Ravalomanana (maire d'Antananarivo) pour les élections présidentielles de 2001. Leur « duel » constituera l'un des épisodes les plus importants de l'histoire depuis la déclaration de l'Indépendance. Ravalomanana conteste les résultats du premier tour et appelle à la grève générale. En 2002, Ravalomanana s'autoproclame président et le pays se scinde en deux. D'un côté, la capitale et les forces du « président », de l'autre, les partisans de Rastiraka à Tamatave (1^{er} grand port de Madagascar), qui tentent d'étouffer Tananarive en imposant des barrages routiers. On est au bord de la guerre civile. En juin 2002, Marc Ravalomanana est reconnu président et Rastiraka s'exile en France. Ravalomanana met en place sa politique, notamment dans le domaine de la rénovation des routes. Mais la dévaluation de la monnaie nationale et l'inflation restent de gros problèmes dans le pays. Les relations avec la France se sont refroidies, car celle-ci a mis du temps à reconnaître le nouveau président et a accueilli Didier Rastiraka. Ravalomanana s'est alors tourné vers les anglo-saxons. La nouvelle équipe du président a réussi à redonner un peu d'espoir au peuple.

Pauvreté

A Madagascar la pauvreté est bien là. 71 % des Malgaches vivent en dessous du seuil de pauvreté. 6% des ménages seulement ont l'eau courante. La population connaît depuis cinq décennies une dégradation dramatique de ses conditions de vie. D'autres problèmes liés à la pauvreté sont les feux de brousse et le « tavy » (cultures sur brûlis), qui détruisent la forêt. Il reste environ 15% de forêt sur le sol de l'île. Les effets se font ressentir : épuisement des sols, disparitions des espèces, modification climatique, etc. La pauvreté, l'augmentation démographique et l'exploitation incontrôlée aggravent le processus. Les paysans sont souvent tenus pour responsables car ils brûlent les herbes et les arbres qui ne sont pas mangés par le bétail pour les remplacer par une « nourriture meilleure ». Et pour un pays non industrialisé, la désertification réduit l'espoir d'un développement agricole. Avec l'appauvrissement du pays, les organisations d'aide ont progressivement occupé une place toujours plus importante. On compte plus de 600 organismes humanitaires sur l'île. C'est l'un des pays les plus aidés au monde.



Démographie, quelques statistiques**Structure de la population de Madagascar**

Évolution démographique

Population	18 595 469 habitants
Densité de la population	31,7 hab./km ²
Taux de croissance de la population	3,03 %
Âge médian (population totale)	17,5 ans
- Hommes	17,3 ans
- Femmes	17,7 ans
Structure par âge	
- 0-14 ans	44,8 %
- 15-64 ans	52,2 %
- 65 ans et plus	3,0 %
Rapport de masculinité (population totale)	0,99 homme/femme
- À la naissance	1,03 homme/femme
- Moins de 15 ans	1,00 homme/femme
- 15-64 ans	0,98 homme/femme
- 65 ans et plus	0,82 homme/femme
Part de la population urbaine	26,8 %
Sources: The World Factbook, CIA ^{LI} , ONU ^{LI} , FAO	

Natalité

Taux brut de natalité	41,41 ‰
Indice synthétique de fécondité	5,62 enfant(s)/femme

Source: The World Factbook, CIA^{LI}**Autres indicateurs sociaux**

en ...

Taux d'alphabétisation (population totale)	68,9 %
- Hommes	75,5 %
- Femmes	62,5 %
Nombre moyen d'années passées à l'école	6 ans
Taux de séropositivité au VIH/SIDA (chez les adultes)	1,7 %
Taux d'accès à l'eau potable	45 %
Taux de chômage	5 %

Mortalité	
Taux brut de mortalité	11,11 ‰
Taux de mortalité infantile (<i>population totale</i>)	75,21 ‰
- Hommes	83,34 ‰
- Femmes	66,84 ‰
Espérance de vie à la naissance (<i>population totale</i>)	57,34 ans
- Hommes	54,93 ans
- Femmes	59,82 ans
Source: <i>The World Factbook, CIA</i>	

Migration et composition culturelle	
Taux de migration nette	0 ‰
Composition ethnique	
- Malais-Indonésiens	
(Merina et Betsileo)	
- Tanindrana	
- Français	
- Indiens	
- Créoles	
- Comoriens	
Religions	
- Croyances indigènes	52 %
- Christianisme	41 %
- Islam	7 %
Composition	

Le système de santé à Madagascar

Les informations ci-dessous sont, en parties, basées et tirées du document « Politique National de Santé », rédigé par le Ministère de la santé de Madagascar. Ce dernier fait une analyse rétrospective et objective du système dans sa totalité, et propose des solutions d'amélioration sur les problèmes découverts.

Bases légales

La législation sanitaire de Madagascar, sur lequel est basé tout le système de santé, date de 1962, avec en plus divers décrets et amendements plus récents.

Organisation Hiérarchique

Le ministre de la santé supervise tout le système, avec l'aide de son vice-ministre. Sous les ordres du vice-ministre se trouve un secrétaire général, l'administrateur vrai du système. Sous

ses ordres se regroupent différents départements traitant des divers domaines de la santé (maladies transmissibles, non-transmissibles, planning familial, VIH/SIDA, etc...).

En ce qui concerne le personnel de santé tels que médecins et infirmiers, nous citons, ci-dessous, un paragraphe tiré du PNS qui résume bien les problèmes actuelles :

« La gestion du personnel de santé est caractérisée par :

- l'absence d'une politique de l'emploi assurant l'adéquation entre la formation et les besoins ; il en résulte des écarts importants entre les profils des postes et ceux des titulaires. Cette situation est aggravée par l'absence de description appropriée de postes à tous les niveaux ;
- la gestion trop centralisée du personnel ne permettant pas de prendre les mesures adaptées aux réalités de terrain ;
- l'absence de plans de carrière rigoureusement suivis avec des procédures rationnelles de promotion, de sanction et de récompense ;
- l'insuffisance de la motivation du personnel liée à la base des salaires en termes réels, aux carences de la formation continue et de la supervision, et à l'insuffisance des moyens de travail ;
- la répartition inéquitable du personnel entre les zones rurales et urbaines, entre les différentes régions géographiques et entre les différentes catégories d'institutions de santé. A cet égard, les personnels de santé exercent une forte pression pour travailler en zone urbaine et en particulier en capitale ;
- et l'absence de normes détaillées en personnels.

Le personnel de santé à Madagascar a une moyenne d'âge élevée (environ 50 ans pour ceux qui servent dans la Fonction publique), rendant difficile le redéploiement du personnel et une formation continue adaptée aux réformes en cours. »

Organisation institutionnel

- Le niveau central, composé par le Ministère de la Santé, du Planning Familial et de la Prévention Social ; Il est en charge de la gestion globale du système. De plus, c'est l'organe clé en matière de politique de santé et de la coordination national du système.
- Le niveau régional : le pays est divisé en 6 régions, chacune étant sous la responsabilité d'une « Direction Régionale de la santé ». Cet organe est chargé de gérer les différents districts qui sont sous sa responsabilité, en termes technique et administratif.

