

*Immersion
au sein des structures de santé
d'Atsinanana, Madagascar.*



Tables des matières :

I.	Introduction.....	p 3
II.	Quelques mots sur Madagascar.....	p 7
	a. Sa géographie, ses ethnies et sa culture	p 7
	b. Son histoire politique	p 12
	c. Données générales de la santé.....	p 13
III.	Système de santé malgache	p 15
	a. Organisation générale.....	p 15
	b. Professionnels de la santé.....	p 17
	c. Principales pathologies.....	p 22
IV.	Santé de la reproduction	p 33
	a. Planning familial.....	p 33
	b. Maternité.....	p 35
	c. Vaccination.....	p 39
V.	La réalité de la prise en charge.....	p 40
	a. La consultation en pratique	p 40
	b. Médicaments et trafic illégal.....	p 43
	c. Assurance Maladie.....	p 44
VI.	Médecine Traditionnelle.....	p 45
VII.	Nos actions sur place.	p 48
VIII.	Impressions personnelles.....	p 53
IX.	Conclusion et remerciements	p 62

I. Introduction :

Nous avons réalisé notre projet d'Immersion en Communauté à Madagascar pendant cinq semaines. Dans ce rapport, nous essayerons de vous retranscrire toutes les informations que nous avons obtenues sur le système de santé malgache et nous tenterons de vous donner un aperçu de toutes les expériences et rencontres fabuleuses que nous avons pu vivre.

Nous commencerons par vous expliquer comment nous avons choisi ce pays ainsi que la façon dont nous avons trouvé notre association et déterminé notre itinéraire.

Au sein d'une deuxième partie, nous vous présenterons notre pays d'accueil en abordant sa géographie, son histoire politique mais aussi l'aspect culturel de la population malgache.

Nous aborderons ensuite le système de santé malgache plus en détails, notamment sa hiérarchie, son organisation et son personnel. Nous nous attarderons sur la santé au sein du couple et chez l'enfant. Nous détaillerons également les principales pathologies qui touchent le pays.

Afin de mieux visualiser la réalité du système de santé, nous vous donnerons quelques exemples de prise en charge et nous aborderons les problèmes de trafic illégal et d'assurance.

Au sein de la partie suivante, nous vous ferons découvrir une part de la médecine traditionnelle malgache.

Pour terminer, nous vous ferons partager nos impressions et sentiments en rapport à ce séjour.



Pourquoi avons-nous choisi ce pays plutôt qu'un autre ?

Tout d'abord parce qu'il s'agit d'un pays francophone. Le partage de la même langue est un point important qui peut nettement faciliter la communication et la compréhension avec la population et le personnel de santé. Cependant, cela ne nous a pas empêché d'apprendre quelques mots malgaches essentiels tels que misaotra (merci), vazaha (étranger blanc à prendre dans le bon sens du terme car il s'agit d'un salut respectueux). Le fameux mora mora : devise du pays qui signifie doucement, doucement et à laquelle nous avons du nous habituer, ce qui n'est pas chose aisée pour des européens ancrés dans une dynamique occidentale avide de vitesse...

Quel ne fut pas notre plaisir en entendant des enfants dans la rue nous saluer d'un énorme « bonjour Vazaha ». Nous étions alors en mesure de leur répondre très fièrement « manao ahoana » (bonjour).

En plus de la langue, Madagascar est l'archétype de l'île paradisiaque et sauvage pour les touristes en quête d'aventure. Cette île magnifique aux contrastes autant surprenants que mystérieux, génère une fascination des plus attractives. Comment y résister ?



Notre désir d'aller à Madagascar fut confirmé lors de nos recherches sur le pays. En effet, nous avons rapidement découvert qu'il s'agissait d'une île réputée pour l'utilisation de la médecine ancestrale et des plantes médicinales. Ces sujets nous intéressent tout particulièrement, nous n'avons pas hésité.

Une fois le pays choisi, il nous a fallu trouver des contacts et une association capable de nous soutenir. Après un certain nombre de recherches et de réponses négatives, nous avons trouvé une nouvelle piste.

Des amies infirmières de Charline étaient parties à Madagascar pour effectuer un stage avec une association du nom de Makalioka. Il ne fallait surtout pas perdre de temps car de gros espoirs reposaient sur cet organisme. Nous l'avons contacté le plus rapidement possible. Plusieurs mois et plusieurs kilos de paperasse plus tard, Makalioka nous donne une réponse positive. Le projet prend enfin vie.

Qui est makalioka ?

Il s'agit d'une association d'aide humanitaire, de coopération et de solidarité internationale qui mène à Madagascar des actions et des missions dont l'objet est de favoriser un développement durable et autonome, en apportant son soutien à des projets d'initiatives locales. C'est pourquoi elle intervient dans de nombreux projets dans les domaines de la santé, l'éducation et la formation, l'agriculture, la pêche, l'artisanat, la culture, la musique ou le sport.



Makalioka fait donc le lien entre Madagascar, plus précisément la ville de Vatomandry (sa base malgache) et Marseille en France. Pour la petite anecdote : le "makalioka" est une variété de riz, lequel est à la base de l'alimentation des malgaches. Il est un symbole de rassemblement et de solidarité. Charmant clin d'œil quand on sait que l'association a pour but de promouvoir le développement et l'entraide.



Il a ensuite fallu se fixer un itinéraire et des points de chute dans les différentes villes. Heureusement, Florine, présidente de l'association, était là pour nous trouver tous les contacts nécessaires sur place. Nous avons donc effectué un séjour de cinq semaines au sein de cette île incroyable où nous avons côtoyé une population très sympathique et accueillante.

Nous sommes arrivés le 25 juin à Antananarivo, capitale du pays, et nous sommes directement partis en direction de Vatomandry, ville située sur la côte Est du pays. Arrivés sur place, il nous a fallu deux jours pour faire toutes les visites de courtoisies aux autorités locales. En effet, il est important dans la culture malgache que les étrangers qui souhaitent rester dans une ville se présentent aux autorités et expliquent leurs intentions.

Après quelques jours d'acclimatation, nous étions prêts pour découvrir la brousse. Nous sommes donc partis à Antanambao- Manampotsy, petit village à l'intérieur des Terres. Nous y avons vécu deux semaines pendant lesquelles nous étions logés chez un habitant, membre de l'association. Il a fallu s'adapter à ce village de brousse qui n'a obtenu l'électricité et l'eau courante que depuis quelques années grâce à des aides internationales. L'hôpital de Manampotsy nous a chaleureusement accueilli et nous avons pu obtenir un grand nombre d'informations. Les activités suivaient un calendrier des plus organisé, notamment parce qu'elles étaient rythmées par l'électricité, présente uniquement l'après midi. Ce village nous a vraiment intégrés rapidement. Après les fameuses visites de courtoisie aux autorités locales de la commune, nous avons été invités à toutes les manifestations du village : fêtes de l'école, soirées dansantes... Nous avons d'ailleurs bien profité de ces moments de détente et d'euphorie.

Après deux semaines, nous sommes retournés à Vatomaniry où nous logions dans la résidence de Makalioka. Nous y sommes restés deux semaines pendant lesquelles nous avons pu visiter les différentes structures de santé qui siègent au sein de la ville.

C'est à Tamatave (Toamasina en malgache) que s'est poursuivi notre voyage. Nous avons été accueillis par un dynamique professeur de langue : Mr Hery. Puis nous sommes partis à la découverte de l'île de Sainte Marie, petit paradis aux allures de cartes postale au cœur de l'océan indien, où nous avons profité de quelques jours de repos.

C'est avec plaisir que nous sommes ensuite retournés sur Tamatave où nous avons rencontré les étudiants du professeur chez qui nous logions, afin de les faire parler un peu français. Pour terminer, nous avons dû retourner à Antananarivo où l'avion nous attendait pour nous ramener à la civilisation « moderne » que nous venions à peine de quitter. Notre séjour s'apparentait à un rêve aux vapeurs exotiques dont le levé du jour nous aurait tirés trop précipitamment.



II. Quelques mots sur Madagascar :

a. Géographie, culture et ethnies :

Madagascar, sanctuaire d'une nature unique au monde et d'une mosaïque de peuples.

L'île de Madagascar ou « Madagasikara », située au cœur de l'océan Indien à l'est des côtes africaines, tient le quatrième rang au monde pour sa superficie. Cinq cent quatre-vingt sept mille km² de terres qui se dénudent depuis les falaises côtières de l'Est vers les grandes plaines alluvionnaires de l'Ouest. Les fleuves, imprégnés de la latérite rouge, enlacent le volcanisme du Nord et ces forêts humides et luxuriantes contrastant avec le grand Sud semi aride où s'étendent des plaines sèches et des plateaux calcaires. C'est bercé par ces eaux que la variété des paysages, des hommes et de leurs origines donnent le ton.

Située dans l'Océan Indien et séparée du continent africain par le canal du Mozambique, l'île Rouge (appelée ainsi en référence à la latérite qui colore les plateaux) est généralement considérée comme faisant partie de l'Afrique, mais à déjà été décrite comme « le huitième continent ». À travers les siècles, les mers orientales ont été fréquentées par des navigateurs persans, indiens, malais, indonésiens, arabes, et l'océan Indien a été une voie de communication entre les diverses civilisations qui entouraient l'île. Au milieu du va-et-vient de ce vaste bassin régi par les vents saisonniers et les moussons, Madagascar devint un carrefour de peuples, un mélange d'Asie et d'Afrique.

Cette double appartenance se lit sur le visage des 19 millions de Malgaches, et se dévoile à travers les 18 ethnies qui peuplent le pays. Ces tribus partagent bien sûr plusieurs caractéristiques culturelles communes, la principale étant « le Malagasy » la langue officielle, choisit en raison d'une longue tradition d'écriture, facteur d'unité et de compréhension irremplaçable. Mais il faut savoir que chacune dispose de ces particularités et de son propre dialecte. C'est d'ailleurs cet ensemble de singularité et coutumes vestimentaire, architecturale, culinaire, religieuse, et j'en passe, qui témoigne de l'unicité de cette civilisation, qui certes évolue avec le temps mais reste néanmoins protégée par son insularité.

Depuis vingt siècles, Madagascar a été façonné par les peuples afro-asiatiques venant d'horizons divers : d'Afrique, d'Indonésie, du Proche-Orient, d'Inde, de Chine, d'Europe... pour créer la société pluriculturelle Malgache. Un malgache est toujours le résultat d'une mixité. Ainsi, les 18 tribus de l'île rouge sont réparties en six provinces ou « faritany », qui s'articulent autour des villes du même nom :

- (1) Antananarivo ou Tananarive,
- (2) Antsiranana ou Diégo-Suarez,
- (3) Fianarantsoe,
- (4) Mahajanga ou Majunga,
- (5) Toamasina ou Tamatave
- (6) Toliara ou Tuléar.



Autonomes, ces provinces sont des « collectivités publiques dotées de la personnalité juridique ainsi que de l'autonomie administrative et financière ». Nous allons maintenant étudier de façon plus détaillée les différentes régions mentionnées et nous aborderons les multiples cultures qui y résident.

Au centre de l'île, s'étendent les Hautes Terres au climat subtropical, royaume des montagnes et des cultures en terrasses où chaque vallée est occupée par des parcelles de rizières. Chez les cultivateurs du centre, les « Adrianas » cette aptitude aux cultures variées dévoile des origines indonésiennes, qui se retrouvent sur les visages des peuplades de Tanarive. « Tout pousse sur notre île », vous lancera fièrement un paysan d'Antsirabe, ville voisine de la capitale de Madagascar : Antananarivo. Cette capitale au profil européen, abritant environ 2 millions d'habitants, fut tout d'abord construite comme une forteresse vers le début du XVII^e siècle par les rois « Merina » : « ceux du pays élevé sous le soleil ». Ce peuple à l'allure asiatique prononcée représente 26 %, soit la majorité, de la population malgache. Ils occupent les hauts plateaux avec les « Betsiléo », « les nombreux invincibles », eux aussi originaires d'Indonésie et réputés pour leur riziculture, et leur travail du bois ; un savoir faire ancestral.



Le massif volcanique du Tsaratanana, isole les « Antakaranas », un peuple de pêcheurs et d'éleveurs occupant la région de Diego Suarez au nord. Evoluant sous les moussons de la saison chaude, la province d'Antsiranana avec son climat équatorial nourri une faune et une flore dont l'endémicité est l'une des plus élevées de Madagascar.

L'extrême sud de la Grande Île est très sec. Les villages des « Baras », ces éleveurs de grands troupeaux de bovins aux couleurs des bagharas africains, sont très caractéristiques. Malheureusement le Sud de Madagascar connaît une grande déforestation et désertification, s'expliquant par la production de charbon de bois à usage domestique, la culture sur brûlis et les diverses constructions. Ces énormes besoins ont entraîné la disparition des populations faunistiques et floristiques dont 65% sont endémiques du Sud, mais loin d'être un cas isolé, ce problème s'étend presque sur la totalité de l'île.



La grande région de l'ouest de Madagascar se caractérise par les savanes fertiles, depuis les hautes terres du centre jusqu'au canal du Mozambique. Les « Sakalava », « le peuple des longues vallées » y cultivent le riz, le manioc, le maïs, et y font paître leurs immenses troupeaux de zébus. Certains membres de cette gigantesque tribu, les « Vezos » vivent en symbiose avec le lagon, de Tuléar à Mahajunga. Sur leur pirogue à balancier, ils parcourent la côte, tels des nomades à la recherche des eaux les plus favorables.



L'étroite bande de falaises de l'Est qui s'aplanit brusquement en une mince plaine côtière bordée par l'océan Indien, est constamment exposée aux alizés et aux cyclones dévastateurs, qui ont d'ailleurs privée l'île d'une grande partie de sa caféiculture.

A Tamatave, où l'on trouve le plus grand port de l'île, règne un climat équatorial très humide, la côte est bordée de lagons abrités par une barrière de corail. Cependant les bords de plage restent peu sûrs en raison de la présence de nombreux requins et de forts courants.



