RECHERCHE FORMATIVE

Photo: Une mère avec onze de ses douze enfants dans le sud de Madagascar

DETERMINATION DES OBSTACLES A L’ADOPTION DES COMPORTEMENTS SAINS

Mai 2014
TABLE DES MATIERES DE L’ETUDE

Table des matières .................................................................................................................. 2
Abréviations .............................................................................................................................. 4
Résumé exécutif .......................................................................................................................... 5
  Introduction ............................................................................................................................... 5
  Conclusions sur les acquis des comportements ...................................................................... 5
  Conclusions sur les barrières les plus citées ......................................................................... 5
  Les principales recommandations ......................................................................................... 6
  Les ponts aux activités par type de barrière ......................................................................... 7
  Le résumé des acquis par pratique ......................................................................................... 7
  Résumé des barrières par pratique et leurs ponts aux activités ............................................ 9
Partie 1 - Méthodologie ........................................................................................................... 12
  1.0 Introduction ....................................................................................................................... 13
  1.1 Choix des thèmes ............................................................................................................. 13
  1.2 Choix des sites .................................................................................................................. 14
  1.3 Choix des cibles ................................................................................................................ 14
  1.4 Méthodes et outils de collecte de données ..................................................................... 16
    1.4.1 Elaboration des Outils de collecte de données .......................................................... 16
    1.4.2 Pré-test des outils de collecte de données ................................................................. 17
    1.4.3 Sélection et Formation des enquêteurs ..................................................................... 17
  1.5 Travail sur terrain ............................................................................................................. 18
  1.6 Analyse des données ....................................................................................................... 19
  1.7 Limitations de la méthodologie ....................................................................................... 20
Partie 2a - Résultats: les pratiques et barrières identifiées .................................................... 22
  1. Recherche des soins auprès des AC en cas de fièvre, de diarrhée et IRA enfants < 5 ans .................. 23
  2a. Suivi des consultations prénatales (4 CPN, utilisation MID) ............................................. 25
  2b. Accouchement assisté par personnel formé ..................................................................... 27
  2c. Allaitement Immédiat Exclusif (AIE) et Allaitement Maternel Exclusif (AME) ....................... 29
  3. Utilisation des contraceptifs modernes des femmes de 15 à 45 ans .............................................. 30
  4. Implication des hommes dans la santé de la famille (relations Genre) .............................................. 32
  5. Les jeunes et adolescents évitent les grossesses précoces et non-désirées .................................. 34
  6. Suivi et promotion de la santé et nutrition essentielle pour enfants < 5 ans ................................... 36
  7a. Utilisation des latrines (améliorées) ............................................................................... 38
  7b. Lavage des mains aux cinq moments critiques avec du savon (ou cendre) ......................... 40
Partie 2b - Cibles primaires et groupes influenceurs, ponts aux activités et actions possibles

1. Recherche des soins auprès des AC en cas de fièvre, de diarrhée et IRA enfants < 5 ans
2. Suivi des consultations prénatales (4 CPN - MID)
3. Utilisation des contraceptifs modernes des femmes de 15 à 45 ans
4. Implication des hommes dans la santé de la famille (relations genre)
5. Les jeunes et adolescents évitent les grossesses précoces et non-désirées
6. Suivi et promotion de la santé et nutrition essentielle pour les enfants < 5 ans
7a. Utilisation des latrines (améliorées)
7b. Lavage des mains aux cinq moments critiques avec du savon (ou cendre)

Partie 3: Profils des cibles clés

1. La matrone
2. Le guérisseur traditionnel
3. Le chef religieux
4. Leader des Jeunes
5. Le Chef CSB II
6. L’Agent Communautaire (AC)
7. Le Chef Traditionnel
8. Mère et Femme en Age de Procréation (FAP)
9. Le Chef de Ménage
10. Le Comité Communale de Développement Social (CCDS)

Partie 4: Citations

Citations sur les Agents Communautaires (AC)
Citations sur le suivi pré et post natal, l'accouchement assisté au CSB
Citations sur l'utilisation des contraceptifs modernes des femmes 15 - 45 ans
Citations sur les jeunes, adolescents, leur comportement sexuel et la contraception
Citation sur le genre en général / rôles et positions des hommes et femmes
Citations sur l'utilisation des latrines, et lavage des mains
Citations sur l'implication des hommes dans la santé familiale
Citations sur la sensibilisation, utilisation des radio et GSM

ANNEXES

1. Sources consultées
2. Résultats des Transects
3. Usagers radio, artistes, chansons et émissions radios préférées
**ABBREVIATIONS**