- Le niveau périphérique : Chaque région est subdivisée en plusieurs « districts », et ces derniers sont les unités fonctionnelles clés du système.
- Le niveau communautaire : le niveau le plus périphérique, le plus proche de la population locale. Est composé des structures sanitaires de base.

L'organisation des établissements de soins

Il existe toute une classification des institutions basée sur des critères tel que l'étendu des prestations fournies, le nombre de pièces et la situation géographique de l'établissement, dont voici quelques exemples :

-CSB I: Les centres de santé de base, niveau I, sont les plus petits établissements du système.

Les critères de qualification de CSB I sont :

- Géré par un infirmier, et/ou une sage-femme (chef de poste)
- Avoir au minimum 3 pièces, dont une salle de consultation, un bureau et une pharmacie.
- Prodiguer les soins de première nécessité.

- CSB II : en plus des critères d'un CSB I, il faut :

- Pouvoir faire des accouchements
- Avoir une salle de plus, comme salle d'accouchement et de repos post-accouchement
- Etre géré par un médecin, avec une infirmière et éventuellement un dentiste.

Ainsi de suite, les prestations augmentant, on passe graduellement des CSB aux CHD (centres hospitaliers de districts), puis des CHR (centres hospitaliers de régions) et enfin aux CHU (centres hospitaliers universitaires) et des établissements spécialisés.

Il est intéressant de noter les observations suivantes tirées du PNS :

« Les principales observations que l'on peut faire à propos de l'ensemble du réseau hospitalier national sont leur faible utilisation, la mauvaise qualité des soins, la défaillance de l'hygiène hospitalière, la mauvaise gestion, l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel, la vétusté des infrastructures et des équipements, la faible disponibilité en médicaments essentiels fournis par l'Etat qui ne couvrent, en général, qu'en moyenne les 20% des besoins annuels et l'insuffisance du budget de fonctionnement alloué par l'Etat. »

Organisation des médicaments et des pharmacies

La gestion des médicaments sur le plan national est faite par le « Centrale d'Achats de médicaments essentiels et consommables médicaux, ou SALAMA ». Ces médicaments sont ensuite distribués aux « Pharmacies de gros des Districts », les Pha.G.Dis. Tous les établissements de santé du district s'y approvisionnent. Le système de recouvrement de coût consiste à faire payer les médicaments par le patient, mais à un coût très bas. Ceci permet aux Pha.G.Dis d'avoir un fond propre pour une partielle autogestion.

Organisation financière du système de santé

Le secteur de la santé est financé par deux acteurs principaux :

- le gouvernement, qui alloue une partie de son budget annuel au département de la santé ;
- et l'aide internationale, qui joue un rôle très important dans le budget global de ce secteur.

Quelques chiffres de l'OMS

- *En 2004, les dépenses totales du gouvernement consacrées à la santé par habitant ont été de 4.3 US \$.*
- *La densité de médecin pour 1000 habitants est de 0.29.*
- *La densité de pharmaciens pour 1000 habitants est de 0.01.*
- *Le taux de femmes enceintes HIV positive recevant un traitement antirétroviral combiné (ARV) est de moins de 1%.*
- *Le taux de personne avec une infection HIV avancée recevant un traitement antirétroviral est de 1%.*
- *Le nombre de cas de poliomyélites confirmé en 2006 a été de 0.*
- *Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans en sous poids est de 36.8%.*
- *La prévalence de l'obésité chez les adultes est de 1%.*
- *La prévalence de l'utilisation de préservatifs par les 15-24 ans à risque sexuel élevé est de 12%.*

L'association : Action Sud Développement Durable

Petite association travaillant dans l'optique du développement durable dans les régions enclavées du sud de Madagascar. Ces régions sont dépourvues de soutien gouvernemental. L'antenne genevoise de l'association est présidée par Mme Beby Ramanisa, professeur du collège Rousseau. D'origine malgache, cette femme se bat depuis plus de 5ans pour améliorer sensiblement la qualité de vie dans de nombreux villages.

L'antenne malgache de l'association, ASDD Antananarivo, est présidée par Dr. Isabelle Ramanisa, permettant ainsi un suivi régulier des différents projets. ASDD collabore également avec de nombreuses ONG et associations locales.

Dans le village d'Ampitanaka, l'ASDD a fait construire une école pour des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans, et un dispensaire. Les instituteurs et le personnel médical ont été fournis par le gouvernement. Au sein des villages ont également été créés différents comités chargés de gérer les différents aspects de la vie pratique comme l'électricité et l'eau, par exemple.

Il faut également souligner que l'ASDD est reconnu et soutenu par le gouvernement malgache. Ce n'est qu'après l'intervention de Mme Ramanisa auprès du ministre de la santé et le don de graines d'artémisia que l'état malgache a décidé d'en faire une vaste culture.

Afin de rendre les villageois indépendants et autonomes financièrement, l'ASDD a créé une caisse populaire qui est un système de mini-crédit. En effet, les villageois peuvent emprunter de l'argent pour des achats (nouvelle charrette, etc.) ou lors de frais de santé (maladie). D'autres réalisations, comme un atelier de couture pour les femmes, l'installation de panneaux solaires pour avoir de l'électricité et la mise en place d'un poulailler commun sont également attribuables à l'association! Chaque activité de l'association est gérée par un comité composé de trois personnes du village.

Arrivée à Mada

23h10, nous arrivons à l'aéroport d'Antananarivo après une dizaine d'heures de vol. Richard, le frère de Beby et une voiture nous attendent pour nous emmener dans la maison de Beby Ramanisa pour y passer la nuit avant de partir pour Ampitanaka dans le Sud. Il est difficile de s'imaginer à quoi ressemble cette ville gigantesque de 2 millions d'habitants. Nous comptons



en francs suisses, nous avons pris des euros pour le change, la nouvelle monnaie s'appelle l'ariary mais les malgaches comptent encore avec l'ancienne monnaie, le franc malgache... A l'arrivée, pas facile de s'y retrouver avec toutes ces différentes devises ! A la maison, un petit comité nous accueille chaleureusement : Isabelle, la femme de Richard ; Nono, le frère de Beby ;



Ieri, le chauffeur ainsi que quelques autres personnes de la famille. Ils sont très contents que l'on soit venu leur donner un coup de main. Malgré la fatigue et l'heure tardive, nous devons préparer notre départ pour Ampitanaka. Après quelques heures de discussion et de bonnes rigolades, tout est arrangé. Le départ est fixé au surlendemain. Nous prévoyons la journée du lendemain pour acheter

des provisions. En effet, le village étant complètement isolé nous devons prendre nourriture et eau pour toute la durée du stage à Ampitanaka. Nous partons donc en expédition avec toute l'équipe dans un marché à la périphérie de Tananarive. C'est le premier contact avec les rues de la capitale et déjà on observe la pauvreté partout : premier choc de Madagascar. La présence de nos amis malgaches nous aide à nous sentir plus à l'aise dans ce milieu qui nous

est encore totalement étranger ! Après avoir rempli le coffre d'une multitude de provisions (légumes, riz, huile, boîtes de conserve, biscuits, papier hygiénique...), nous nous dirigeons vers le centre pour acheter les dernières choses que nous n'avons pas encore trouvées. Pour l'eau, nous avons emmené un filtre biochimique. Après un bon repas pris tous ensemble dans un restaurant local, nous retournons à la maison. Isabelle nous explique en quelques mots le mode de fonctionnement du système de santé malgache (voir plus haut) et nous indique un peu plus clairement les possibilités qui nous sont offertes à Ampitanaka. Quasiment tous les soins nous sont ouverts (arrachage de dents, accouchement, piqûre, etc.) et elle insiste pour que nous n'hésitions pas à essayer.