C'est avec convivialité que nous avons vécu aux côtés des «Betsimisaraka », « les nombreux qui ne se séparent pas », dans les habitations traditionnelles, souvent construites à base de matériaux végétaux. Accueilli chaleureusement sur l'île du "mora mora", où le temps semble parfois s'être subitement estompé, imprimant une sensation d'immobilisme à un quotidien jamais bousculé, nous avons partagé les rites et les coutumes de ces habitants d'exception. Entre repas festifs et danses traditionnelles en hommage à la culture et au partage du riz, la musique et la bonne humeur, n'ont cessées d'arpenter ce voyage inoubliable.



Aujourd'hui, la communauté européenne reste la communauté non malgache la plus influente. Elle est formée surtout d'hommes d'affaires ou de coopérants, en majorité français. C'est à plus de 15 mille qu'ils forment la «dix-neuvième tribu», comme disent les Malgaches, et sont installés plutôt dans les villes. À l'instar de tous les non-Malgaches, on les appelle les Vazaha (Européens résidant de façon temporaire) ou Zanatany, «enfants du pays», s'ils sont nés sur l'île et y résident en permanence.

Bien que le malgache, la langue maternelle de la population, ait seul, un statut de langue officielle, le français, toujours parlé par l'élite, demeure la langue des communications internationales, des médias (65 % des programmes télévisés) et de l'enseignement. Viennent maintenant s'ajouter à cette population, au gré des espoirs économiques, plus de cent milles immigrants, principalement des Comoriens, des Indo-Pakistanaï, des Mauriciens et des Chinois cantonnais qui, pour la plupart, ont conservé leur langue maternelle.



Pour ce qui est de la religion, et étant donné les différentes vagues successives de migration sur l'île et les différents peuples qui s'y sont installés, les formes de la religion traditionnelle varient en fonction des régions. Cependant la majorité de la population est catholique puis viennent les protestants, les islamistes, les indous... Les malgaches vouent aussi un culte à leurs ancêtres qui représentent les racines de la vie. De nombreux lieux sacrés (grottes, lacs...) sont éparpillés partout sur la grande île. L'authenticité de ces cultures farouchement préservées, représente cette diversité humaine aux origines presque mystérieuses.

Du fait de son relief, Madagascar réunit également une véritable mosaïque d'espèces végétales et animales, qui séduisent de nombreux explorateurs. Leur origine s'apparenterait à la dérive des continents, lorsque l'Inde, l'Afrique, l'Antarctique, Madagascar, et l'Amérique se disloquèrent pour former ces cinq continents. Cela explique l'existence d'une faune et d'une flore communes, ainsi que des profils géologiques très proches. Néanmoins, l'isolement de Madagascar en a fait un écrin pour sa nature, qui a évolué de façon unique. On trouve donc sur la Grande Île des espèces particulières qui n'existent nulle part ailleurs, dont les lémuriens sont un exemple célèbre.





6. Politique :

Madagascar a une histoire très chaotique entraînant également une situation politique tendue. Afin d'avoir un bref aperçu de la situation actuelle nous devons remonter le temps pour la comprendre.

L'île de Madagascar a une histoire fortement marquée par la colonisation. Nous pouvons en effet dater le début de « l'occupation » en 1642 environ. A cette époque, les français, sous le règne de Louis XIV sont arrivés sur l'île et l'Histoire coloniale de Madagascar commença.

Comme dans beaucoup d'autres territoires coloniaux, l'histoire est très mouvementée et l'île Rouge ne fait pas exception à la règle. Entre 1642 et 1960, une succession de nations vont s'approprier l'île. La France reprend malgré tout le contrôle de Madagascar en 1763 et l'île deviendra en 1896 une colonie française reconnue jusqu'en 1960, date officielle de l'indépendance malgache.

La première République de Madagascar naît donc en 1960, avec à sa tête Philibert Tsirana. Cette République reste très étroitement liée à la France mais apporte à la Grande Ile une stabilité politique et institutionnelle, perturbée par les crises que connaissent les autres pays d'Afrique. A cause de sa proximité avec l'Etat français, Tsirana perd son statut de président un peu avant 1972 au bénéfice du Général Ramanantsoa. Ce dernier exercera le pouvoir jusqu'en 1975 et passera le flambeau au capitaine Didier Ratsiraka qui devient alors président de la II^{ème} République de Madagascar.

C'est alors que l'île devient prosoviétique jusqu'en 1980 pour enfin s'engager prudemment vers le libéralisme. Ratsiraka se voit contesté en 1991 mais réélu en 1996. Il restera au pouvoir jusqu'en 2001. L'ère Ratsiraka offre une certaine stabilité à Madagascar au sein d'un gouvernement autoritaire et dictatorial.

En 2001, les élections donnent, dès le premier tour, la victoire à l'opposition en la personne de Ravalomana. Ratsiraka refuse de reconnaître sa défaite et tente par tous les moyens de falsifier les élections. Le pays est bloqué jusqu'en avril 2002, date à laquelle Ravalomana est officiellement nommé président de la République. Cependant, ce n'est qu'en juillet 2002 que les grandes puissances reconnaissent la victoire de Ravalomana.

Jusqu'en 2009, le pays vit une certaine constance politique, avant que des émeutes et manifestations ne viennent perturber la vie des malgaches.



Andry Rajoelina, président actuel de haute autorité de transition et plus jeune président africain.

Il existe une forte opposition entre le maire de la capitale, Andry Rajoelina et le président Ravalomana, accusé de dépenser les deniers publics pour son confort personnel. Le pays est alors dans une crise institutionnelle sans précédent qui n'est toujours pas résolu aujourd'hui. Après de nombreuses crises et rebondissements, l'actuel gouvernement malgache est un gouvernement de transition présidé par Andry Rajoelina. La Haute Autorité de Transition fondée par Rajoelina vient récemment de créer la IV^{ème} République. Des élections présidentielles devraient être organisées pour élire un nouveau président de la République mais à ce jour aucune date n'est arrêtée...

Pour avoir pu en discuter avec certain malgache, dont le professeur Hery, il est clair que ces élections futures sont vivement attendues. Nombreux redoutent un nouveau coup d'Etat. Mr. Rajemison Rakotomaharo, ambassadeur de Madagascar en Suisse, avec qui nous avons pu échanger quelques mails semble être du même avis. La stabilité politique de l'île est la pierre angulaire de son développement intra-territorial et international à venir. Le système de santé en est d'ailleurs une priorité.

c. Données générales de santé :

Quelques chiffres¹ (Année 2009)

- 19'625'000 habitants
- Revenu national brut par habitant : \$1'050
- Espérance de vie à la naissance h/f : 63/67
- Quotient de mortalité infanto-juvénile : 58/1000
- Dépenses totales pour la santé par habitant : \$41
- Dépenses de santé par rapport au PIB : 4.1%

La santé à Madagascar est un thème capital dans la mesure où la situation est assez mauvaise, en partie due au manque d'argent mais également à un manque d'action politique. La part du budget (6.5%) dédiée à la santé n'est pas suffisante pour permettre un équipement médical décent.

Cependant, il faut noter avant tout que des améliorations notables sont observées notamment grâce à l'action publique concernant l'accès à l'eau potable et la nutrition. Ces améliorations permettent d'éviter des décès dus à des maladies métaboliques et dégénératives.

Il reste pourtant de nombreux points alarmants dans la situation sanitaire malgache. Moins de 40 % des accouchements sont assistés par du personnel qualifié et le suivi des bébés et des enfants est extrêmement faible, entraînant encore environ 100'000 décès infantiles par année.

¹ Organisation Mondiale de la Santé, URL : <http://www.who.int/countries/mdg/fr/>

Selon les données, moins de 65% de la population se trouve à moins de 5km d'une structure sanitaire et moins de 50% de la population utilise les services de santé. Nous avons d'ailleurs pu le constater sur place lorsqu'une femme est arrivée, son bébé dans les bras, après avoir couru 15km, alors que l'enfant convulsait. Cela paraît inimaginable pour nous, qui bénéficions de tous les transports nécessaires à proximité.

De plus, la couverture du territoire est très mauvaise puisque que 41% du personnel de santé s'occupe de seulement 21% de la population.

La situation sanitaire de Madagascar est très complexe et nécessiterait une étude beaucoup plus poussée mais nous préférons résumer les principaux éléments dans la matrice ci-dessous retraçant les différents points importants ainsi que les défis de Madagascar dans son action pour la santé publique :



Opportunités

- La mise en oeuvre du "Plan d'Action pour Madagascar 2007-2012" de l'ONU
- Le taux de prévalence relativement faible du VIH avec moins de 1%
- Système de santé de district relativement développé appuyant particulièrement le secteur public qui dispose de 80% des structures sanitaires



Défis

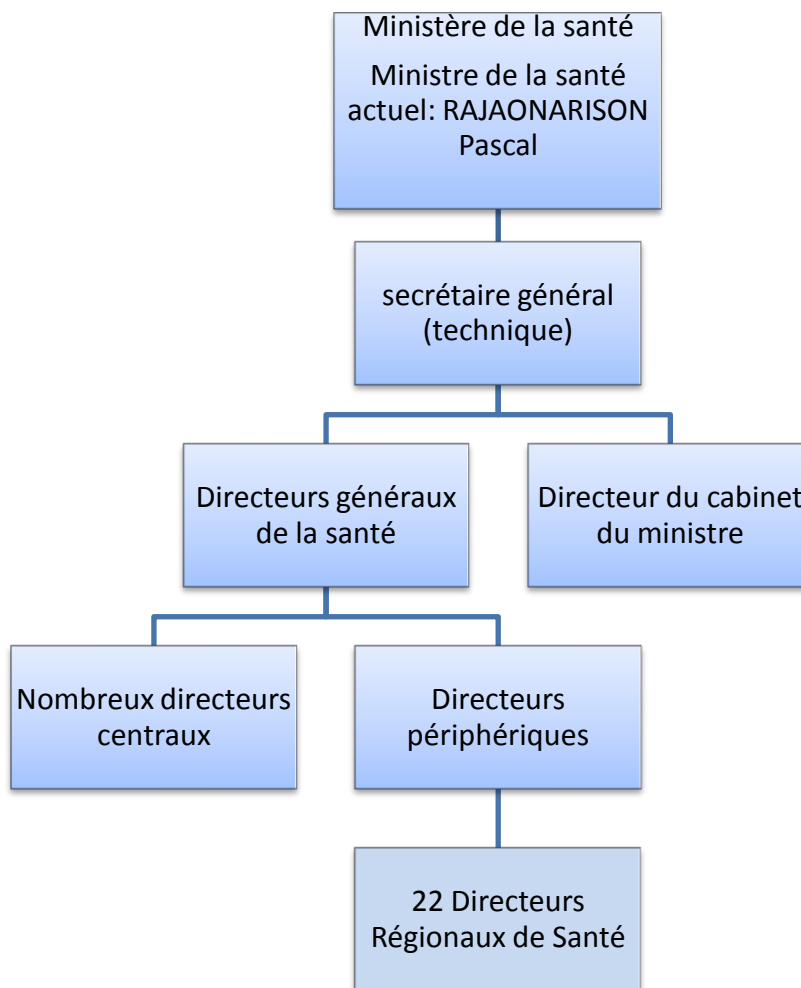
- Assurer la fourniture de services de santé de qualité à la population malgache, surtout aux couches les plus vulnérables
- Réduire la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies transmissibles
- Gagner la lutte contre le VIH et le SIDA en maintenant le taux à moins de 1%
- Mettre en place un planning familial
- Réduire la mortalité infantile
- Mettre en oeuvre la politique de décentralisation de la santé
- Améliorer la prévention sanitaire avec l'information de la population

III. Système de santé malgache:

a. Organisation générale du système :

L'objectif de ce voyage était d'étudier précisément le système de santé malgache en collectant des informations auprès de divers intervenants médicaux que ce soit dans la brousse ou dans les villes.

L'organigramme du système de santé malgache s'articule comme ceci :



RAJAONARISON Pascal

Madagascar se divise en 22 régions qui sont elles-mêmes divisées en plusieurs districts.

Chaque district est composé :

- ♦ D'un CHD : dirigé par un médecin chef, ce CHD peut être classé en I ou II selon sa taille ainsi que les techniques proposées.
- ♦ De plusieurs CSB II : dirigé par un médecin ou des paramédicaux quand il y a un manque de médecin
- ♦ De plusieurs CSB I répartis à la périphérie et dirigés par des infirmiers.

Chaque district et les structures qu'il contient sont supervisés par le médecin inspecteur.

Prenons un exemple : la région d'Atsinanana (en rouge sur l'image) contient 7 districts dont celui de Vatomandry et d'Antanambao-Manampotsy, les deux lieux où nous avons effectué nos stages.

- ♦ Le district de Vatomandry, dirigé par le médecin inspecteur Marcel RAJERISON contient :
 - un CHDII : structure bien développée qui propose une maternité, un service d'ophtalmologie, d'imagerie, de chirurgie...
 - 24 CSB répartis en 20 CSB II et 4 CSB I.
- ♦ Le district de Manampotsy, dirigé par le médecin inspecteur Botoson RANDRIANASOLO contient
 - Un CHD I : hôpital de 3 lits avec une maternité, mais pas d'imagerie ni de chirurgie.
 - 13 CSB répartis au centre et à la périphérie du district.



Pour mieux comprendre l'itinéraire du malade, prenons un exemple. Un patient qui arrive dans un CSB I sera pris en charge par un infirmier ou un paramédical. Si le cas s'avère trop grave, il sera redirigé vers une structure plus développée, que ce soit un CSB II ou le CHD I. En règle générale, un patient doit toujours se présenter à une consultation externe dans un CSB, et il sera ensuite redirigé dans un CHD si cela s'avère nécessaire.

Il y a, selon les structures, des différences dans les techniques proposées. En effet, si un cas chirurgical se présente à Manampotsy, il ne pourra pas être pris en charge par le CHDI car il n'y a tout simplement pas de service de chirurgie. Il devra être référé au CHD II de Vatomandry qui se trouve à 70km, ce qui représente 3 heures de route et d'énormes frais pour le patient.