AA: Atsimo Andrefana (région d'intervention de MIKOLO)
AC: Agent Communautaire
ACT: Médicament anti-palu (Artesiminin-based Combination Therapy)
AME: Allaitement Maternel Exclusif (ou MAMA)
AIM: Allaitement Immédiat Maternel
ATS: Atsinanana (région d'intervention de MIKOLO)
BE: Bureau d'Etude
CCC: Communication pour le Changement de Comportement
CCDS: Comité Communal de Développement Social
CLTS: Community Led Total Sanitation
COSAN: Comité de Santé
CPN: Consultation Pré Natale
CSB: Centre de Santé de Base
DRS: Direction Régionale de la Santé
DSME: Direction de la Santé de la Mère et de l’Enfant
EDS: Enquête Démographique et de Santé
FAP: Femmes en Age de Procréation
FKT: Fokontany (unité administrative la plus petite, comparable à 'quartier')
FAF: Fer Acide Folique
GND: Grossesse Non Désirée
GDD: Groupe de Discussion Dirigée
HM: Haute Matsiatra (région d'intervention de MIKOLO)
Ih: Ihorombe (région d’intervention de MIKOLO)
ISS: Interview Semi Structurée
IST: Infections Sexuellement Transmissibles
MA: Mini Atelier
MID: Moustiquaire Imprégnée de longue Durée
MICS: Multi Indicator Cluster Survey
MLD: Méthode Longue Durée
OMD: Objectifs du Millénaire pour le Développement
PCIME: Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
PF: Planning Familial
RF: Recherche Formative
RMC: Responsable en Mobilisation Communautaire
SRO: Solution de Réhydratation Orale
SSME: Semaine de la Santé de la Mère et de l’Enfant
TA: Technicien Accompagnateur (de l'ONG partenaire)
TDR: Test de Diagnostic Rapide de Paludisme
VIH: Virus de l’Immunodéficience Humaine
V7V: Vatovavy Fito Vinany (région d'intervention de MIKOLO)
RESUME EXECUTIF

Introduction

En avril et mai 2014, le projet USAID |MIKOLO a conduit une recherche qualitative formative pour mieux comprendre les acquis et les barrières à l’adoption de 7 pratiques saines clés et leurs sous-comportements (10 en total). Plus que 400 cibles primaires (femmes avec enfants < 5 ans, jeunes, et chefs de ménage hommes) dans 9 communes de 5 régions de Madagascar ont participé dans des mini-ateliers de collecte participative de données. En plus, 125 cibles secondaires ont été interviewées pour avoir une vision plus complète et validée sur les barrières mentionnées par les cibles primaires.

Pendant la phase d’analyse, toutes les remarques fournies par les cibles ont été groupées, classifiées et attribuées aux différents types de barrières par l’équipe de recherche. Ensuite, les suggestions données par les cibles ont été ‘nettoyées’ en enlevant les suggestions irréalistes ou hors mandat de MIKOLO. Pour chaque barrière, l’équipe a ensuite formulé des ponts aux activités qui décrivent ce qui doit être fait pour traiter la barrière. Ceci constitue les recommandations principales.

Conclusions sur les acquis des comportements

Les comportements désirés en bonne voie d’être adoptés, malgré pas mal de barrières citées:
• La recherche des soins auprès des AC par les femmes avec enfants < 5 ans
• Les consultations prénatales (CPN) là où c'est accessible (mais pas au nombre de 4)
• L'allaitement des enfants, mais exclusivement jusqu’au quatrième mois seulement
• L'utilisation des moustiquaires et MID par les femmes enceintes et enfants

Les comportements désirés qui commencent à se voir mais qui nécessitent des renforts considérables
• L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union,
• L'utilisation des méthodes contraceptives (surtout piqûre) par les jeunes filles (<24 ans)
• La vaccination des enfants

Les pratiques qui ont révélé des barrières significatives qui empêchent leur adoption:
• L'accouchement avec du personnel formé (au CSB)
• Jeunes: l'utilisation des préservatifs par les jeunes et le retard de l'âge du premier rapport sexuel
• Genre: l'implication des hommes dans la santé familiale et la prise de décision équilibrée h / f
• L'utilisation des latrines (même latrines simples)
• Le lavage des mains aux moments critiques

Conclusions sur les barrières les plus citées

La recherche a fait la distinction entre deux types de barrières: 1) barrières venant d'une analyse individuelle des cibles sur leurs propres besoins et capacités et 2) barrières venant des facteurs externes. Les barrières internes et externes le plus souvent citées sont:
1- Conséquences positives du comportement ne sont pas perçues ou bien les cibles perçoivent plus de conséquences négatives. Les cibles n'ont pas de conviction interne sur les avantages à cause de la peur de l'inconnu, des rumeurs qui circulent, ou par l'attachement extrême au statu quo, par exemple d'aller chez les matrones et guérisseurs traditionnels. Cette barrière est surtout présente pour les accouchements au CSB, vaccination des enfants, l'allaitement immédiat et exclusif, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, l'utilisation des latrines et l'implication des hommes dans la santé familiale.