Nono, le frère de Richard et de Beby, sera notre guide-interprète pendant notre stage. En effet, il parle parfaitement le français et connaît très bien le village et ses habitants. C'est donc lui qui nous présentera aux villageois et nous traduira les entrevues avec les patients si ceux-ci ne parlent pas français. Pour relier les 1000 km jusqu'au village, il nous faudra environ 4-5 jours à raison de 8h par jour en 4x4. (Mauvaise surprise, la location de voiture est extrêmement cher à Madagascar.)

Ce trajet a été vraiment fabuleux. Nous avons vu plein de paysages magnifiques, beaucoup discuté avec notre guide Nono qui, de par sa formation d'historien, nous a appris énormément de choses sur Madagascar et la vie des Malgaches. Cette semaine de voyage nous a permis de nous acclimater à la vie, au climat et à la nourriture avant de commencer notre stage à Ampitanaka.

Aperçu des différentes ethnies

Madagascar accueille ses premiers habitants tard dans l'histoire, il y a environ deux mille ans de ça. Des mélanges d'indonésiens, d'africains et d'arabes ont formé une mosaïque de nombreuses ethnies sur toute la grande île : les *Merina* (dit mer'n) sur les hauts plateaux du centre, les *Betsileo* plus au sud, les *Vezo* sur les côtes, les *Mahafaly* (dit ma'fal) au fin fond du sud ont des types qui passent de l'indonésien à l'africain. Chaque ethnie a son dialecte qui change suffisamment pour que ceux des plateaux ne comprennent plus ceux des côtes.

Un autre élément qui distingue les ethnies l'une de l'autre est l'existence de *Fady*, des coutumes qui varient de village en village, ce qui en rends difficile l'application par les étrangers (il faut bien s'informer des fady en vigueur dans chaque village pour éviter les problèmes). Ce mot malgache veut dire à la fois interdit, tabou, obligation et lois. Il s'agit

d'actes qu'il ne faut pas faire pour éviter une malédiction ou une amende à payer en viande de zébu.

Au premier abord les Fady apparaissent à des esprits occidentaux comme des superstitions et des coutumes bizarres, mais il faut bien comprendre que les Malgaches les suivent aussi strictement, voir plus, que s'il s'agissait de lois pour nous. Il est même arrivé qu'on brûle la maison d'un étranger qui avait violé un fady pour s'en moquer ; il s'agissait ici de l'interdiction d'apporter des oranges au sein du village. L'ONG a même fait les frais de ces interdictions en construisant des toilettes pour le village alors qu'il est interdit de mettre sous terre une partie de son corps que ce soit les cheveux, les ongles ou les déjections. Grâce à ce fady les toilettes sont restées immaculées, à notre grand bonheur... Dans d'autres villages il est interdit de manger du porc ou de la chèvre, de fumer des cigarettes, etc.

Ne pensez pas que les fady soient tous aussi anodins que le bannissement de certaines nourritures, ils ont parfois des conséquences dramatiques ; un fady très répandu frappe la naissance de jumeaux, considérée comme une malédiction. Pour s'en protéger il faut se débarrasser du second enfant...

Les fady ne sont qu'un élément de la culture malgache. D'autres coutumes la caractérisent, la plus importante étant celle qui concerne le rapport avec les morts. Le culte des ancêtres est très important et se retrouve chez toutes les ethnies : en deux mots les défunts devenus ancêtres font le lien entre Dieu et les vivants. Les rites funéraires tiennent une grande place dans la vie sociale des Malgaches mais, comme les fady, chaque ethnie a les siens. Les Sakalava brûlent le lieu de décès du disparu, les Mahafaly eux brûlent sa maison quel que soit le lieu de la mort. Un autre rituel récurant consiste à exhumer périodiquement les corps pour les faire « respirer » et changer leur linceul. Les types de sépulture sont aussi très différents : sous un tas de pierre ou dans un tombeau gigantesque et plus élaboré, perché dans une grotte inaccessible en pleine montagne, protégé des pilleurs, ou caché au fin fond d'une forêt pour que l'esprit du mort ne retrouve pas la route du village.

AMPITANAKA, Quelques informations générales

Ampitanaka est un village de 600 habitants situé dans le district de Tuléar, au Sud Ouest de Madagascar : une des régions les plus pauvres du pays. Il se trouve à 45 km d'Ejeda, la « ville » la plus proche. Une piste praticable uniquement en charrette à zébu et en 4x4 les relie. Il n'y a ni eau courante, ni réseau téléphonique, ni radio, ni véhicule motorisé et peu d'électricité (quelques panneaux solaires). Un bus sort Ampitanaka de son isolement une fois par semaine lorsqu'il vient vendre quelques provisions (bière, rhum, biscuits, etc.). Un marché se tient tous les mercredis au centre du village où l'on peut acheter des produits de base : maïs, zébu, vêtement, etc. La majorité des habitants sont agriculteurs.

Pendant les mois d'été (octobre à mars), le temps est très sec. En temps normal, il ne pleut pas pendant plusieurs mois et le village connaît alors de fortes sécheresses. L'eau et la nourriture viennent alors à manquer : c'est la famine. En hiver, la journée est chaude mais la nuit, la température descend parfois très bas.

Le village est géré par un comité avec un président. C'est ce comité qui tranche lors de litiges ou autres décisions lié a la vie communautaire.



Arrivée au village

Nous arrivons au village d'Ampitanaka de nuit. Comme nous sommes de l'autre côté de l'équateur, c'est l'hiver et il fait nuit à 18h. Tout est sombre, il n'y a ni lampes allumées, ni feu de camp, seules les étoiles sont là pour nous éclairer.



Nous nous imaginions être accueillis par des dizaines d'enfants au regard interrogateur, dansants et rigolants. Mais l'ambiance était bien différente... Deux personnes viennent à notre rencontre, c'est Avassoua, responsable local de l'association, et sa femme, Pesline. Ils nous apprennent que personne ne les a prévenus de notre arrivée.

Avassoua nous montre les chambres où nous pouvons nous installer. La première qu'il nous fait découvrir est déjà habitée par une famille...de cafards et un petit serpent. Quelle bonne surprise !!!

Au vu des circonstances : délabrements des «chambres» (avec cafard et compagnie), accueil pas très sympathique et fatigue d'une journée de 12h de 4x4 sur des pistes, notre unique envie sur le moment : déguerpir ! Le fait d'arriver dans un lieu inconnu, chez des gens d'une autre culture, et avec toutes sortes de bêtes dont on n'a pas l'habitude a suscité certaines appréhensions et questions.