Le schéma ci-dessous représente l'organisation et la structure hiérarchique des lieux de soins.



Le personnel qui travaille au sein de ces différentes structures est sous les ordres de l'Etat. En général, le gouvernement finance leurs études en échange d'un engagement de 10 à 15 ans de travail dans le secteur public. C'est donc l'état qui fixe le montant et verse leur salaire. C'est également lui qui gère la localisation des médecins et autres salariés. En effet, le personnel se doit d'aller où il a été affecté en laissant parfois toute sa famille dans sa ville d'origine. L'adaptation est parfois difficile surtout pour les habitants des grandes villes qui se retrouvent affecté dans des zones de brousse très reculées.

En plus de toutes ces structures qui sont entièrement dirigées par le gouvernement, il y a toute une branche de praticiens privés. Ils mettent en place leur propre cabinet, dans le lieu qu'ils désirent et fixent eux-mêmes le prix de leur consultation. Ces cabinets privés se trouvent uniquement dans les villes d'une taille assez développée. En effet, pour trouver des patients prêts à payer des tarifs assez élevés, il faut être au sein d'une population au salaire plutôt avantageux.

Nous approfondirons la question du salaire des médecins et de la tarification des consultations dans un prochain paragraphe.

Si l'on veut être complet, il nous reste à présenter une dernière catégorie de praticiens : les guérisseurs et soignants traditionnels. On les appelle rebouteux, marabout ou accoucheuse traditionnelle et ils participent grandement au système de santé malgache. Ils utilisent des dons qui leur ont été transmis par leurs ancêtres ou des recettes de plantes conservées de génération en génération pour aider et soigner leurs voisins. Ces pratiques sont en train de disparaître des grandes villes mais elles sont encore présentes dans la brousse, particulièrement dans les zones vraiment reculées. Nous présenterons ces techniques de médecines traditionnelles dans une prochaine partie.

6. Professionnels de la santé

1. Le Médecin Inspecteur :

Les médecins inspecteurs exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des patients comme des travailleurs. Leurs activités portent en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services et des équipes médicales. Ils supervisent un CHD par le biais d'un médecin chef et une vingtaine de CSB pour un district. Comme chaque médecin, ils passent par un cursus médical standard, 8 ans d'études au sein d'un hôpital universitaire dont une année de classe pré-médicale, puis s'ils choisissent comme la majorité d'entre eux de se mettre au service de l'état, ils sont placés dans un CSB2 ou un CHD.

Après un certain nombre d'années, souvent avec l'aide d'une spécialisation en santé public et à force de travail et d'initiatives, les plus méritants sont promus au poste de médecin inspecteur. Prenant ainsi la tête du système de santé du district, ils sont chargés du bon fonctionnement de tous les centres de soins et doivent gérer les questions logistiques, budgétaires, administratives, et l'archivage...



*Botoson RANDRIANASOLO,
médecin inspecteur
d'Antanambao-Manampotsy.*

Leur présence étant indispensable pour l'évaluation des besoins primaires des centres, les déplacements constituent une partie non négligeable de leur emploi du temps ; la difficulté de circuler sur l'île n'allant pas dans leur intérêt. Nous avons rencontré le Docteur Marcel RAJERISON et Botoson RANDRIANASOLO, exerçant respectivement à Vatomandry et Antanambao - Manampotsy ; tous deux nous ont fait part de leur parcours, leurs résultats, leurs objectifs collectifs et personnels. « Il est clair qu'il faut pallier au manque de personnel dans nos districts, nous mettons donc en place des aides sanitaires qui sont un peu comme des intérimaires, l'Etat a également lancé le projet GAVI, une augmentation des postes aux élèves infirmiers sortant. » nous expliquent-ils. Cependant malgré ces aides, il faut savoir faire des compromis comme laisser des professionnels du domaine paramédical superviser des CSB2 ; fermé un CSB ; et regrouper les types de prestations en fonction des fonds, du matériel et de l'énergie disponible, les réfrigérateurs, l'équipement de stérilisation...

De plus dans les villages de brousse, l'accès à l'eau et à l'électricité n'est pas toujours facile. À Antanambao Manamposty, différentes ONG l'ont rendu possible depuis 2003. Seulement à défaut d'être rentable, le générateur électrique ne fonctionne que de 12h à 23h, obligeant certains soins, à n'être donnés que suivant ces horaires, notamment les soins dentaires ou plus incommodes encore, les accouchements.



*Structure hospitalière
d'Antanambao-Manampotsy.*

Malgré les faibles structures quelque fois insalubres, un nombre de lit souvent insuffisant, et la distance entre les centres de soins et certaines zones d'habitation, faisant barrière aux traitements et à la sensibilisation, la progression de certaines actions est un succès. En effet, dans le district de Manampotsy, en cinq ans, on observe une augmentation de plus de 25% des visites du planning familiale, et une hausse de 32% pour la vaccination des nouveaux nés. Des résultats qui font la fierté du personnel et encourage les campagnes de sensibilisation pourtant difficiles à mettre en place ; la motivation des agents communautaires en charges n'échappant pas à la philosophie du « mora mora ».

Si la cohésion du groupe est importante au sein des ces organisations, elle n'est pas toujours constante, comme nous avons pu le constater à Vatomandry qui est pourtant une ville pilote dans ces projets et initiatives. En effet, certains malgaches, si respectueux soient-ils, n'ont pourtant pas leur orgueil dans leur poche. Nous avons malheureusement fait les frais d'une mésentente entre deux parties ; nous fermant ainsi l'accès au centre hospitalier de Vatomandry, étant un des plus développé et intéressant. Les relations humaines étant ce qu'elles sont, le soutien du médecin inspecteur n'a pas suffi. Cependant, cet événement nous aura quand même appris à défendre notre cause.

Si leurs nouvelles responsabilités ne leurs laissent que peu de temps au chevet des patients, les médecins inspecteurs s'investissent beaucoup dans leurs nouvelles fonctions, espérant souvent, comme la majorité du personnel de santé, obtenir un poste dans des villes plus développées et plus proche de leur famille.

2. Les Médecins et Médecin Chef:

Les médecins chefs sont garants du bon fonctionnement général, de la qualité de l'exercice médical et de son intégration dans le reste de l'activité hospitalière. A l'image des médecins inspecteurs pour leur district, ils supervisent un centre hospitalier pouvant cumuler différentes unités de soins comme la maternité, les urgences, ou la chirurgie qui reste la grande différence entre les soins des villes et les soins de brousse.

Les centres de santé de base de type 2 sont eux aussi gérés par des médecins, la plupart du temps. C'est ici que sont reçus tous les patients, gratuitement, en consultation externe, pour parfois être redirigés vers le centre hospitalier. La gratuité de ces consultations est contrebalancée par le « tout à un prix », dont nous discuterons par la suite.



Le Dr Anne à gauche à l'hôpital de Manampotsy et le Dr Serge à droite à homéopharma.

Nous avons rencontré la doctresse Anne, Médecin chef de Manampotsy ainsi que le Dr Serge, gérant du dispensaire urbain de Vatohandry. Pour l'un comme pour l'autre, après de très bons résultats aux épreuves du baccalauréat scientifique, ils ont commencé leurs études de médecine, et sont aujourd'hui pleinement satisfaits de leur travail même si certaines saisons sont plus difficiles que d'autres. « Suivant les épidémies, que ce soit la grippe ou des infections beaucoup plus graves, il nous arrive de faire une soixantaine de consultations par jour ». Il faut dire que pour ces zones, la moyenne est d'une vingtaine de médecins pour vingt mille habitants.

Pour ce qui est des tests et des modes de traitements, chaque structure est couplée à un local d'analyse et à une pharmacie, facilitant ainsi les déplacements des patients et diminuant les temps de transfert.



Il existe des protocoles stricts et standardisés pour de nombreux symptômes que les médecins doivent respecter même si leurs connaissances et intuitions les aiguilleraient vers un autre schéma thérapeutique.

« Il est vrai qu'à Madagascar de nombreuses pathologies sont similaires, et étant donné que le personnel paramédical donne aussi des consultations, il est important d'avoir un plan d'action face à telle ou telle plainte. Seulement, pour les médecins, il est contraignant de devoir suivre ces instructions à la lettre alors que notre savoir et notre observation du patient pourraient nous éviter des opérations inutiles, comme par exemple les tests paludiques rapides. Bien sûr ces tests sont importants, car cette infection est facile et peu coûteuse à soigner si elle est prise tôt mais la moindre céphalée est motif à pratiquer ce test. » C'est en effet ce que nous explique le Dr. Serge, aux côtés duquel nous avons beaucoup appris, et notamment sur son parcours universitaire, puisqu'il a suivi les études de la faculté de médecine de Majunga qui est jumelée avec la faculté de Strasbourg. Cette alliance étant soutenue par l'IRCOD (l'Institut Régional de Coopération de développement).

Il nous raconte aussi que Madagascar accueille de nombreux chirurgiens chinois. La majeure partie d'entre eux ne reste que quelques années, puis repart vers la Chine ; ceci étant prévu par les accords. En réalité, la présence chinoise à Madagascar n'est pas récente, il y a une communauté chinoise, plutôt bien intégrée. Seulement, pour avoir vu leur résidence, les chirurgiens en question, nous ont paru plutôt à l'écart, d'autant plus qu'ils ne parlent ni malgache ni français. Nous n'avons pas pu en savoir beaucoup plus sur cette vague chinoise.

Non seulement assigné au dispensaire urbain de Vatomandry, le Dr. Serge, est médecin de santé scolaire, médecin du travail, médecin de pénitencier, et il consulte également pour les missionnaires. L'accumulation de fonctions est monnaie courante pour les médecins de Madagascar.

3. Les Infirmiers :

A l'image des hommes en blancs d'occident ; les infirmiers et infirmières de Madagascar, sillonnent les (la) chambres des malades d'un pas sûr ; apportant si ce n'est une parole, un regard réconfortant aux proches des patients. On pourrait tout à fait comparer leur rôle à celui des infirmiers suisses au sein d'un hôpital ou d'un dispensaire, mais cela est sans compter la charge de responsabilité qui repose sur les épaules de ces travailleurs malgaches.

Certains d'entre eux supervisent un CSB1, voir CSB2, selon la disponibilité et le nombre, malheureusement insuffisant, de ressortissants médecins. Ils doivent alors s'occuper des suivis médicaux, des soins de premiers secours, mais aussi des consultations journalières ; depuis une anamnèse protocolaire jusqu'à un léger examen physique pour les plus expérimentés. C'est ici que les schémas thérapeutiques prennent toute leur importance, rendant ainsi possible le diagnostic et la prescription.

Félix, infirmier depuis 25 ans établi à Manampotsy depuis 18 ans, nous est présenté comme le gardien de l'établissement. Sa grande expérience ajoutée à la redondance des symptômes et pathologies dans les hôpitaux malgaches, font de lui, « le professeur » de ces murs. Sans compter qu'il connaît le personnel, les villageois, et l'établissement mieux que quiconque. Il nous explique qu'après ses cinq années d'études paramédicales, il a travaillé dans trois villes différentes, dont Vatomandry. Aujourd'hui, il est content de son affectation et compte rester à Manampotsy après sa retraite. Pour l'avoir vu à l'œuvre en consultation, cet homme au regard sage est, sans conteste, d'une grande aide pour tout le personnel du CSB et du CHD, y compris pour les médecins chevronnés. Son approche face aux soins est une de plus sereine, optimiste et rationnelle, qu'il nous ait été donnée de voir.



Cela étant nous avons également été frappés par le manque pratique d'autres personnalités paramédicales en charge des consultations externes. Si les modèles protocolaires leurs sont d'une grande aide, certaines lacunes nous ont tout de même sautées aux yeux. Et malgré, nous en sommes conscient, le peu de pratique que nous possédons en troisième année de médecine, nos cours de compétences clinique, aussi bien de sémiologie que de relation médecin-patient, leurs auraient été plus que bénéfiques !

C'est d'ailleurs sur ce point que se base notre plus grand regret concernant ce stage. Notre inexpérience face aux situations cliniques nous a souvent freinée, tant pour les gestes techniques à proprement parlé, que dans l'échange de nos connaissances avec le personnel. En effet, nous ne voulions en aucun cas les gêner avec nos compétences, purement théoriques pour la plus part, et avec lesquelles nous sommes encore hésitant. La barrière de la langue qui subsistait avec une majorité des patients, n'étant pas pour faciliter notre implication au sein des entretiens...

4. Les Laborantins :

Nous avons rencontré, Mr RAZAKARIVONY Louis de Gonzagui, le laborantin exerçant au centre de diagnostic d'Atanambao Mampotsy. Après sa formation paramédicale, il est engagé par l'Etat comme fonctionnaire et touche 260 000 Aa/mois. Le peu de matériel à disposition, et les colorants, sont fournis et subventionnés par l'Etat. Ne comptant pas ses heures, il enchaîne les analyses de l'hôpital et des centres de santé de base périphériques, les consultations externes du CSB2, ainsi que les gardes de nuit. Il effectue presque 300 analyses chaque mois, depuis les tests paludiques (goutte épaisse et frotti mince), jusqu'aux examens de crachat et de selles. Il connaît parfaitement les différentes techniques de fixation et d'observation correspondant aux multiples tests et nous les détaille avec enthousiasme. De plus, il est très au courant des traitements à dispenser suivant les cas de figure : leurs phases, leur dosage, leurs effets secondaires et taux de réussite...



Les laborantins faisant parti du personnel paramédical, ils se doivent d'être préparés pour mener une consultation et repérer les signes caractéristiques de certaines maladies répertoriées. Cependant, il est clair qu'en dehors des schémas de base ; ils manquent quelques cordes à leur arc.

La majorité des analyses concernent la tuberculose et le paludisme. « Alors que le BAAR tuberculeux est facile à repérer », nous explique la doctresse Anne, faisant ses propres analyses à ses heures perdues. « Pour ce qui est du type de plasmodium à définir avec un frotti mince, je préfère laisser travailler les professionnels. »

5. Les Sages femmes:

Nous avons rencontré une sage femme à Manampotsy. Elle a passé un concours après le baccalauréat pour commencer un cursus de trois ans d'étude à Tamatave.

Elle est aidée dans son travail par une accoucheuse traditionnelle qui assiste certaines femmes à leur domicile, mais qui fait également des gardes de nuit à la maternité. Elle accouche 5 à 6 femmes par semaine sur la commune de Manampotsy. Sa formation fut plus informelle, puisqu'elle a appris en assistant des médecins depuis l'âge de 18 ans. Désormais, elle procède à l'accouchement des femmes à leur domicile, souvent au beau milieu de la brousse. En cas de problème, elle essaie de faire évacuer la future mère vers l'hôpital. Personne ne lui verse de salaire, elle vit grâce aux cadeaux que lui font les jeunes mères : riz, animaux, argent. En plus de cela, elle cultive quelques plantations pour augmenter ses revenus.



6. Les Dentistes:

Pour pouvoir devenir dentiste à Madagascar, il faut passer un baccalauréat scientifique, puis être sélectionné sur dossier pour intégrer une école où la formation durera 6 ans. Les études ne sont pas payantes, mais il faut régler les frais d'inscription ainsi que tout le matériel d'étude. C'est donc l'état qui paye la majorité de la formation. En retour, le dentiste s'engage à travailler pour l'état pendant au moins 10 ans.

Son salaire est de 400 000 à 450 000 Ariary par mois (180 CHF). Le dentiste rencontré à Manampotsy estime que ce salaire est suffisant quand on habite en brousse, mais insuffisant si on vit en ville, où le coût de la vie est tout de même bien plus cher.

Il reçoit entre 5 et 10 patients par jour. Le matin, il s'occupe des extractions de dents, mais il doit attendre l'après midi et donc l'électricité pour procéder aux soins des dents carriers ou mobiles.



*Le dentiste de Manampotsy
et le matériel de
stérilisation*

Quand un patient vient se faire soigner, il ne paye pas directement le dentiste, mais il devra rembourser le matériel utilisé, c'est-à-dire toutes les compresses, les aiguilles, les seringues ainsi que les ampoules d'anesthésie. Ainsi pour une extraction de dent, il faut compter 3 ampoules d'anesthésie, une aiguille, des compresses. Cela revient environ à 3000Aa soit 1,2 CHF. Si ce travail est effectué par un dentiste privé, il faudra compter 5000Aa (2 CHF).



*Cabinet du dentiste
avec son matériel.*

A Madagascar, seul un faible pourcentage de la population a accès aux soins dentaires. Beaucoup ont peur d'aller chez le dentiste. En effet, quand on n'a pas les moyens de s'offrir l'anesthésie, la douleur n'est pas supportable.

La majorité des consultations concernent des extractions de dents car les patients viennent toujours beaucoup trop tard. Leurs dents ne pouvant alors plus être soignées, il faut les arracher. Cela se voit n'importe où dans la rue : si on regarde un malgache sourire, on constate qu'il ne possède que très rarement toutes ses dents.

De nombreuses actions de sensibilisation à l'hygiène dentaire ont lieu, notamment dans les écoles. Cependant, d'après ce que nous avons vu dans la brousse, les malgaches possèdent des brosses à dents, mais rarement du dentifrice. Ils utilisent alors du savon ou du charbon par manque de moyen.

Il y a donc encore un gros travail à effectuer en matière d'hygiène et de soins dentaires. Il y a déjà eu beaucoup de sensibilisation mais si le matériel nécessaire n'est pas donné gratuitement, la population ne peut tout simplement pas mettre en œuvre les conseils qui lui ont été prodigués.

7. *Administratifs:*

Il y a un certain nombre d'administratifs qui travaillent au sein de structures telles que les hôpitaux. A Manampotsy, tous les administratifs sont regroupés au sein d'un même bâtiment. Certains vivent au sein de la structure hospitalière car des logements ont été aménagés dans des bâtiments très proches de l'hôpital.

Nous tenons à signaler que les informations sur les salaires sont relativement différentes selon l'interlocuteur. Pour vous donner une idée, le salaire mensuel d'un médecin tourne autour de 700 000 Aa (280 CHF), celui des infirmiers est de 600 000 Aa (240 CHF) et les paramédicaux gagnent 260 000 (106 CHF). Tous les acteurs que nous avons interrogés affirment que leur salaire est insuffisant. Rappelons tout de même que le salaire malgache moyen s'élève à 100 000 Aa (40 CHF).

Personnel de l'hôpital de Manampotsy :



c. Principales pathologies touchant les malgaches :

Pour visualiser les principales pathologies à Madagascar, nous avons photographié le document ci-dessous qui était affiché sur un des murs de l'hôpital de Manampotsy. Les chiffres mentionnés sont donc représentatifs du district d'Antanambao Manampotsy sur une période allant de Janvier à Avril 2011.

On constate que le paludisme est la pathologie la plus fréquente et qu'elle touche principalement les jeunes enfants entre 1 et 4 ans.

Viennent ensuite les infections respiratoires aiguës qui, elles aussi, ont plutôt tendance à toucher des enfants jeunes.

Puis, on voit apparaître les maladies digestives, cutanées, diarrhéiques, ainsi que les parasitoses, les affections bucco dentaires, ostéo articulaire, les IST et les maladies oculaires. Ces dernières ont plus ou moins la même incidence sur la population mais touchent différemment les classes d'âges.

DRSP : ATSIANANA
SDSP : ANTANAMBAO MANAMPONTSY

LES DIX PATHOLOGIES PRINCIPALES

Période : Janvier à Avril 2011

Total nouveaux cas : 9292

Rang	Maladies	Nombre de cas					Total	Pourcentage %
		0-11 mois	1-4 ans	5 à 14ans	15 à 24ans	25 ans et plus		
1°	Paludisme simple	193	1327	763	234	189	2706	29,12%
2°	IRA	570	854	402	227	466	2519	27,11%
3°	Affections digestives	18	65	75	124	220	502	5,40%
4°	Affections cutanées	59	75	85	72	110	401	4,32%
5°	Maladies diarrhéiques	87	124	39	42	60	352	3,79%

6°	Parasitoses intestinales	27	122	63	38	92	342	3,68%
7°	Affections bucco-dentaires	7	6	27	52	73	165	1,78%
8°	Affections ostéo-articulaires	0	3	27	44	145	219	2,36%
9°	IST	0	0	0	65	72	157	1,69%
10°	Affections de l'œil et ses annexes	9	15	26	31	46	127	1,37%

Nous allons développer les maladies qui touchent le plus la population et dont la prévention et le traitement sont pris en charge par le gouvernement.

1. Le Paludisme :

Comme bon nombre de pays africains, Madagascar est fortement touché par le paludisme. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité, après les infections respiratoires aiguës. Cependant, on voit depuis 2006 une très forte baisse de la prévalence de cette maladie. Cela coïncide avec la mise en place d'un programme gouvernemental d'éradication du paludisme qui est supporté par des fonds internationaux.



En Avril 2011, le ministre de la santé Pascal RAJAONARISON a annoncé que Madagascar avait enregistré 193 857 cas de paludisme avec 87 décès en 2010 contre 299 094 avec 266 décès en 2009. L'OMS d'Antananarivo confirme ces chiffres et annonce une baisse de 75% du nombre de cas de paludisme depuis 2006, pour arriver à une prévalence de 3% sur l'ensemble du pays. Pour se donner une idée : en 2006, le palu infectait 90 personnes sur 1000. Cette année, cela concerne 5 personnes sur 1000 venues consultées dans un centre de santé.

Alors en quoi consiste ce programme national ?

Tout d'abord, la prévention a joué un rôle important. C'est l'information de la population sur le mode de transmission de la maladie, ses symptômes et ses risques qui a permis de sensibiliser les patients aux risques encourus. En plus de ces informations, il y a eu des distributions gratuites de moustiquaires pour toutes les familles.

Cependant, la prévention ne peut pas suffire à éradiquer une telle maladie. Surtout quand on sait que seules 2 moustiquaires ont été distribuées par famille. Or, certaines ont plus de 6 enfants qui ne sont alors pas tous protégés. De plus, certains malgaches n'aiment pas dormir sous les moustiquaires qui leur rappellent certains rites mortuaires et où ils peuvent parfois se sentir emprisonné. Cela ne facilite en rien l'éradication de la maladie.



Au niveau des consultations, un protocole strict a été mis au point. Ainsi, si un patient se plaint de maux de tête, de fièvre ou de fatigue, le médecin fera forcément un test rapide pour le paludisme. Il suffit de prélever une goutte de sang et de la mettre dans le testeur. Au bout de 10 minutes, le résultat s'affiche.

Format du kit de test pour la malaria
Test positif à gauche
Test négatif à droite où un seul trait est présent au niveau du contrôle.



Si le résultat du test est positif, le médecin donnera le traitement Artesunate amodiaquine Winthrop (sanofi-aventis) à prendre par voie orale et dont le dosage diffère selon l'âge et le poids du patient. La consultation, le test et le traitement sont gratuits du fait du programme national.

Après la prise du traitement, on considère que le patient est guéri sauf s'il revient à l'hôpital avec des signes de complications. Dans les complications fréquentes, on trouve les convulsions, l'hypotonie ou la paralysie d'un membre. En effet, il arrive que le premier traitement ne fonctionne pas. La raison majeure est le vomissement après la prise d'un cachet, surtout chez les enfants. On conseille aux parents de bien surveiller si l'enfant supporte le traitement. S'il vomit après avoir pris un des cachets, il faut revenir en consultation pour avoir à nouveau des médicaments.

En cas de complication, on injectera du sérum de kinine au patient selon un protocole bien défini. On pourra compléter le traitement d'un anti-convulsif et/ou anti vomitif. Par contre, le patient devra payer le sérum ainsi que tout le matériel utilisé, ce qui correspond à 6000 Aa par jour (soit 2,4 CHF).

En plus du sérum, on réalisera des tests au laboratoire pour chercher quel type de plasmodium est en cause et en quelle quantité il est présent. Pour cela, le laborantin réalise une goutte épaisse qui permet le comptage et un frottis mince qui permet de déterminer l'espèce impliquée. Cela permettra aussi de suivre l'évolution du traitement en vérifiant que la parasitémie est bien en train de diminuer. A Madagascar, c'est le plasmodium Falciparum qui est présent en majorité.

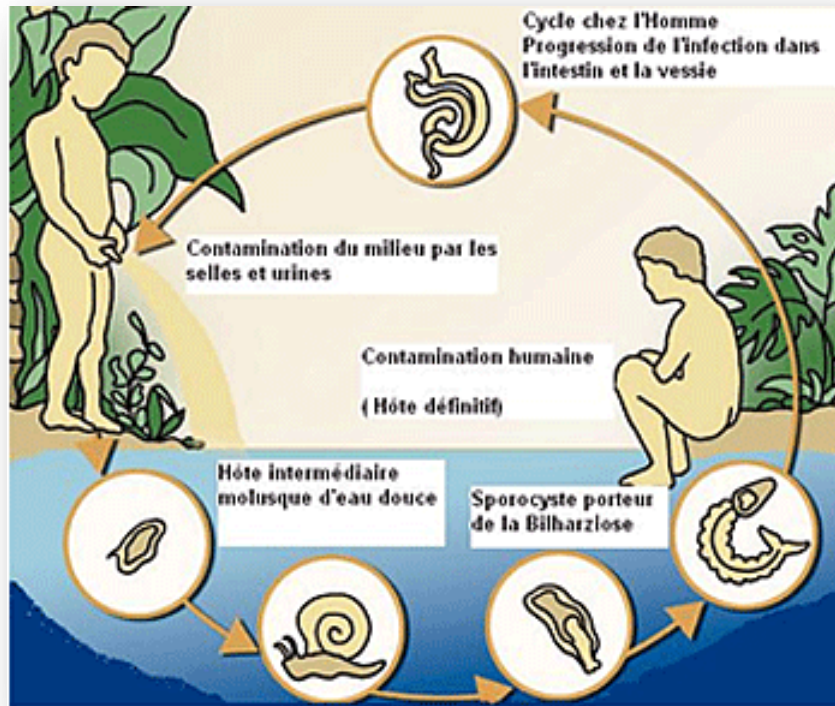
Le pays a donc fait de gros progrès dans la prévention et le traitement du paludisme. Il reste encore un long chemin à parcourir s'il veut atteindre son objectif qui est l'éradication du paludisme d'ici 2020.

2. La Bilharziose :

Une maladie tropicale également prise en charge par le gouvernement est la bilharziose. Il s'agit d'une maladie provoquée par un vers appelé schistosome ou bilharzie. Il vit à l'état adulte dans l'intestin ou la vessie de mammifères et oiseaux.

Quand une personne fait ses besoins dans l'eau d'un fleuve, il relâche des œufs en grand nombre. Après un cycle de vie spécifique impliquant des hôtes intermédiaires telles que les mollusques, les nouvelles larves formées pourront infecter un nouvel hôte par voie transcutanée via l'eau souillée. Il existe deux formes de bilharziose : urinaire ou intestinale selon l'organe infecté.





Il y a plusieurs phases dans la maladie avec des signes différents selon s'il s'agit d'une bilharziose intestinale ou urinaire :

- ✦ Phase aiguë : elle arrive juste après le contact avec la peau et correspond à l'envahissement de l'organisme par les parasites
 - ✧ Urinaire : boutons, démangeaisons, fièvre, toux et douleurs aux articulations environ 6 jours après le contact.
 - ✧ Intestinale : assez semblable à l'urinaire, mais on peut ajouter les diarrhées sanguinolentes.
- ✦ Phase active : le malade héberge beaucoup de parasites, c'est le moment où la parasitémie est la plus élevée.
 - ✧ Urinaire : douleur pubis, brûlure à la miction, hématurie
 - ✧ Intestinale : douleur intestinale, diarrhée et sang dans les selles.
- ✦ Phase tardive : ce sont les complications qui se mettent en place si la maladie n'est pas traitée.