Finalement, nous prenons notre courage à deux mains et espérons que le lendemain, lorsqu'il fera jour, il nous sera plus facile de repérer les lieux et faire connaissance avec les villageois afin de nous faire une meilleure idée de ce qui nous semble être un « trou perdu »! Dans le bâtiment construit en ciment par l'association (3 «pièces» utilisées maintenant comme dépôt) pour les visiteurs, nous adoptons la « chambre » la plus correcte qui se situe juste à côté du dépôt de maïs. Après avoir vidé et balayé la poussière dans la pièce, nous installons nos matelas gonflables qui nous ont servi de lit pendant notre séjour dans le village. Les moustiquaires nous servaient surtout à éviter que les cafards nous grimpent dessus pendant la nuit.

Un peu plus tard dans la soirée, une fois notre campement installé et bien à l'abri sous nos moustiquaires, nous avons beaucoup rigolé de cette situation et cela nous a permis de

dédramatiser. Faire ce voyage à quatre nous a permis de nous soutenir et de parler de ce que l'on ressentait.

Il y a un peu d'électricité car le village a reçu d'une association des panneaux solaires. Mais notre habitation, la cantine et le dispensaire sont les seuls éclairés. Une unique ampoule accrochée au coin d'un mur émet une faible lumière. Malgré tout, cela reste pratique quand l'on sait que le soleil se couche vers 17h30. Le toit est en tôle. La nuit nous avons très froid, il fait env. 5 degrés. Nous avons tous pris un seul pull-over, qui est devenu notre meilleur ami durant notre séjour à Ampitanaka.

« En dégageant le chemin non balisé pour atteindre un point de vu sur la colline d'Ampitanaka, je me suis enfilé une énorme écharde dans le pouce de la main droite. Détail à considérer, car après vingt bonne minute d'essai maladroit avec la gauche, je me suis adressé à Nono, notre guide malgache. Lui expliquant l'utilité du Merfen©, il m'a approché le doigt avec une aiguille de dix cm de long et d'un diamètre digne d'une « aiguille rose » de dilution (voir cours CC). Pendant que Nono me triturait avec peu de réussite, un nouvel assistant a rejoint l'équipe ; le sorcier. Celui-ci, habillé de son pagne qui depuis notre arrivée n'a ni changé de couleur ni de modèle, sortit de nulle part une pince gigantesque avec des bords à angles aigus. Après avoir consciencieusement désinfecté l'engin, les deux presbytes très concentrés tentaient d'enlever la branche de mon pouce avec des approximations de quelques millimètres qui sur un pouce en semblait beaucoup plus. Ecartant la fente produite par les agresseurs végétale et humains, Nono réussit à m'enlever le corps étranger avec une satisfaction qui était loin d'être aussi grande que la mienne. » Gabriel

Contexte culturel d'Ampitanaka

Le village où nous avons fait notre stage se situe dans le territoire de l'ethnie Mahafaly. Nous allons essayer de décrire les coutumes qui leur sont propres. Ces différents sous chapitres permettront au lecteur d'avoir une vision globale de la culture d'Ampitanaka.

Fortune et Héritage

Les Mahafaly ont encore des conceptions qui sont pour nous archaïques. Bien qu'ils connaissent le concept de l'argent et qu'ils l'utilisent dans leurs échanges commerciaux, les billets de banque n'ont pas de valeur en tant que tel, ce qui explique qu'ils n'aient pas de notion d'épargne et qu'ils préfèrent stocker du maïs, des poules, des chèvres. D'ailleurs la richesse d'une personne se calcule au nombre de ses zébus et non pas à l'épaisseur de sa liasse. Ce qui explique peut-être une propension à dépenser le liquide tant qu'ils en ont en main sans penser au repas du lendemain. Rappelons que la violation de certains fady est punie par le sacrifice d'un gros zébu noir et non pas d'une amende en argent comptant.

On reconnaît les plus riches villageois à leur grand troupeau de zébu et non pas à leur qualité de vie. Ils vivent aussi « misérablement » que les autres dans des cabanes en bois, vêtus d'une simple couverture appelée *lamba* et pieds nus.

Et pourtant ce capital bovin n'est pas transmis à la descendance, car tout héritage est exclu dans la culture des Mahafaly. Toute la fortune est utilisée pour financer le gigantesque tombeau et la fête en l'honneur du mort où tout le village est invité : toute une vie de contemplation de leur richesse pour que celle-ci soit dépensée dans sa totalité, dans un monumental tombeau et une orgie protéinée pouvant durer jusqu'à une semaine, sans oublier que la maison du défunt est brûlée !

Cette tradition qui consiste à dépenser plus à pour la mort que pendant la vie peut nous paraître absolument aberrante mais elle est tout à fait logique dans leur esprit car comme ils le disent volontiers : « On est plus longtemps mort que vivant. ».

Pour en revenir à la fête d'adieu, où tous les zébus restants sont mangés, elle ne se déroule qu'un an après le décès. Une fois le corps momifié durant cette année dans la maison du mort, on le sort, on nettoie les os et on danse autour de lui en son honneur. C'est aussi à ce moment là qu'on brûle la maison.

Mariages, familles et relation sociale

Le plus surprenant, à l'occasion de la fête pour le mort, reste la tradition des nuits libres qui permet aux femmes d'avoir des relations avec d'autres hommes que leur mari. Les lois du village protègent même ces femmes et leurs amants des représailles des maris légitimes.

Il est difficile de comprendre le rôle social d'une pareille tradition qui engendre de graves tensions entre les membres de la communauté et au sein du noyau familial, sans oublier les risques pour la santé lié à ces échanges de partenaires. Mais dans une communauté où la polygamie est de rigueur c'est une façon efficace d'assurer aux femmes, délaissées par leur mari à cause de la « concurrence », la possibilité de s'en trouver un autre. On peut aussi penser qu'un homme traitera mieux sa femme sachant qu'il risque de la trouver dans les bras d'un autre au prochain décès d'un riche villageois s'il la rend malheureuse.

Malgré tout, la femme est considérée, comme dans beaucoup de sociétés archaïques comme un bien plutôt que comme une personne. Elle est souvent mariée par ses parents sans qu'elle ait son mot à dire, parfois dès l'âge de dix/onze ans. Il arrive encore que la femme ne soit même pas donnée en mariage mais qu'elle soit « louée » à l'année par ses parents contre quelques zébus. Il n'est pas rare que l'année écoulée elle revienne enceinte ou déjà mère.

Autres rites perturbant la conception occidentale

Nous avons été confrontés à d'autres coutumes déroutantes, telle que celle qui veut que ce soit l'acte de voler un zébu qui permette à un garçon de devenir un homme. Il en découle aussi que le fait d'être arrêté et emprisonné rend la personne admirable aux yeux de ses semblables. Il nous est aussi arrivé de commettre des erreurs comme d'uriner contre un arbre à l'extérieur du village lors d'une promenade, arbre qui s'est avéré sacré...

Nos activités au village

Pesée des enfants

Nous sommes vite réveillés par les nombreuses poules et chèvres qui se promènent autour de notre baraquement. Nous avons rendez-vous à 7h00 avec des Malgaches, mandaté par l'UNICEF, qui viennent relever certains paramètres (taille, poids, etc.) pour une étude dans le village.

En les attendant, Nono nous fait faire le tour d'Ampitanaka. On rencontre le sorcier, l'un des premiers qui s'est intéressé à notre venue. Le village est éparpillé sur environ 500 mètres et composé principalement de hutte en bois. Notre observons une très grande pauvreté tout autour de nous. Les gens ont le minimum pour survivre. En nous promenant dans le village, nous remarquons que les gens sont surpris et apeurés de voir des Vazaha (étrangers).

Finalement vers 10h 30 on nous signale que la prise des paramètres va commencer.

Ils pèsent les enfants, mesurent leur périmètre brachial ainsi que le pourtour de tête. Pour tranquilliser les enfants, ils offrent des sucettes et des biscuits. Nous observons la scène avec beaucoup d'intérêt. Nous remarquons vite que les enfants qui ne sont plus nourrit au sein sont malnutris. Ils ont quasiment tous un ventre gonflé, un signe typique du kwashiorkor. La vision de tous ces enfants nous fait mal au cœur. D'ailleurs Nono nous raconte que le village vient de sortir de la famine, période durant laquelle les gens se nourrissent d'une pâte de tamarin mélangée avec de la cendre. Celle-ci à la propriété de couper la faim. Difficile de s'imaginer l'horreur qu'ont vécu ces gens...



Dispensaire, état des lieux

L'après-midi du lendemain de notre arrivée nous nous rendons au dispensaire, un CSB II. Par son isolement et son manque de confort primaire, aucun médecin ne souhaite venir travailler à Ampitanaka. Ceci est la raison pour laquelle ce CSB II est géré par un infirmier.

Il y a encore quelques années, il n'y avait aucune possibilité de soins autre que la médecine traditionnelle à Ampitanaka et c'est avec la collaboration de l'ASDD et du gouvernement qu'un centre de soins a pu être mis en place.

Ce bâtiment en dur, blanc, délabré, n'a aucune indication externe de sa fonction. Il est divisé en 3 pièces : la première sert de maison à l'infirmier, la deuxième de bureau et salle de consultation et dans la troisième est entreposé le réfrigérateur pour les vaccins. Toutes les pièces communiquent entre elles. Ainsi, l'infirmier peut depuis son lit regarder dans la salle de consultation à travers

une fenêtre. La salle de consultation, qui doit faire trois mètres sur trois contient le bureau de l'infirmier, une table d'accouchement, une table de consultation et une armoire contenant la pharmacie.



Nous n'en revenons pas. Tout est sale. Nous sommes surpris et choqués par l'hygiène du lieu. On ne compte plus le nombre de toile d'araignée qui pend au plafond et sur la table de travail. Même les guêpes y

ont fait leur nid. Les 2 matelas du lit de consultation sont totalement noircis par la saleté et la couche de poussière est énorme. Le matelas qui fait office de lit pour le patient n'a pas été lavé depuis 3 ans. Tous les instruments sont entassés dans un coin du dispensaire, sale et plein de poussière. Pour les piqûres, l'infirmier dispose de deux aiguilles : une pour les adultes et une pour les enfants. Il les repose ensuite dans une boîte rempli de liquide dont nous ignorons la composition (théoriquement désinfectant).



Activités des deux premiers jours

Nous étant aperçu qu'il n'y avait pas foule, nous avons demandé à l'infirmier de nous appeler lorsqu'il y aurait des patients, chose qu'il n'a jamais faite. Lorsque nous apercevons quelqu'un entrer dans le dispensaire, nous allions voir ce qui s'y passait. Nous nous sentions mal à l'aise face au manque de coopération et d'enthousiasme de l'infirmier. Nous avons l'impression, malgré nos explications, qu'il pensait que nous étions venus pour le contrôler. Aux premières consultations, nous avons observé la scène en restant passif. Puis avec l'aide

de Nono et d'Avassoua, nous avons commencé à discuter avec les patients et répété nos gestes d'examen physique appris pendant nos années passées. Malheureusement, personne n'était là pour nous encadrer et corriger nos erreurs. Nous avons dû nous débrouiller par nous-même. Cette liberté et la responsabilité qui en découlait ont été quelque chose de fort à vivre.

Barrière de la langue

Dès les premiers jours, nous avons vite remarqué que personne au village ne savait plus que deux mots de français. Cela a beaucoup limité nos possibilités d'échanges avec les gens du village et les patients. Pour communiquer, nous avons eu besoin d'une triple traduction. Le patient parlait le dialecte Mahafaly que Avassoua traduisait en malgache et que Nono traduisait finalement en français...Par conséquent, ce n'était pas toujours facile de réunir tous les traducteurs pour faire une consultation, sans parler de la déformation des propos du patient. Après le téléphone arabe, nous avons découvert le téléphone malgache. La langue a été un gros handicap.

3 jours seuls au dispensaire

Deux jours après notre arrivée, l'infirmier est venu nous annoncer qu'il partait dans la ville voisine pendant 3 jours et qu'il fallait que nous nous occupions du dispensaire. Il ne nous a pas proposé d'autres alternatives. Nous étions un peu surpris et inquiets. En effet, nous ne saurions pas vraiment quoi faire si une femme venait accoucher au dispensaire ou si nous devions recoudre une plaie importante. Nous avons donc dû gérer les quelques patients qui sont venus nous consulter. Fort heureusement, à part des cas de rhumatismes chroniques, des cataractes et un cas d'aérophagie aigüe que nous avons résolu par compression abdominal entre deux pleurs de l'enfant, nous n'avons pas reçu de cas plus compliqué.

A peine quelques heures passées dans cette pièce et nous ne supportions déjà plus la saleté. Nous avons alors entrepris de le nettoyer. Après l'avoir vidé, nous avons commencé par enlever les nids de guêpes et les toiles d'araignées. Les murs ont ensuite reçu 2 couches de « peinture » à base de chaux. Une fois frotté à l'eau savonneuse, les matelas du lit de consultation ainsi que la table d'accouchement ont littéralement changés de couleur. La nappe recouvrant le bureau de l'infirmier n'avait pas été lavée ni nettoyée depuis 3ans. Le jour du marché, nous avons racheté une nappe en plastique permettant un entretien facilité, que nous

avons offert à l'infirmier. Nous avons ensuite établi un planning de nettoyage avec le gardien du dispensaire pour maintenir le maximum d'hygiène possible après notre départ.





Dispensaire d' Ampitanaka, avant et après le nettoyage



Le retour de l'infirmier

Au retour de l'infirmier, les gens ont continué à venir nous consulter, parfois sans passer par le dispensaire. Au début, nous avions l'impression qu'ils venaient pour nos compétences. Une fois que le stock de médicaments que nous avons apporté et distribué gratuitement a été épuisé, les malades se sont à nouveau dirigés vers l'infirmier. Désillusion totale...