Avant de se développer dans la vessie ou l'intestin, le parasite envahit le foie et détruit le tissu en créant des granulomes qui vont se transformer en tissu cicatriciel, mangeant petit à petit le tissu fonctionnel hépatique. On peut constater notamment une hypertension portale, une hépatomégalie ou des varices œsophagiennes.

Pour diagnostiquer les bilharzioses, il faut procéder à des examens d'urine ou de selle par le laboratoire. A Madagascar, on rencontre principalement la bilharziose intestinale. Il existe des traitements efficaces et gratuits pour lutter contre cette maladie. Cependant, le meilleur moyen de lutter reste la prévention et la mise en place de meilleur moyen sanitaire. En effet, il faudrait que la population utilise uniquement les latrines et qu'elle évite les contacts avec l'eau contaminée. Mais cela nécessite de nouvelles installations sanitaires, ce qui implique donc des moyens financiers importants.

3. La Lèpre et la tuberculose :

Deux autres maladies importantes contre lesquelles le gouvernement se bat actuellement sont la tuberculose et la lèpre. A Manampotsy, il a eu 5 cas de lèpre depuis janvier 2011. Le diagnostic de la lèpre est assez difficile et il ne faut pas le confondre avec d'autre maladie de la peau telles que le psoriasis, le vitiligo, un eczéma ou une rougeole. Le diagnostic de la tuberculose, lui, se base sur l'examen de prélèvement de crachats chez les patients suspects.

Le traitement pour ces deux maladies est complètement gratuit, mais le patient doit être en mesure de se déplacer fréquemment à l'hôpital. Le taux de guérison de la tuberculose est de 87%, ce qui est plutôt encourageant. Cependant, le taux de dépistage n'est que de 37%. Or, comme il s'agit d'une maladie très contagieuse, il serait important que des campagnes de dépistage soient mises en place afin de commencer un traitement le plus précocement possible et ainsi éviter la contamination des proches.

Ces programmes nationaux ont permis à Madagascar de faire d'énormes progrès médicaux et de diminuer la prévalence de nombreuses maladies. A Manampotsy, il y a avait un salarié spécialisé dans les maladies prises en charge par le gouvernement comme le paludisme, la tuberculose et la lèpre.



Mr Joseph, responsable de la prise en charge du paludisme, de la tuberculose et de la lèpre.

IV. Santé de la reproduction :

a. Planning familial :

La majorité des CSB II de Madagascar possède un département planning familial. Il gère la prévention des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi la sensibilisation à la contraception et à la maternité sans risque.

Nous avons été relativement surpris des informations obtenues concernant les pratiques sexuelles à Madagascar. En effet, d'après ce que nous avons lu avant de partir sur l'île, nous pensions que la grande majorité des jeunes filles attendaient le mariage avant d'avoir des relations sexuelles. Sur place, la responsable du planning familial de Manampotsy nous a rapidement corrigé ces informations. Nous lui sommes très reconnaissant de nous avoir fourni autant d'explications sur des sujets souvent tabous et dont il est assez dur de parler, surtout avec des étrangers. On nous a expliqué que de nombreux enfants étaient sexuellement actifs à des âges précoces, approximativement autour de 12 ans. Apparemment, certains parents pousseraient leurs enfants à avoir des relations sexuelles assez tôt dans leur vie, souvent contre rémunération. Ainsi des hommes d'un certain âge paieraient environ 2000 Aa (soit moins d'un euros) pour avoir des relations sexuelles avec des jeunes filles. Ceci se pratiquerait en majorité en brousse mais aurait bientôt disparu en ville.

La prostitution infantile est donc un problème de société à Madagascar, tout comme le tourisme sexuel qui est activement combattu par le gouvernement. Il n'empêche que ces sujets touchent l'intimité de la population et qu'il est donc difficile d'aborder la question.

En ce qui concerne les MST, c'est la syphilis et les écoulements génitaux (gonorrhée, chlamydia) qui sont les plus fréquents. En effet, près de 18% des femmes enceintes seraient atteintes de syphilis. De nombreuses campagnes de sensibilisation pour l'utilisation des préservatifs ont été menées à la radio ou dans les écoles. Cependant, la population ne semble pas très réceptive aux messages de prévention. Il faut toutefois noter que l'utilisation du préservatif en ville est en train de se développer.



Contrairement aux autres pays africains qui sont très fortement touchés par le VIH/SIDA, les malgaches ne sont pour l'instant que peu affectés. La contamination par le VIH touche environ 0,20% de la population. Sur le district de Manampotsy, aucun cas n'a jamais été déclaré. Sur le district de Vatohandry, il semblerait qu'il y ait eu deux cas cette année. Cependant, ces chiffres restent très approximatifs. En effet, il n'y a que très peu de dépistage pour le VIH à Madagascar. Les tests sont très chers et doivent être envoyés dans des grandes villes de l'île. Il faut donc rester très vigilant car au vu du manque d'utilisation du préservatif sur l'île, le VIH est typiquement la maladie à surveiller de près.

Le rôle du planning familial est principalement préventif. En effet, on a constaté qu'il n'y avait que peu de consultation. Les patients sont gênés de parler de leur vie sexuelle et des maladies qui peuvent y être liées. C'est vraiment dommage, que la population n'ose pas plus consulter le planning familial, ne serait-ce que pour obtenir des conseils et des informations. Les consultations étant gratuites pour les patients, seule leur gêne et leurs tabous les empêchent de franchir la porte. Il faut toutefois mentionner que depuis quelques années, la fréquentation du planning familial à Manampotsy a beaucoup augmenté. Selon le médecin inspecteur, on est passé de 6% à 32% de couverture de la population. De grands progrès sont donc réalisés de jour en jour.



La responsable du planning nous a fait comprendre que le problème majeur résidait dans le manque d'éducation des enfants et des jeunes. Seul 40% des enfants arrivent jusqu'à l'école secondaire (10ans) ; une grande majorité ne sait donc ni lire ni écrire. Madagascar possède un taux d'alphabétisation très hétérogène : environ 50% dans les villes et 20% dans les campagnes. Ainsi, pour la responsable, les jeunes qui n'ont pas reçu une certaine éducation ne sont pas en mesure de comprendre les enjeux de la contraception ou de la protection contre les MST. C'est donc souvent les moins instruits et les plus pauvres qui font le plus d'enfants. Or, c'est aussi cette classe de la population qui a les plus grandes difficultés pour s'occuper de ses enfants, de leur scolarité et de leur avenir. Pour la responsable du planning, le point le plus important pour le développement de Madagascar est l'éducation des générations futures afin de bloquer le cercle vicieux qui s'est installé et empêcher que les enfants ne reproduisent le schéma familial.

6. Maternité :

C'est au sein de la maternité de Manampotsy que nous avons pu rencontrer une sage femme ainsi qu'une accoucheuse traditionnelle. Ce sont des femmes très sympathiques qui ont bien voulu partager avec nous leur savoir sur la maternité malgache. En brousse, seule 30% des femmes accouchent à l'hôpital tandis que les autres sont fidèles à l'accouchement traditionnel, c'est-à-dire à domicile. Le taux de mortalité des femmes enceintes est d'environ 140/100 000 et il ne semble pas varier entre les deux modes d'accouchements. En ce qui concerne les nourrissons, il y a eu en 2010 sur le district de Manampotsy environ 25 morts nés, ce qui représente environ 2,5% des naissances. Les grossesses sont très peu suivies comparées à des grossesses dans des pays occidentaux. En effet, il y a encore très peu de femmes qui ont le réflexe d'aller faire une consultation prénatale. Lors de cette consultation, si elle a lieu, la sage femme relève le poids de la patiente, sa tension artérielle, et ausculte le fœtus à l'aide d'un *stéthoscope de Pinard*.



En brousse, il n'y a pas d'échographie car il n'y a tout simplement pas l'équipement nécessaire. Les femmes qui viennent consulter et qui ont des difficultés avec leur grossesse ou qui présentent des risques importants sont envoyées sur la commune de Vatomandry qui dispose d'un meilleur équipement.

L'accouchement à la maternité ainsi que les consultations prénatales sont gratuites. Cependant, s'il faut des compresses, des médicaments ou tout autre matériel, la patiente devra payer. Il en est de même pour l'anesthésie. Une grande différence par rapport à l'Europe est l'absence de péridurale pour les femmes malgaches, particulièrement en brousse. C'est impressionnant de voir ces femmes qui accouchent en silence et ne se plaignent quasiment jamais de la douleur. Nous avons d'ailleurs beaucoup fait rire les sages femmes en leur expliquant tout le cinéma que font les occidentales lors de leur accouchement.

Tout comme pour la consultation prénatale, il n'y a pratiquement jamais de consultation post-natale. Il est de coutume que les femmes restent un mois au lit après leur accouchement ; il n'est donc pas envisageable qu'elles se déplacent jusqu'à l'hôpital. L'enfant n'est donc pas suivi ni surveillé, hormis pour ses vaccins.

La mortalité infantile est très élevée à Madagascar. Environ 5 % des enfants vont décéder avant leur première année de vie et ceci principalement à cause d'infections qui sont difficilement traitables là-bas.

Maternité de Manampotsy :



Lieu d'examen de la maternité de Manampotsy :



La fertilité moyenne à Madagascar est de 4,5 enfants par femmes. Mais ces chiffres varient énormément entre la brousse où on voit facilement une dizaine d'enfants par femme et la ville où il y a une grande quantité de famille moins nombreuses, parfois même avec des enfants uniques.

Salle d'accouchement de la Maternité de Manampotsy et sa sage femme :



L'âge moyen de la procréation est d'environ 16 ans pour les deux sexes. On peut alors se demander quelles sont les moyens de contraception utilisés par les couples sexuellement actifs.

Environ 25% de la population malgache utilise un contraceptif, dont principalement la pilule le stérilet ou l'implant. L'utilisation de contraceptif est plus répandue dans les villes que dans les campagnes, ce qui explique les différences de fécondité.

Les femmes malgaches utilisent également beaucoup de méthodes traditionnelles pour évaluer leur cycle menstruel : touché de la glaire cervicale, collier de perle, allaitement d'un précédent enfant. Or, comme on le sait, ces méthodes ne sont pas des plus efficaces. On peut se demander pourquoi les femmes n'utilisent pas plus de contraceptifs à Madagascar, surtout quand on sait qu'ils sont gratuits depuis 2007. Nous avons été très surpris d'apprendre qu'il s'agissait souvent de croyance médicale et non pas religieuse. Ainsi, de nombreuses femmes redoutent un cancer ou une autre maladie à la suite de la prise d'un contraceptif.

Différentes méthodes de contraception :



Nous avons ensuite voulu parler de l'interruption volontaire de grossesse. L'avortement n'est pas autorisé à Madagascar et cela reste un sujet très épineux. Lorsqu'on a abordé le sujet, la sage femme nous a répondu que les femmes malgaches adoraient avoir des enfants et qu'elles ne souhaiteraient pour rien au monde se faire avorter. Nous avons de profonds doutes sur ces affirmations, particulièrement en cas de viol ou d'inceste. De nombreux avortements sont pratiqués à Madagascar, mais dans une complète illégalité et avec de gros risques pour la femme enceinte. De plus, les auteurs d'IVG risquent plusieurs années de prison et une grosse amende.



c. La Vaccination :

Dans les Centres de Santé de Base II de Manampotsy, une journée par semaine est consacrée à la vaccination de la population. Ces programmes de vaccination de masse ont été mis en place par le gouvernement. Ainsi, la vaccination est totalement gratuite pour le patient. Cependant, il doit pouvoir se rendre au centre de santé. Cela n'est pas une mince affaire, quand on sait que dans la brousse, le patient doit parfois faire plus de 15 kilomètres à pied pour arriver au centre. Selon les infirmières et médecins, la distance à parcourir n'est pas vraiment un problème pour la population qui fait l'effort de se déplacer pour respecter le calendrier vaccinal.

Recommandation vaccinale malgache:



Selon le médecin inspecteur de Manampotsy, la couverture vaccinale est passée de 52% en 2006 à plus de 95 % en 2011. Cette forte progression est due à un effort groupé du gouvernement et du personnel du centre de santé qui a fourni un travail important sur la prévention.

En effet, chaque mois est dédié à une prévention ciblée. Pour cette année, le calendrier commençait ainsi :

- Janvier : prévention contre le paludisme
- Février : sensibilisation à la vaccination
- Mars : Maladie diarrhéique
- Avril : semaine de la santé enfant-maman
- Mai et juin : puériculture, conseil et soin de la petite enfance.

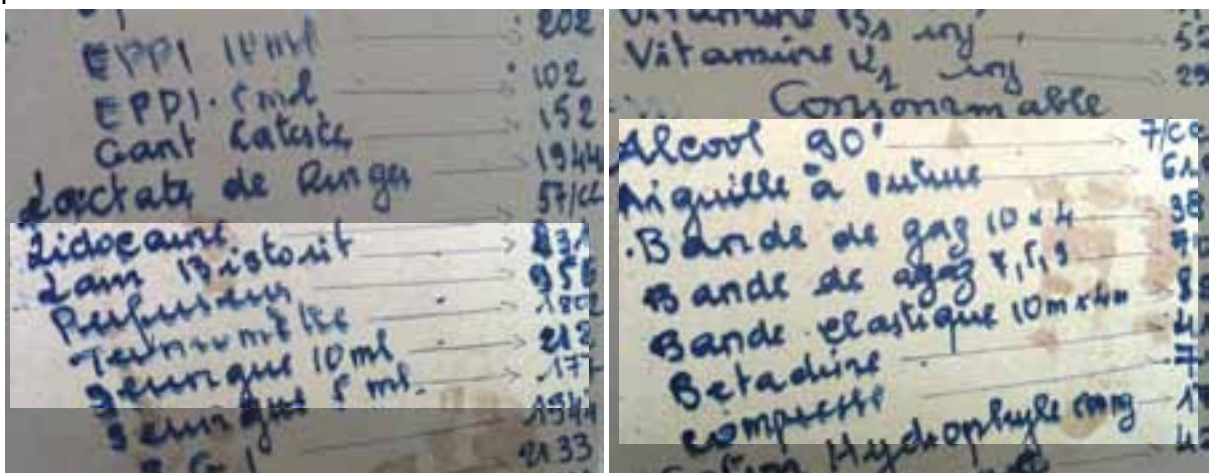
C'est donc grâce à ces efforts de sensibilisation que la population prend conscience et connaissance des maladies, de leurs moyens de prévention et de leur traitement.