Un après-midi, alors que nous discutons assis devant notre maison, une personne d'une soixantaine d'années s'est approchée de nous. Elle a commencé à parler avec notre guide/traducteur. Après 10 jours dans ce village, s'il y a un mot malgache que nous avons retenu, c'était Mararé (douleur). Ayant entendu la dame prononcer ce mot, nous nous sommes regardés, perplexe, car l'infirmier était de retour au village. Non nous a expliqué qu'elle venait nous voir car elle avait une rage de dent. Lorsque nous lui avons demandé si elle avait consulté l'infirmier, sa réponse fut négative, et elle n'a pas voulu nous expliquer pourquoi. N'ayant aucune formation de dentiste, nous ne pouvions pas faire grand-chose pour cette femme. Néanmoins, nous lui avons expliqué qu'elle devait aller à Ejeda, la ville la plus proche ayant un dentiste pour le consulter et lui avons donné quelques comprimés de Brufen pour atténuer la douleur (après lui avoir expliqué que cela ne la soignerais pas !). Quel ne fut pas notre surprise d'apprendre plus tard dans la journée que cette dame était, en fait, la mère de l'infirmier !! Tu parles de confiance..... !!!! Avinash

Autres activités

Durant les deux semaines passées à Ampitanaka, nous avons observé, vécu et appris beaucoup de choses. En voici quelques exemples :

Visite d'un malade en dehors du village

En début d'après-midi, l'infirmier est appelé d'urgence pour aller voir un malade dans un hameau à une dizaine de kilomètre du village. Il nous propose de le suivre. Deux heures plus tard, nous partons. Il emporte son matériel : une plaquette de brufène, une dose de pénicilline et un antipaludéen (chloroquine).

Toute la famille du malade nous attend devant sa hutte. Sa femme nous explique en deux mots ce qui se passe et nous invite à entrer voir le malade. Un feu est allumé et l'atmosphère est à peine respirable. Il fait presque noir et la pièce est si petite que nous ne pouvons pas y entrer à plus de 2 personnes. Nous découvrons un homme d'une cinquantaine d'année couché sur un lit (une natte surélevée). Il gémit et a beaucoup de peine à se mouvoir. Nous lui posons quelques questions et l'auscultons. Ses joues sont creusées, son dos est complètement contracté, il souffre de diarrhée et a eu un grave épisode fébrile la semaine précédente. L'infirmier, sans même l'ausculter ni lui poser de question, lui administre une dose de pénicilline avec quelques comprimés de Brufène. Ce traitement expéditif nous étonne. Nous aurions voulu le voir s'intéresser au malade, le reconforter au moins un peu et se renseigner un minimum sur ces symptômes !

« J'étais complètement serré dans cette hutte avec une forte odeur de fumée où l'on ne voyait quasiment rien. C'était pénible de voir cet homme de l'âge de mon père qui, après avoir travaillé très dur toute sa vie, se retrouvait dans cet état. Il ne pouvait pas se payer les soins adéquats et avait à peine de quoi manger et boire. C'était révoltant de ne pouvoir rien faire ! Et encore pire de se dire que des milliers d'autres personnes sont dans son cas! C'était une expérience forte qui m'a marqué. » Olivier

Confidentialité

Au dispensaire, nous remarquons que le patient n'a aucune intimité. Toute sa famille et la moitié du village attend sur le pas de la porte et regarde faire l'infirmier. Difficile dans ces conditions d'établir une relation soignant-malade de confiance et de parler de choses confidentielles (problème de couple, syphilis, etc.).



Toute la partie sociale de la consultation est négligée. Il ne tient pas compte de la souffrance de la personne qui vient consulter. On a de la peine à ressentir ce qu'éprouve l'infirmier : total indifférence ou un semblant de compassion refoulé ?

Les gens viennent en dernier recours

Les gens viennent au dispensaire au dernier moment et en dernier recours, lorsqu'ils ont tout essayé (plantes, sorcier, etc.), et que rien n'a marché. Mais le temps entre le début de la maladie et l'arrivée au dispensaire peut prendre des semaines, ce qui aggrave les choses. De plus, certains doivent parcourir des dizaines de kilomètres pour venir au dispensaire car il n'y en a pas dans chaque village. Les maladies sont toujours dans un stade très avancé et donc plus difficile à soigner. Malheureusement, le dispensaire n'est pas équipé pour de grandes interventions ou des soins particuliers. Par exemple, nous avons vu énormément de cataractes

qu'il fallait opérer, chose impossible au dispensaire. Par chance, l'ONG First Sight menait une campagne d'opération de cataractes à Ejeda (la ville la plus proche). Nous avons donc regroupé les patients atteints (une dizaine) et organisé un transport en charrette à zébu jusqu'à la ville.

Médicament et traitement

Une observation intéressante est que la consultation est gratuite. Si l'infirmier administre des médicaments, le patient doit payer en argent comptant ou selon ses possibilités (cigarette, riz, poule, etc.). Ceci pousse donc l'infirmier à prescrire un maximum de médicaments aux patients car leurs ventes lui permet d'augmenter son maigre revenu reçu de l'Etat. Du fait de cette prescription abondante, les gens réclament maintenant l'administration de médicaments car ils ne peuvent pas imaginer un autre moyen pour se soigner.

L'infirmier dispose d'une pharmacie élémentaire : des antibiotiques, des analgésiques, du désinfectant (mercurochrome), des antipaludéens, des antiparasitaires, des préservatifs, des seringues et aiguilles stériles.

Ce qui nous choque, c'est qu'il traite n'importe quelle maladie par de la pénicilline. Dès qu'un patient arrive, qu'il ait la malaria, qu'il soit dénutrit, qu'il soit blessé ou qu'il souffre du dos, l'infirmier donne une thérapeutique précise : piqûre de pénicilline, cotrim et paracétamol ou brufène. Et en plus, ce traitement ne s'adapte pas aux caractéristiques propres du patient (enfants, vieux, femme enceinte, etc.). Pour couronner le tout, il ne change pas d'aiguille entre les patients ! Après tous les cours sur l'hygiène que nous avons eu où l'on nous a montré son importance, cette dernière pratique nous a fait fortement grincer des dents...

Faibles connaissances de l'infirmier

En arrivant au village, nous pensions trouver un infirmier superman qui, bien que n'ayant pas la formation d'un médecin, avait quasiment les mêmes compétences de par sa longue expérience. Au final, nous avons observé que le soignant n'avait que des connaissances extrêmement basiques qui ne correspondaient pas du tout au besoins réels des malades venant se faire soigner au dispensaire. Avec seulement nos trois petites années théoriques, nous avons l'impression d'en savoir plus que lui ! Très vite nous avons comparé sa façon de faire les consultations avec celles de chez nous. L'anamnèse ne prend pas beaucoup de place, il ne pose que quelques questions banales et passe directement au traitement.

Une petite anecdote : un enfant apathique d'environ 5 ans avec un ventre énorme se présente au dispensaire. Il mange de la viande une fois tous les deux mois et sinon son régime se compose de riz avec un peu de Bred (feuille verte par exemple des épinards). Il nous paraissait clair qu'il s'agissait d'un cas de malnutrition (le cas typique du Kwashiorkor qu'on voit dans les textbook !!). Mais pour l'infirmier, c'était le paludisme qui avait bloqué la digestion et de ce fait, les aliments restaient coincés dans le ventre !! L'enfant est tout de même reparti avec une injection de pénicilline...