V. La réalité de la prise en charge :

a. La consultation en pratique :

Durant notre séjour à Madagascar, nous avons pu assister aux consultations dites « externes », c'est à dire celles pratiquées dans les centres de santé de base. Ces consultations sont gratuites à la différence de celles effectuées dans un centre hospitalier dont les tarifs s'élèvent de 5000Aa (15 CHF) pour les malgaches à 30 000Aa (90 CHF) pour les étrangers.

Cependant, si le médecin n'est pas payé directement par le patient, la population sait bien qu'il est presque inutile de venir sans un sous à une consultation. Effectivement, pour ceux qui ne possède pas la carte verte permettant de bénéficier du fond d'équité ; tout se paie. En plus des médicaments, la moindre compresse, aiguille, essence pour l'ambulance, ou paire de gant pour le soignant est au frais du patient, dissuadant ainsi la population de cumuler les soins, et entraînant une augmentation des prises en charges tardives et souvent plus coûteuses.



Tarifs des médicaments et ustensiles exposés en vitrine de la pharmacie de l'hôpital de Manampotsy.

Certains tests, traitements et suivis sont pris en charge par l'Etat, ce sont les programmes nationaux. La tuberculose, le paludisme, et la lèpre qui est encore bien présente dans certaine région, font parti des plus importantes campagnes. Les préservatifs sont également distribués gratuitement pour prévenir des maladies sexuellement transmissibles. Pour ce qui est du VIH, nous avons été extrêmement surpris de ne trouver aucun porteur du virus dans les régions de la côte Est.

Comme énoncé précédemment, il est important de souligner que quasiment tout le personnel de santé doit être en mesure de mener à bien une consultation : du médecin au

laborantin. Cette différence se caractérise par les consultants types, des CSB1 (personnel paramédical) et CSB2 (personnel médical). Grâce à des schémas thérapeutiques et des plans d'action précis et détaillés, les pathologies sont diagnostiquées et traitées de manière presque standardisée. Reste cependant les pathologies plus rares ou plus difficiles à discernées, qui sont souvent délaissées ou banalisées par la prescription d'antidouleurs.

Concernant le contenu de la consultation à proprement parlé, et pour comparer avec l'enseignement qui nous est donné durant les années propédeutiques, à la faculté de médecine de Genève ; différentes choses ont attiré notre attention.

Les patients arrivent un à un, souvent bien avant le médecin ou l'infirmier, et s'installent en file indienne. Ils déposent simultanément, leur carnet de santé, qui fera office de numéros de passage si aucune urgence ne venait à perturber l'ordre établi. Puis c'est au tour du médecin de faire son entrée et de s'installer dans son bureau.



Salle de consultation au centre de santé de base de Vatomandry avec le Dr Serge.

Les visites s'enchaînent toutes les dix minutes environs, $\frac{1}{4}$ d'heure pour celles qui nécessitent un test paludique rapide (une consultation sur deux), l'attente du résultat étant parfois un peu longue. D'après ce que nous avons observé et ce que l'on a pu nous traduire, c'est d'abord le patient qui exprime les motifs de sa visite. Le soignant connaît généralement bien les personnes qu'il reçoit mais les dizaines de patients qui attendent pour la consultation matinale ne lui laissent que trop peu de temps pour établir une phase sociale.

Après une série de questions précises et directes, c'est le moment des tests, de la prise de tension et de la pesée ; gestes assez standard pour les médecins installés en ville mais moins systématique pour le personnel paramédical.



Salle de consultation du centre de santé de base II de Manampotsy.

Les patients, préférant parler en malgache au soignant, il était difficile pour nous de comprendre l'intégralité des échanges. Cependant, grâce aux clémentes traductions des professionnels de santé, nous avons tout de même pu identifier les différents points de leur anamnèse.

Il était assez frustrant, de devoir d'abord se soucier de la gêne que nous pouvions occasionner avant d'intervenir. Pour chaque nouveau cas, nos esprits entraînés enchaînaient mille questions face aux différentes plaintes. Malheureusement, notre inexpérience et le temps qui manquait au soignant pour mener à terme les consultations avec l'option traduction, nous a découragé plus d'une fois. Il en est de même pour l'examen physique, qui même avec les médecins, est très peu pratiqué. A part quelques examens gynécologique en cas de suspicion d'un chancre ou d'une mycose, et parfois une ou deux auscultations pulmonaires ; l'entretien reste souvent limité au bureau. Et s'il est vrai que la majorité des consultations s'établissent autour d'un mal de tête et de nausées, nombreux sont les problèmes digestifs qu'on transfère en échographie sans avoir palpé ni même inspecté l'abdomen. Rappelons aussi qu'une échographie coûte 10 000 Aa soit 10% du salaire malgache moyen.

Au terme des consultations, de nombreux antalgiques et vitamines ont été prescrits, plusieurs conseils alimentaire et d'hydratation ont été donnés, certains traitements d'antibiotiques, d'antiacides et d'antidouleur nous ont paru un peu hâtif.

Le Dr. Serge nous explique quand même, qu'il vaut mieux donner quelque chose, quitte à donner un antidouleur placebo, ce qu'il fait régulièrement. Sinon les patients ont tendance à pratiquer l'automédication, et à prendre des traitements lourds et non sans conséquences même pour de légères céphalées. Pour pallier à cela, il dirige également les gens vers la médecine des plantes, nouvellement industrialisée sous le label Homéopharma. Mais encore une fois, il faut considérer cette médecine comme un luxe inaccessible aux démunis.

6. Les médicaments et le trafic illégal :

Comme nous l'avons vu, certaines maladies sont totalement prises en charge par le gouvernement et le patient ne doit rien payer. Cependant, il existe beaucoup d'autres pathologies fréquentes qui nécessitent un traitement qui ne sera pas payé par l'Etat.

Une consultation avec un médecin est toujours gratuite à Madagascar. Mais le patient devra payer les médicaments qui lui ont été prescrits. On trouve ces médicaments dans différents points de retraits. Tout d'abord, dans les pharmacies, souvent au sein même du centre de santé. Il y a également des pharmacies dans le village ou la ville, mais les prix diffèrent selon les vendeurs.

Pour finir, il existe un grand trafic illégal de médicament, particulièrement dans la brousse. Ainsi, les patients peuvent se fournir aux abords des forêts auprès de revendeurs illégaux. Selon les médecins, ces médicaments paraissent souvent moins chers que ceux délivrés en pharmacie, mais ils sont de moins bonne qualité du fait de leur mauvaise conservation. De plus, le revendeur n'est ni pharmacien, ni médecin, il vend souvent ces cachets sans véritable conseil et sans instruction.

Cela peut parfois être dangereux ou alors s'avérer complètement inefficace pour combattre la maladie. Le patient est donc parfois amené à devoir acheter plusieurs types de médicaments pour enfin constater des effets. Alors que pour le même prix, il aurait directement eu le bon traitement avec le bon nombre de comprimés à la pharmacie de son centre de soin.



c. L'assurance maladie :

Les patients ne se font jamais rembourser les frais avancés pour les médicaments et le matériel de soin. Il y a donc une différence capitale entre le système de santé malgache et le notre : ils ne possèdent pas d'assurance de santé.

Sans assurance, il n'y a pas de système d'entraide et chaque patient doit être capable de payer ses frais médicaux s'il veut pouvoir être soigné. Cependant, des essais de mise en place d'assurance ont été menés. Ainsi, Vatomandry est une des premières et des seules communes à avoir expérimenté une mutuelle de santé. C'est en 2005 que la coopération française a mis en place ce système de mutuelle appelée TIAVA. Le cotisant payait 300 Ariary (10 centimes) par mois et tous ses frais médicaux étaient pris en charge. Aujourd'hui, la cotisation s'élève à 500 Ariary car le système n'était pas rentable. La coopération française est partie en 2007 en laissant un français sur place pour superviser trois employés malgaches. En 2007, il y avait 357 adhérents. Il y en a désormais 1800 aujourd'hui grâce à des actions de sensibilisation pour promouvoir le système d'assurance. Cependant, selon le médecin inspecteur de Vatomandry, cette mutuelle de santé ne pourra pas tenir longtemps. En effet, les cotisations ne suffisent pas à payer les frais médicaux et les responsables sont obligés de piocher dans leurs réserves, ce qui ne pourra pas être indéfini.

Le médecin inspecteur trouve que cette mutuelle est une idée très intéressante, mais qu'il reste encore beaucoup de travail pour que cela puisse être réellement fonctionnel. Il craint également qu'une grande partie de la population ne puisse pas se permettre de payer la cotisation et soit donc exclu du système. Il reste donc de nombreux ajustements à mettre en place pour qu'un système tel que celui-ci puisse fonctionner.



VI. Médecine traditionnelle :

Qui ne s'est jamais représenté l'Afrique comme le continent aux mille coutumes et savoirs ancestraux ? Une de nos motivations quand au choix du pays, était bien évidemment, cette richesse de rituels et de traditions spirituelles que représente les chamans et autre gourou aux couleurs éclatantes du peuple africain.

Néanmoins, dans les régions de l'île que nous avons traversées, il s'est avéré plutôt difficile de rencontrer des personnes usant de décoctions végétales, de sortilèges ou pouvant communiquer avec l'esprit des ancêtres.

Cependant, dans les endroits retirés du pays, au regard du manque de médicaments, les habitants consultent encore leur « Mpitsabo », les guérisseurs traditionnels. Ceux-ci utilisent des herbes, des plantes, du bois, de l'écorce, des racines et des graines du pays aux vertus curatives parfois uniques au monde. Depuis toujours les Malgaches se soignent avec les plantes, ayant appris au fil des siècles à reconnaître d'innombrables variétés et à en apprécier les principes actifs. Ce savoir médicinal est d'autant plus pratiqué dans la tribu des « Tanalas », aussi appelés « ceux de la forêt ».

Ces dernières années, la médecine traditionnelle malgache est devenue très réputée dans le monde scientifique, notamment depuis que la pervenche de Madagascar (*Catharanthus roseus*) a été reconnue comme un médicament luttant contre la tuberculose. Des formations sur les médicaments homéopathiques et des échanges d'expériences entre guérisseurs traditionnels et médecins diplômés d'Etat ont été organisés, sous la supervision des médecins inspecteurs se devant de faire respecter la loi et l'éthique professionnelle. Parallèlement, diverses sociétés et instituts tel que l'IMRA (Institut Malgache de Recherche Appliquées) donne une nouvelle dimension à cette tradition.





Effectivement, durant notre séjour, nous avons découvert HOMEOPHARMA, un établissement pharmaceutique agréé par le ministère de la santé et spécialisé dans la phytothérapie, l'aromathérapie, la médecine traditionnelle et l'homéopathie. Cet institut dispense des formations à plus de 800 médecins (dont le Dr. Serge), pharmaciens, dentistes et vétérinaires, naturopathes et masseurs, et propage leurs produits et enseignements dans toute l'île. Le fondateur, Mr. Jean-Claude RATSIMIVONY, a enrichi son savoir faire familial grâce à de nombreux voyages et études en Europe et en Asie, pour finalement étendre et développer les bienfaits des plantes médicinales. Les plus utilisées sont l'aloès ou vahona, connu pour sa propriété cicatrisante, dépurative..., le dragonnier à feuilles aigüe, les Malgaches s'en servent pour stopper l'hémorragie, le gingembre, pour dégager les narines et guérir les maux de tête...

Cette création d'un nouveau marché principalement urbain a malheureusement tendance à faire disparaître l'art et tradition médicinale transmise au travers des générations. Nous trouvons d'autant plus regrettable que les démunis qui sont aussi souvent les plus nécessiteux en termes de soins, sont loin d'avoir les moyens pour se procurer ce genre d'articles. Les détenteurs de ce savoir se faisant de plus en plus rare, cette partie de la population ne sera bientôt plus vers qui se tourner.

Nous voudrions aussi souligner, l'approche bien différente qu'on les malgaches et les occidentaux face à ces produits. En effet, en vertu de l'engouement général actuel des européens pour le « bio » ; ces produits 100% naturels sont pour nous des produits de luxe à des prix complètement dérisoires. Imaginez l'étonnement des nos hôtes, lorsque nous décidèrent d'acheter quelques huiles, baumes, et crèmes pour offrir à nos proches lors de notre retour. « Vous voulez vraiment leur offrir des médicaments ? » (Rires).



En plus de la médecine des plantes, nous avons également pu observer quelques autres pratiques et guérisseurs malgaches dont les tisanières, les accoucheuses traditionnelles, que nous avons évoqués précédemment et les rebouteux. Ces derniers, sont bien connus dans les campagnes pour leur habileté à remettre en place les nerfs "froissés" et les tendons "qui sautent", à dénouer les muscles, soigner les "foulures" et les articulations démisées voire les fractures. Les rebouteux soignent donc avant tout par une action physique, mais on dit d'une minorité d'entre eux qu'ils possèderaient des talents énergétiques ou spirituels thérapeutiques.

N'ayant pu assister qu'à une intervention sur une petite fille à peine en âge de parler et venant pour un problème musculaire semble-t-il, il nous est difficile d'exprimer un véritable avis. Cependant pour avoir discuté avec des personnes qui ont déjà eu recours aux soins de Mr. Jean Martin, les résultats ont l'air plutôt satisfaisant. « J'ai beaucoup appris de ma mère, dit-il, mais à la base il faut quand même avoir un don. » Excepté de l'huile naturelle qu'il produit lui-même, il n'utilise aucun matériel. Une trentaine de personnes par semaine font appel à lui, et de temps en temps, il fait don de ses services à l'hôpital. Ne demandant pas de compensation financière à ses patients, il vit des cadeaux que lui font les villageois d'Antanambao-Manampotsy ainsi que de son travail de menuisier.