Dès lors, ce n'était pas évident de faire confiance à ses diagnostics ! A la fin du séjour, nous avons découvert que l'infirmier avait en fait une formation d'aide sanitaire et non de soins infirmiers, ce qui est venu confirmer nos doutes concernant ses capacités.

Souvent, nous avons une idée sur le diagnostic du patient et nous le lui disons. Il faisait oui de la tête et administrait ses médicaments comme il a l'habitude de faire sans tenir compte de nos remarques. C'était dur pour nous, car nous savions que certaines pratiques étaient fausses et dangereuses. Malheureusement, il est difficile de faire changer les choses quand nous intervenons pendant 3 semaines alors que l'infirmier est là depuis des années.

Impuissance

Quelles sensations affreuses nous avons éprouvées de voir tous ces malades pour lesquels un petit traitement simple aurait suffi et qu'ici il était impossible de soigner ! Nous avons tous ressenti un pincement au cœur. Et face à la disproportion entre les soins effectués en Suisse et à Madagascar, nous nous sommes questionnés sur ces injustices que nous avons là, juste devant nous ! Nous nous sommes retrouvés dans une situation embarrassante. En effet, nous avons juste assez de connaissance pour remarquer que l'infirmier avait de grosses lacunes mais de loin pas assez pour nous débrouiller seuls sans l'aide d'un médecin !

.

Attitude des villageois

Nous sommes arrivés à Ampitanaka dans l'optique d'aider de notre mieux les habitants. Pourtant, les gens ne nous ont pas communiqué une envie particulière de s'investir dans les projets de l'association et ne nous ont pas montré de signe de reconnaissance pour le travail que nous avons accompli. Personne ne nous a remerciés une seule fois ! Cela a été très frustrant et décourageant ! On en finissait presque par se demander pourquoi on était là pour aider des gens qui en avait absolument rien à faire !

Ce malaise, rajouté aux difficultés que nous avons avec l'infirmier, nous a décidés après deux semaines d'écourter notre présence à Ampitanaka et de partir pour Itampolo. En effet, Nono connaissait le médecin exerçant dans ce village.

Parmi les différentes anecdotes, en voici une qui nous est restée, et qui illustre bien la différence de conception des besoins primaires.

Comme nous savions que l'ASDD a construit une école dans le village, nous sommes allés acheter des fournitures essentiels tel que cahiers, blocs notes, stylos et crayons. Nous étions persuadés que les villageois, et les professeurs en particuliers, seraient très heureux que nous leurs apportions ces cadeaux.

Nous avons informé Noor, une des enseignantes, que nous avons amenés des fournitures pour l'école. Loin d'avoir la réaction prévue, elle nous a informés qu'ils n'en avaient pas besoin et qu'elle ne savait que faire de ces choses. En effet, elle nous a expliqué qu'au début de chaque année scolaire, un budget est alloué pour les fournitures scolaires et que la direction avait déjà acheté les crayons et le papier nécessaire pour l'année à venir. Et nous qui pensions qu'ils sauteraient de joie... Noor et le directeur ne voulaient même pas entendre parler de ce que nous avons amené. Nous leurs avons proposé de garder les fournitures pour l'année suivante, mais ils ont refusés prétextant ne pas savoir à qui les confier. De notre côté, il semblait ridicule de ramener ces « cadeaux ».

Pendant la longue discussion, nous avons appris que les étudiants n'avaient pas de cours sur la prévention et l'hygiène car ils manquaient de budget pour acheter des seaux et du savon. Du coup, nous avons proposé que les enseignants se chargent de vendre les bloc-notes et les stylos au marché local, à un prix plus bas que le prix du marché, et que l'argent ainsi récolté soit utilisé pour acheter le matériel nécessaire pour faire des cours sur l'hygiène. Proposition qui fut acceptée ! Ouf...

Trajet Ampitanaka- Itampolo

Le bus vendant des provisions une fois par semaine continue son chemin jusqu'à Itampolo. Il prend une quinzaine de passagers en plus des denrées qu'il transporte. Nous nous retrouvons serrés comme des sardines avec de la musique à fond sur des pistes dans un état affreux : un moment cent pour cent ethnique... Génial !! Après plus de 8h de routes pour faire 40 km, nous arrivons à Itampolo. Nono nous amène chez un ami qui tient un petit hôtel. C'est un paradis : plages désertes de sable blanc et mer turquoise. Quel contraste avec Ampitanaka !

Le lendemain, après une petite baignade bien méritée, nous faisons connaissance avec le sympathique médecin du dispensaire.

Itampolo

Soulagement !! Après 2 semaines passées avec un infirmier aux compétences limitées, quel plaisir nous avons éprouvé lorsque nous avons rencontré un vrai médecin à Itampolo ! Il connaît bien les problèmes de malnutrition, fait des statistiques sur le Paludisme, le SIDA, a presque suffisamment de médicaments pour faire un traitement correct de beaucoup de maladies et habite au bord d'une plage sublime. Son accueil a été très chaleureux et en plus, il parle le français. Il était très content et fier que quatre étudiants suisses viennent lui rendre visite. Il nous a immédiatement fait visiter les lieux. Le dispensaire est constitué de quatre pièces. La première lui sert de chambre, la deuxième est utilisée comme un petit labo et contient un frigo à vaccin. La troisième pièce sert de bureau où il fait ses consultations et la dernière de salle d'accouchement. Malheureusement tout est délabré. La table d'accouchement est cassée. Au besoin, une natte sur le sol la remplace. Le frigo fonctionne et est bien approvisionné en vaccin. Des batteries permettent de stocker l'énergie solaire. Il n'y a pas de téléphone dans le village mais une radio (BLU) pour communiquer avec d'autres villages. La moto qui sert au médecin pour faire la tournée des villages aux alentours a un pneu détruit. Comme l'Etat n'envoie pas assez d'argent pour acheter un nouveau pneu, le médecin ne peut plus rendre visite à ses patients vivants dans ces villages avoisinants.

Le deuxième jour de notre arrivée, une femme vient accoucher. Nous nous précipitons dans la salle d'accouchement pour observer le médecin travailler. Il a déjà fait plus de 1500 accouchements. Pour nous, c'est le premier. La femme est couchée sur une natte sale posée à même le sol. C'est un choc de voir les conditions d'hygiène.