Ce fut une véritable bouffée d'air, de pouvoir rencontrer ces personnes aux dons et aux savoirs hors du commun. Et même si leur nombre diminue au fil du temps, laissant trop souvent une place aux charlatans et autres imposteurs, nous espérons sincèrement que cette maîtrise sera préservée.

VII. Nos actions sur place :

En plus de notre travail d'observation et d'investigation, et sur recommandation de l'association Makalioka, nous avons amené à Madagascar des médicaments et des vêtements.

Nous avons choisi de faire dons de ces affaires au village de Manampotsy, qui est nettement plus reculé que la ville de Vatomandry.

Pour cela, il y a tout d'abord fallu rechercher et récolter ce qui a pu être emmené. Pour les vêtements, nous nous sommes principalement tournés vers notre famille. Cela nous a permis de récolter un certain nombre d'affaires, surtout pour les femmes et les bébés. Pour les médicaments, cela s'est avéré plus compliqué, mais nous avons tout de même trouvé quelques donateurs qui ont fait preuve d'une grande sympathie et générosité.

C'est donc lourdement chargé que nous avons du prendre l'avion puis voyager dans Madagascar pour enfin arriver à Manampotsy. Croyez nous, ce ne fut pas une mince affaire. La distribution de vêtements s'est déroulée dans la maison où nous vivions. Madame le Maire nous a énormément aidés dans notre démarche car c'est elle qui a fait la liste des habitants les plus démunis et qui les a convoqués chez nous pour que la distribution puisse se faire.



La Mairesse de Manampotsy supervisant la distribution de vêtement.



Comment ont été sélectionnés les plus démunis ?

A Madagascar, chaque commune est divisée en plusieurs Fokotan (quartier) qui ont chacun élu un président. Connaissant bien son quartier, ce président est en mesure de dire quelles sont les personnes les plus nécessiteuses afin de leur fournir une carte verte. Ces cartes indiquent aux hôpitaux les personnes ayant la possibilité d'accéder aux ressources du fonds d'équité que nous avons mentionné auparavant.



L'après midi de la distribution fut riche en émotion. Nous avons vu arrivé chez nous plusieurs dizaines de personnes qui avaient parfois fait un long trajet, simplement pour recevoir un ou deux vêtements. Nous aurions vraiment voulu en faire plus et pouvoir mieux les aider. En voyant la reconnaissance et la joie dans le regard de ces familles auxquelles nous avons la sensation de ne donner que si peu de chose, plusieurs sentiments très différents se sont fait sentir. Tout d'abord une certaine gêne. Avoir fait déplacer tant de gens pour ne pouvoir leur donner que si peu. Puis nous nous sommes laissé porter par l'excitation et la joie de faire plaisir.



Quand la distribution fut terminée, nous avons vraiment été soulagés. Soulagés que tout ce soit bien passé malgré la petite émeute devant notre maison. En effet cette distribution avait attiré de nombreuses personnes qui n'étaient pas sur la liste de madame le Maire.



Cela restera pour toujours un moment riche en émotion. C'est dur de sentir que l'aide qu'on apporte est si dérisoire comparé à tout ce dont ils auraient besoin ; mais nous avons essayé de faire de notre mieux, avec nos propres moyens.



Nous avons également apporté des médicaments, des compresses, du désinfectant et du matériel à Manampotsy. C'est sous la supervision du médecin inspecteur et de madame le Maire que nous avons remis ce don au fond d'équité de l'hôpital de Manampotsy. Le fond d'équité est une sorte de réserve où un certain pourcentage des médicaments de l'hôpital est stocké. A Manampotsy, 1,35% des fournitures va au fond d'équité. Seules les personnes indiquées comme étant les plus démunies par une carte verte remise par les présidents des Fokotan, ont le droit à ce fond d'équité. Ces personnes sont pour la plupart sans logis, sans famille et sans travail. Elles ont droit à 2 consultations, médicaments inclus par ans, d'un montant de 1000 Ariary (0,40 CHF) chacune au maximum.

Il y a parfois certaine déviance avec ce système selon le médecin inspecteur de Vatomaniry. En effet, certains présidents de Fokotan mettent des personnes de leurs familles en priorité sur la liste alors qu'ils sont beaucoup moins démunis que d'autres. Il n'empêche que ce système reste le dernier recours possible pour de nombreux habitants pour pouvoir être soigné.

Pour terminer, nous avons également vécu une expérience très enrichissante à Tamatave. Mr Hery qui est professeur de langue, nous a gracieusement hébergés. Nous avons rencontré ses élèves dans l'école où il travaille. Nous avons pu discuter et échanger avec eux en français.



Cela leur a permis de travailler leur français, mais aussi d'apprendre de nombreuses choses sur la France, la Suisse ou plus généralement sur l'Europe où une grande majorité d'entre eux rêvent d'aller terminer leurs études. Ce fut un moment vraiment sympathique et convivial.



Dans une école de Tamatave avec Mr Hery en rouge.



Notre groupe avec une élève de Tamatave

VIII. Impressions personnelles :

Gaël :

Préparer son IMC n'est pas une chose aisée. Après plusieurs retournements de situations, je suis parti pour un pays totalement inconnu, non familiarisé avec le projet et avec deux filles que je connaissais à peine. Ce fut tant mieux car je suis allé de surprises en surprises.



Madagascar est un très beau pays et nous y avons été très bien accueillis. Le premier jour, nous sommes arrivés de nuit chez nos hôtes, ce qui a rendu la situation d'autant plus impressionnante. Il n'y avait à ce moment pas d'électricité. L'entrée de la maison était tapissée de sable. Nos locaux, dépourvus de ciment, semblaient humides et déjà habités par ceux qui deviendraient des incontournables colocataires: rats, araignées, lézards... Bref, premier soupirs et regard croisé avec les filles comme pour se dire " Mais qu'est-ce qu'on fait là?". Si bien que la première nuit, aucun de nous trois n'a remarqué le son bien présent des vagues qui s'écrasaient à quelques centaines de mètres seulement. Un petit plus que l'on a vite appris à aimer. En effet quelques jours à peine après notre arrivée, nous étions tout à fait habitué à nos nouvelles commodités... Première victoire.

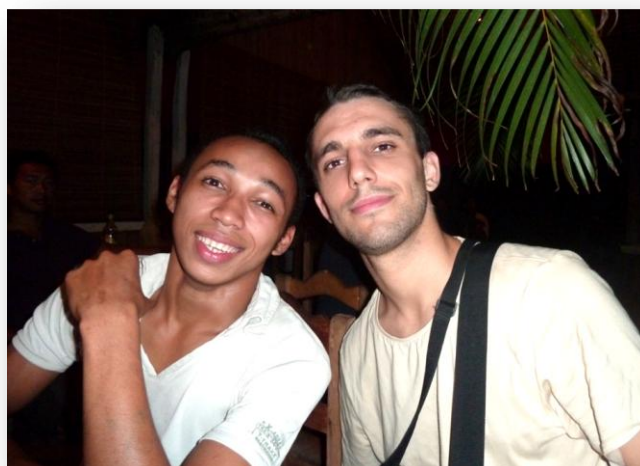
Comme le veut la coutume, nous avons été présentés aux autorités du village dès le lendemain. Chaque fois, celles ci nous ont gratifiés de mots touchant. Nous avons été accueillis vraiment chaleureusement! Ce fut aussi le moment de jeter un bref coup d'œil aux infrastructures, souvent très déficitaires, et de se rappeler ce qui nous amenait.

D'ailleurs la réalité s'en est très vite chargée. Au deuxième jour, le fils de notre hôte rentre très tôt de l'école. Une de ses jeunes camarades est morte du paludisme dans l'établissement, quelques heures plus tôt. On nous nous apprend la nouvelle avec un petit air triste, mais surtout chargé de lassitude. Mais on ne s'attarde pas dessus, ce qui nous laisse un peut pantois. "Ici c'est comme ça", je pense, " cela arrive tous les jours". Pour peu on rajouterait bien " c'est un pays pauvre après tout"... Et de penser que de fait, les malgaches devraient avoir l'habitude... Avec un peu de recul, je mesure la dureté et l'indécence de ces réflexions, qui font sûrement légion d'un point de vue occidental. Le deuil appartient après tout à ceux qui ont perdu un être cher. Les défunts ne font pas l'objet d'articles, ou de rumeurs dans le village et la dignité qui entoure la mort reste intacte. Ce qui explique que l'on nous ait seulement mentionné le décès. C'est une chose dont nous n'avons décidément pas l'habitude.



Ceci prévaut pour de nombreux sujets délicats. Prostitution infantile, personnes âgées délaissées, maladie chronique, enfants morts nés... Plusieurs fois nos interlocuteurs ont abordé le sujet, non sans émotions, sans s'y attarder comme si notre curiosité et notre simple volonté d'en apprendre un peu plus n'étaient pas des raisons suffisantes pour remuer leur chagrin.

Si Madagascar est un pays pauvre, à fortiori, les malgaches le sont aussi. De fait je m'attendais à trouver une population un peu désolée, car j'associais peut être malheur et pauvreté. Pourtant j'ai l'impression d'avoir nagé dans la joie et la bonne humeur durant 5 semaines. Bien sûr cet avis est biaisé car nos hôtes faisaient sans doute parti du " gratin " malgache. Pourtant je continue de croire que dire " Madagascar est un pays pauvre" ne signifie pas grand chose. Ce qui est pertinent, c'est de parler du manque d'infrastructures, de l'absence de moyens de transports, qui paralysent le pays, des écolages déficitaires... Mais en termes de liens les malgaches n'ont rien à nous envier. Là bas, personne n'est l'inconnu de quelqu'un. Nombreux sont les expatriés que nous avons rencontrés qui sont tombés amoureux de cette simplicité malgache. Ci bien que je ne pouvais m'empêcher d'imaginer la déception des malgaches s'ils arrivaient à réaliser l'un de leur rêve commun : visiter la France et pourquoi pas y vivre?



Concernant le système de santé, le voyage confirme nos doutes : on peut faire beaucoup avec peu. C'est sûrement la principale leçon à retenir d'un IMC à l'étranger. J'ai été surpris de l'organisation du système. Il faut dire que je partais avec un certain nombre d'a priori. Les chiffres que l'on nous a présentés concernant la lutte contre les principaux fléaux de l'île, pour peu qu'ils soient corrects, sont de loin meilleurs que ce à quoi nous nous attendions. Cependant pour parvenir à ces résultats, la pratique de la médecine a du revenir sur ces prétentions. Les guide lines sont partout! Et les statistiques valent mieux que l'expérience ou le flair. Si bien que de nombreux acteurs du système de santé, du laborantin au médecin aguerri, sont amenés à diriger les consultations, de la rencontre du patient à la prescription. Cette perte du " cachet " de la profession est toutefois inévitable pour palier au déficit aberrant de personnel médical. De mon point de vue, cela rend la pratique beaucoup moins attrayante, mais l'enjeu est de taille.

Pour ma part, l'expérience était très enrichissante. D'une part parce que vivre cinq semaines, sept jours sur sept avec deux filles que je connais peu relève de l'exploit. D'autre part, y parvenir dans une ambiance Koh Lanta en est une autre. La gentillesse et la simplicité sont pour beaucoup dans le succès du voyage. Petit coup de gueule sur la dynamique cependant. Tout prend dix fois plus de temps que chez nous, l'administration n'existe pas, et j'ai parfois eu de gros doutes sur la validité des informations que l'on nous a fournies. Mais qu'à cela ne tienne, cela fait partie du jeu.



Nous avons fait des rencontres remarquables et tiré de belles leçons de vie. Je pense que tous les étudiants en médecine devraient vivre ce genre d'expérience pour réaliser à quel point nos systèmes de santé ne sont pas l'exclusivité. Le lire est une chose mais pour le réaliser, il faut prendre le temps de faire ce voyage. On est alors frappé et choqué par le gâchis de nos systèmes en termes de médicaments, prestations etc.

Bien sur, il y aura aussi eu quelques accrochages dans l'équipe. Les malgaches sont très simples. Les sous entendus sont rares voire inexistants. Pour nous qui avons l'habitude de devoir décoder les intentions de chacun, la situation était parfois étrange et déconcertante. Ceci explique nos quelques désaccords, car nous avons souvent perçu la situation de façon différente. Cela n'aurait pas pu être différent. Au terme, je pense que nous avons réussi à nous accorder malgré nos personnalités très différentes et je ne garderai que des bons souvenirs. Un bilan largement positif donc.

Charline :

Durant les nombreux mois de préparation qu'on nécessite ce voyage, nous avons, entre autre, été tenu de remplir un questionnaire pour l'association MAKALIOKA. Faisant office d'évaluation quand à nos motivations et à nos capacités, l'une des questions était posée comme tel : « *Qu'attendez-vous de votre séjour à Madagascar ?* »

La réponse était loin d'être évidente pour une jeune étudiante n'ayant voyagé à l'extérieur de l'Europe qu'à travers les contours exotiques de récits et photographies chargées d'histoires. Cependant, voici quels ont été mes mots : « *Hormis le fait que j'ai toujours eu envie de voyager...j'attends de ce stage, qu'il m'offre une vision plus concrète des conditions de vie des populations des PVD, leur dimension politico-culturelle, leur système de santé, et d'éducation,...afin de me construire ma propre opinion. Il sera surement une excellente formation pour le métier auquel j'aspire, mais je souhaiterai avant tout qu'il s'apparente à une aventure humaine hors du commun.* »

Bon nombre de mes objectifs ont été amplement remplis, dans les bons comme dans les moins bons côtés ; mais sans jamais se soustraire à cette incroyable bienveillance malgache, qui désormais représente pour moi, l'essence même de Madagascar.



Mon premier choc se produisit à l'Aéroport d'Antananarivo. Nous étions soulagés d'être directement pris en charge par des membres de l'association et non jeté dans l'arène des bagagistes, chauffeurs de taxi et autres chercheurs de touriste à plumer. Arriva le moment de changer notre argent. Je vous laisse imaginez l'angoisse lorsque contre 200 CHF, on vous remet 600 000 Ariary divisés en liasses de billets comparables à ceux d'un plateau de Monopoli version XL. Le temps de reprendre nos esprits, nous voila partis, entassés dans un des fameux taxis brousse. Les 8h de route rythmées au son des classiques « Nostalgie » des années 90 et des chansons malgaches, resterons un souvenir inoubliable. Il en est de même pour la quasi-totalité des transports que nous avons effectué, tout particulièrement pour les traversées maritimes par mer agitée !



Si je devais résumer en quelques mots mon ressenti face à cette île au cadre unique au monde, je commencerais par évoquer ses habitants. En effet, l'aventure humaine que j'espérais trouver n'était rien comparé à celle que j'ai réellement vécue. L'hospitalité et la générosité malgache sont sans égal, elles nous ont permis de tisser des liens uniques et précieux avec de nombreuses personnes. Ici, le partage et la convivialité semblent être les mots d'ordre en toute occasion, ce qui je pense, adoucie le portrait conventionnel de la pauvreté. C'est sûrement pour cela que celle-ci n'est que très peu mentionnée à travers les différentes parties de notre rapport. Car étant une caractéristique incontournable de la vie malgache, elle ne rappelle en rien cette image de mendicité ou de pitié.

C'est d'ailleurs le second point qui m'a frappé : ce décalage qui subsiste entre l'image que je m'étais faite de Madagascar et ce que j'y ai réellement découvert. Les idées reçues concernant les traditions religieuses, comme le retournement des morts, l'importance du mariage ; ou portant sur cette représentation insoutenable de la pauvreté, se sont évanouis tels les fantômes d'un Madagascar vieux de 10 ans. Malheureusement, disparaissent avec eux, les médecines traditionnelles et autres rituels qui faisaient le mystère et la sagesse de la grande île.

Hormis cette envie de découvrir la spiritualité malgache qui fut inassouvie, mes regrets tournent autour du contexte médical à proprement parlé, notre manque de pratique étant particulièrement visé. Après, trois ans d'étude de médecine, nous savons plus ou moins comment investiguer des pathologies même peu répandues dans nos pays occidentaux. Cependant, la moindre situation d'urgence est sujet de frustration, d'autant plus dans ces pays où les moyens sont réduits. C'est au fond une chance car nous avons énormément appris à nous débrouiller avec les moyens du bord, même si j'aurais apprécié leur apporter plus de chose en retour.

L'expérience la plus marquante que j'ai vécu à Madagascar eu lieu le 4 juin, soir où l'hôpital de Manampotsy nous fit enfin appeler pour assister à un accouchement. Il était aux alentours de 21h, la nuit avait envahi la montagne depuis 4h déjà. Chloé est moi sommes descendu rapidement jusqu'à la maternité où nous avons rejoint l'accoucheuse traditionnelle ; une femme élancée au profil arrondi faisait les cent pas à l'extérieur du bâtiment, sa respiration était discontinue mais aucun gémissement ne trahissait son état. Malheureusement, du fait des complications, on allongea ce soir encore, la liste des morts-nés. Cette épreuve au goût amer à pourtant, bien plus qu'une autre, contribuer à la richesse de ce périple. Elle m'a montré que le fait de vivre n'est pas un mérite mais un cadeau, et m'a conforté d'autant plus face au métier auquel j'aspire. Cela restera sûrement une des plus grandes leçons qu'il m'ait été donné le jour de mon anniversaire.

Madagascar, fut donc en tout point une aventure exceptionnelle tant pour la beauté de ces paysages que dans les repas festifs, les danses colorées et les sourires éclatants des enfants. Le courage et la patience des malgaches ont, je l'espère quelque peu déteint sur nous. Il ne fut pas facile les premiers jours, d'apprendre à gérer, les insectes, les réveils au son du coq, les douches au seau d'eau froide, et les toilettes naturelles, en gardant à l'esprit le principal et très fréquent effet secondaire de la Malarone® dont nous avons tous fait les frais !



Le temps ayant une autre dimension là-bas, loin des exigences et des contraintes de la civilisation moderne, c'est avec difficulté qu'il m'a fallu reprendre mes marques de retour chez moi. C'est sûrement pour cela que l'histoire ne s'arrête pas une fois le pied posé dans l'avion, et qu'elle continue de s'écrire et de se réinventer grâce au partage de nos souvenirs. Cela expliquant la nostalgie qui valse en moi après l'écriture de ces quelques lignes...

Chloé :

Madagascar n'était pas mon premier grand voyage. Je suis partie l'année dernière au Sri Lanka pour faire un stage dans un hôpital et pour comparer leur système de santé avec le nôtre. En partant cette année, je me sentais donc plus ou moins préparée. Il y a tout d'abord eu un gros travail à fournir avant le départ : la formation du groupe, la recherche de l'association, la planification du projet. La recherche des vêtements, des médicaments et autres produits médicaux s'est également avérée compliquée. C'est grâce à la générosité des donateurs et de notre entourage que nous avons pu récolter autant d'affaires.

Malgré la préparation, une telle aventure fait toujours un peu peur ; particulièrement quand on part avec deux collègues qu'on connaît à peine et une association trouvée sur internet. On ne sait pas vraiment à quoi s'attendre, qui on va rencontrer ou les conditions de vie dans lesquelles on va évoluer.



J'ai découvert un pays extraordinaire, de part sa beauté, mais aussi de part la sympathie et la générosité de son peuple. Je suis contente d'être partie dans un pays francophone ; cela renforce immédiatement les liens que l'on peut créer avec la population. Il est clair que tout le monde ne parlait pas français, mais une même langue apporte certaines similarités culturelles, ne serait-ce que les vieilles chansons françaises que nous avons entendus à maintes reprises dans les taxi-brousses. C'est une des différences capitales par rapport au Sri Lanka où la communication était bien plus laborieuse.

Sur le plan médical, il est vrai que nous avons surtout observé des consultations et discuté avec le personnel de santé. Nous n'avons pas pu directement aider les malades du fait de notre manque de compétences pratiques. On a donc décidé de s'investir dans d'autres projets tels que la distribution de vêtements et le don de médicaments. Cela semble banal, mais ce fut relativement difficile à organiser puisque cela exigeait la présence de certaines autorités. Nous avons également participé aux activités qui rythmaient la vie du village telles que les fêtes des écoles ou autres bals. C'est dans ces moments que je me suis sentie le plus proche des habitants, on peut réellement se mêler à la population et avoir un véritable moment de partage. A l'hôpital, cela peut être effrayant pour les patients de voir trois vazaha avec leur attitudes sérieuses et leur blouse blanches. C'est donc dans les moments de fêtes et de détente, habillés comme les malgaches que nous avons pu mieux les connaître.



Je reste un peu sur ma faim en ce qui concerne la médecine ancestrale, l'utilisation des plantes médicinales et la découverte des pratiques des marabouts. Peut être que nous n'avons pas rencontré les bonnes personnes, ou que nous ne sommes pas allés dans la bonne région pour en découvrir d'avantage sur ce genre de pratiques. J'aurai également aimé pouvoir visiter une plus grande partie de l'île. Madagascar est immense ses différentes régions sont très variées de part les paysages et la culture du peuple. Je souhaite vraiment en voir et savoir plus ; c'est donc une bonne raison pour y retourner.

Mise à part ces quelques points à améliorer pour un prochain départ, j'ai assurément beaucoup appris de ce séjour. J'ai bien sûr découvert une autre population, mais je pense surtout avoir appris sur moi-même. Je suis très fière de ce que j'ai accompli. Je n'ai peut être pas pu aider la population autant que je l'aurai souhaité, mais je sais que je suis capable de partir dans un pays lointain et inconnu, de me débrouiller, et surtout de m'adapter aux conditions de vie qui me sont proposées. On apprend qu'on peut s'en sortir en vivant avec de l'électricité seulement pendant quelques heures de la journée, en se lavant avec un seau d'eau froide et en ayant une alimentation moins variée que d'habitude. Je suis toutefois réaliste et je sais pertinemment que nos conditions de vie étaient celles des malgaches les plus aisés et que nous n'avons pas vu ni goûté à la vraie misère.

Si l'adaptation à la vie malgache s'est faite naturellement, c'est le retour en France qui s'est avéré plus délicat. Nous avons dû nous arrêter un soir à Paris par manque de correspondance pour Genève. Il était autour de minuit, un samedi soir, dans le métro parisien. Nous portions d'énormes sacs à dos et autres valises remplies de souvenirs. Nos habits étaient vraiment sales, nous n'avions pas vu de douche depuis plus de trois jours et nous ne sentions pas la rose. C'est en voyant la jeunesse parisienne euphorique et alcoolisée que j'ai eu un déclic. C'est à ce moment précis que j'ai compris l'importance de l'expérience qui m'a été offerte. J'ai réalisé que ce que j'avais vécu valait mille fois mieux que le train-train habituel auquel nous sommes accoutumés.

Le retour à la société de consommation fut également une étape importante du retour. En me retrouvant dans un immense supermarché, j'ai été envahi d'un grand sentiment de tristesse et de honte. Honte de tout avoir à ma disposition alors que d'autres arrivent à se débrouiller avec si peu.

J'ai eu du mal à expliquer à mon entourage ce sentiment de mal être que j'ai ressenti lors de mon retour. On a l'impression que seuls les personnes qui sont parties et qui ont vécues dans les mêmes conditions que nous peuvent nous comprendre.



J'aimerais vraiment arriver à me souvenir de ce sentiment. Cela me permettrait de prendre du recul et de ne pas me plaindre à la moindre occasion. Malheureusement, on est vite rattrapé par ses mauvaises habitudes, que ce soit la tentation de surconsommation ou l'énervernement ambiant qui caractérise nos sociétés industrialisées. J'espère conserver la devise du mora-mora le plus longtemps possible et ne pas succomber au stress de la vie quotidienne, mais rien n'est moins sûr...

C'est donc pour ne pas oublier que j'ai bien l'intention de repartir. A Madagascar, mais aussi ailleurs. J'ai hâte d'acquérir l'expérience professionnelle nécessaire pour enfin me sentir réellement utile sur place et pour faire avancer les choses.

IX. Conclusion et remerciements :

a. Conclusion :

Madagascar est essentiellement une terre de très grands contrastes, de grands spectacles et de beauté naturelle. Elle offre ces mélanges et ces fractions particulières de peuplades aux coutumes différentes, habitats modulés, mœurs et types de vie adaptés à leurs origines et au terrain. Elle apporte aussi, en toute objectivité la vision évidente d'une misère marquée, lourde, mais digne. Si cette terre se situe dans les plus bas revenus du monde, la population donne l'impression de s'adapter pour conserver une image d'elle-même dont le partage et la fierté d'être en vie sont les maîtres mots.

Sur le plan médical, le système de soins malgache nous a étonné par son organisation poussé, ses initiatives innovantes, et bien sûr sa capacité à tirer profit de très peu de moyen afin d'accomplir d'innombrables prouesses. Nous comprenons certainement mieux les tenants et aboutissant de notre propre système de santé, et pouvons plus facilement évaluer les enjeux politiques et économiques qu'ils soulèvent pour un pays en voix de développement.

Concernant les médecines traditionnelles, malgré le peu de recul que nous avons, face à cette course vers la commercialisation, nous restons sur une impression quelque peu amère. Encouragent le développement de structures de soins organisées et basées sur des connaissances traditionnelles, nous redoutons toute fois, qu'elles enterrent définitivement l'art ancestral de la guérison. Cependant, c'est peut être grâce à cette nouvelle forme de médecine naturelle que Madagascar va pouvoir s'ouvrir un peu plus au marché international ; et cette fois, pour son propre bénéfice.



Pour conclure, nous soulignerons donc la diversité de ce pays mêlant modernisme et tradition. Cette île ayant pour emblème l'arbre de voyageur, le ravnala, aura su satisfaire notre soif d'aventure grâce à sa philosophie et la richesse spirituelle de ses habitants.



6. Remerciements :

Nous tenons à remercier un certain nombre de personnes sans qui ce projet n'aurait tout simplement pas pu voir le jour.

Merci à la faculté de médecine de Genève de nous offrir l'opportunité de nous ouvrir sur le monde, grâce au stage d'immersion en communauté à l'étranger.

Un grand merci à l'association Makalioka et à ses membres pour nous avoir soutenu dès le début de notre projet et pour nous avoir mis en lien avec des contacts fantastiques et sans qui, notre vie sur place aurait été bien plus compliquée.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Florine Alfred, présidente de l'association Makalioka qui nous a aidé à organiser notre séjour à Madagascar de A à Z. Merci également d'avoir pris le temps de nous rencontrer sur Marseille pour nous faire profiter de votre expérience et de vos conseils.

Un énorme merci à nos logeurs et accompagnateurs malgaches, pour leur soutien, leur hospitalité et leurs bons petits plats : Mme Véro pour son hébergement et sa bonne cuisine à Vatomandry, Mr Michel et son fils Nino, Thelma et Karilasy pour leur hospitalité à Manampotsy. Mais aussi Mr Louis pour sa gentillesse et son accueil et Mr Hery de Tamatave pour toute l'aide qu'il nous a apporté mais aussi pour ses histoires fabuleuses et son rire inoubliable. Nous leur sommes très reconnaissants.

Merci à tous les médecins et personnels de santé que nous avons rencontrés et qui nous ont aidés à mieux comprendre le système de santé malgache et à mieux cerner les points qu'il faudrait améliorer. Un merci tout particulier au médecin chef de Manampotsy ainsi qu'aux médecins inspecteurs de Manampotsy et de Vatomandry. Sans oublier le Dr Serge, responsable du dispensaire urbain de Vatomandry et de l'homéopharma, qui nous a permis de suivre ses consultations et qui a répondu à toutes nos questions.

Nous remercions toutes les personnes qui ont croisé notre chemin avant, pendant et après ce projet et qui nous ont apporté leur soutien. Nous pensons surtout aux personnes qui nous ont fait don de médicaments et de vêtements ainsi qu'à notre famille et nos proches qui nous ont aidés financièrement et psychologiquement pour que ce voyage se passe le mieux possible.