Le col est élargit de 9 cm, normalement le travail doit commencer. En attendant, il nous propose d'essayer de mesurer par nous même. La femme a l'air réticente à notre participation mais le médecin ne demande pas son avis. Nous sommes tous un peu stressés à l'idée d'essayer. Nous insistons auprès du médecin pour qu'il demande à la patiente si nous pouvons participer, mais celui-ci, avec un regard perplexe, nous fait comprendre que c'est inutile. Perdu dans des pensées éthiques, Natacha se fait équiper de gants, masque et d'un tablier. Le médecin lui dit : « Vas-y, mesure la dilatation du col. ». Avinash se place derrière elle, pensant que la pâleur de son teint pourrait avoir des conséquences. Les deux doigts dans le vagin d'une femme couchée sur une paillasse par terre qui ne connaissait même pas nos prénoms, Nat suit les instructions du médecin : « En haut et en bas tu peux toucher les fornix, et si tu te déplaces en suivant le fond, tu peux toucher le col jusqu'à sentir la poche des eaux ». Nous passons à tour de rôle. C'est un peu gênant au départ, surtout que la femme a très peur des garçons *vazaha (étrangers)*. Le médecin garde les mêmes gants tout au long du travail, prenant même la peine de fumer une cigarette de temps en temps. Malheureusement, la poche des eaux ne veut pas se percer et la femme doit attendre dans la souffrance. Deux autres dames l'accompagnent, probablement de la famille, alors que les hommes ne sont pas là. Finalement tout se passe bien et le petit naît. C'est un moment magique. Le médecin le tient par les pieds et le tape sur les fesses. Puis il lui ouvre les poumons en soufflant dans la bouche du bébé avec un instrument bizarre. L'enfant est couché, sanguinolent, sur le ventre de sa mère avec le cordon ombilical encore intègre. Cette vision nous a beaucoup touchés. Voir pour la première fois un accouchement et remarquer le lien charnel entre la mère et son fils nous a définitivement sorti de nos croyances sur les cigognes et les choux. Le médecin l'emmailote avec de vieux chiffons. La mère décide que nous c'est à nous de nommer l'enfant. Celui-ci est donné selon ce qui se passe à l'accouchement. Profitant de la pause, nous cherchons un nom. D'abord nous essayons d'en trouver un en faisant des anagrammes avec la première lettre de nos prénoms ; Gano, Onag, Nago, Goan... Puis Leo est proposé. La famille comprend « Léon » et l'accepte avec plaisir.

Plus tard nous avons découvert que la signification du nom était « y en a marre » ! Vu les gémissements de douleurs et la taille de la fratrie c'était, pour finir, bien choisi.

Une autre chose qui nous a frappés, c'est que la mère ne l'a pas pris dans ses bras. Après que tout soit fini, elle s'est allongée sur un lit, le bébé à côté et l'a à peine regardé. Peut-être était-ce parce que l'enfant avait une petite malformation. Il est né avec six doigts. Le père, conforme aux habitudes locales, est arrivé à la fin du travail et s'apercevant des doigts

surnuméraires s'est dirigé vers le médecin. Celui-ci lui explique que ce n'est pas un problème car il n'y a pas d'articulation. Il suffira alors de serrer avec un fil afin de couper la circulation et de laisser le temps faire pour qu'il tombe... En tout cas, toute la famille s'est vite inquiétée de cette petite malformation.

Une fois le cordon coupé, le médecin a fait un curage de l'utérus à la main. Celle-ci a été simplement nettoyée rapidement au savon, appliqué sur le gant. Ce dernier allait jusqu'au poignet alors que la trace de sang sur son bras allait jusqu'au milieu du biceps... Nous laissons la mère tranquille. Les femmes de son entourage rangent tout et nettoient un peu la chambre, pendant qu'une poule et ses petits s'empressent d'y entrer. Après cette expérience nous avons passé le reste de la journée à cogiter la chose et avons conclu « que la vie était quelque chose d'incroyable » mais aussi qu'on allait donner les derniers flacons d'Hopirub (désinfectant) au médecin !

« Dès qu'il m'a mis le masque, les gants stériles et le tablier, j'ai dit au médecin que ce n'était pas possible. Je ne sais pas faire un accouchement. Il m'a fait comprendre qu'il fallait un début à tout. Je ne pense pas qu'une femme dans notre pays aurait été d'accord que je le fasse, surtout que je ressemblais plus à un boucher qu'à autre chose. Je me suis lancée avec un peu d'appréhension et j'ai mesuré la grandeur du col. Sur le moment, j'ai pris peur. Surtout pour la vie du bébé si elle avait été mise entre mes mains. Heureusement nous avons dû attendre longtemps avant que la poche des eaux ne cède et le médecin a repris son rôle. J'ai aussi été impressionnée par le fait que dès qu'on se présentait en tant qu'étudiant en médecine, tout le monde nous considérait comme de vrais professionnels. Situation frustrante car on avait de la peine à répondre à leurs attentes ». Natacha

Dépistage du SIDA

Chez les femmes enceintes, le dépistage du SIDA est fait systématiquement et gratuitement par le médecin. Pour inciter les femmes à venir faire le test, une moustiquaire est offerte à chacune. Nous avons observé l'utilisation de kit rapide : Tout d'abord, le médecin effectue un prélèvement sanguin qu'il laisse décanter. Faute de centrifugeuse, la séparation du plasma et des globules rouges peut prendre selon les individus de 15 minutes à plusieurs heures. Il place ensuite une goutte sur une petite plaquette qui lui indique le résultat.

Conclusion

Une expérience magnifique !!! Nous avons découvert une autre culture, un mode de vie totalement différent du nôtre, fait plein de rencontres intéressantes et vu des lémuriens ! L'organisation et l'encadrement que nous pensions trouver sur place n'a pas été ce à quoi nous nous attendions. Nous espérions être une aide à l'ASDD pour continuer leur projet au sein du village. Malheureusement, notre manque de connaissances pratiques combiné aux grosses lacunes médicales de l'infirmier, nous a donné par moment l'impression d'être inutile. Néanmoins, nos observations et nos expériences vécues dans la brousse malgache, nous ont beaucoup apporté, tant au niveau personnel que médical. Cette immersion en communauté était idéale pour associer nos études de médecine et nos envies de découvertes et de voyages. Ce stage nous a donné envie de terminer notre formation pour retourner avec un bagage médical conséquent pour faire de l'aide humanitaire efficace.

Nos premiers pas dans le monde clinique a été facilité par le fait d'être partis à quatre. Nous avons pu nous soutenir, discuter de nos impressions et de nos sentiments lorsque nous avons été confrontés à des situations difficiles. En effet, la misère présente partout dans le pays, un système de santé inefficace et inégal, nos conditions de vie rudimentaires ainsi que notre impuissance face à la souffrance des malades ont provoqué de fortes émotions que nous avons pu extérioriser par la discussion.

Nous avons constaté que l'aide humanitaire ne doit pas être uniquement matérielle. Il ne suffit pas de construire des bâtiments, amener des médicaments et des cahiers mais également s'assurer que le personnel engagé soit qualifié et compétant. De plus, une population motivée à s'investir dans le projet afin d'améliorer les conditions de vie est nécessaire. Il nous semble qu'un ingrédient indispensable pour faire tourner la machinerie est l'envie d'aider ses pairs, sentiment à la base de toute aide humanitaire.



Le bilan de notre immersion est très positif ! Nous conseillons à tout le monde cette expérience humaine édifiante pour l'énorme plaisir qu'elle nous a apporté. Et c'est sans compter la motivation qu'elle a créé pour nos études de médecine !

Madagascar, see you soon !!!

Bibliographie

Pour la rédaction de ce rapport, nous nous sommes basés sur deux sources principales : d'une part sur tout ce que nous avons appris durant notre séjour, par nos expériences personnelles et ce que nous a expliqué Nono. D'autre part, nous nous sommes appuyés sur quelques références, tel que le rapport du Programme national de Santé 2005, certains sites internet (notamment OMS et wikipedia) et lonely planet.