2- Risques et / ou la sévérité ne sont pas perçus: Les cibles n'attribuent pas de priorité au comportement désiré et ils pensent qu'on peut bien vivre sans. Ils ne se rendent pas compte des problèmes potentiels qui peuvent survenir. Barrière trouvée pour les pratiques suivantes : aller chez les AC, faire les visites CPN, l'accouchement assisté, l'utilisation des méthodes PF, utilisation des latrines et lavage des mains.

3- Accès aux services et produits n'est pas perçu: les cibles ne se sentent pas capables d'utiliser certains services parce que le service est loin, pas facilement accessible, ou même inconnu. Ceci est mentionné pour l'accouchement assisté, la consultation des AC, les vaccins, les CPN et les méthodes contraceptives longue durée (MLD). Etroitement lié à cette barrière est l'obstacle 'efficacité des services AC non perçue'; dans tous les cas, les cibles ont remarqué des lacunes au niveau des compétences, de confiance, de disponibilité et du professionnalisme de certains AC.

4- Croyances, coutumes, tabous cités: dans chaque région, les cibles ont cité des blocages au niveau croyances ou coutumes spécifiques à leur commune ou région. Ceci est le cas pour tous les comportements recherchés. Les plus souvent mentionnés sont: la croyance que les maladies n'ont pas de causes physiques mais sont plutôt 'mystiques' (dû aux esprits) ou maléfiques(dû à la sorcellerie); la peur d'être ensorcelé, et la honte d'être enceinte sans mari. Les coutumes comme les mariages arrangés, les mariages précoces, la polygamie (surtout dans le Sud), le libertinage imposé aux filles pubères, les fady (tabous) mentionnés par rapport aux latrines, et la culture de la domination masculine sont aussi des grands obstacles.

5-Acceptation sociale de certains comportements non-désirés par les groupes influents (surtout les chefs traditionnels, religieux, autorités locales, les guérisseurs traditionnels et les matrones). Ceci est le cas pour: des rapports sexuels précoces par les jeunes, la santé familiale considérée comme à 100% l'affaire des femmes, l'idée que les hommes détiennent le pouvoir de décisions sur le PF, la défécation à l'air libre et l'habitude acquise de ne pas se laver les mains aux moments critiques (p. ex avant de manger).

Les principales recommandations

En bref, cinq grandes lignes devraient guider la stratégie CCC:

1. Renforcer l'accès et l'efficacité des services des AC, redynamiser les COSAN, motivation des AC
2. Améliorer les perceptions des cibles primaires et des groupes influents: sur les conséquences positives des comportements et sur les risques inaperçus (en réduisant les perceptions (rumeurs) sur les conséquences négatives)
3. Renforcer le réseautage entre les AC et les personnes et groupes influents (voir tableau en bas)
4. Consolider la stratégie Jeunes avec une composante éducation sexuelle qui tienne compte de la position vulnérable des filles pubères et le libertinage sexuel qui leur sont imposés.

5. Consolider la stratégie Genre en impliquant les hommes pour mieux équilibrer les tâches et rôles dans la santé familiale ainsi que les décisions sur la santé et le PF (en impliquant les groupes influents).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fièvre, toux, diarrhée, autre</th>
<th>AC -&gt; guérisseurs -&gt; CSB</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CPN, Accouchement, AME, AIM</td>
<td>AC -&gt; matrone -&gt; CSB</td>
</tr>
<tr>
<td>PF Jeunes</td>
<td>AC -&gt; leaders de jeunes -&gt; paires</td>
</tr>
<tr>
<td>PF femmes en union (femmes)</td>
<td>AC -&gt; matrone -&gt; CSB -&gt; chefs religieux et traditionnels</td>
</tr>
<tr>
<td>PF (hommes)</td>
<td>AC -&gt; hommes -&gt; chefs religieux et traditionnels</td>
</tr>
<tr>
<td>Latrines</td>
<td>AC -&gt; hommes -&gt; chefs religieux et traditionnels -&gt; autorités locales</td>
</tr>
<tr>
<td>Lavage des mains</td>
<td>AC -&gt; parents -&gt; écoles -&gt; notables</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Les ponts aux activités par type de barrière**

L'étude a utilisé les 'ponts aux activités' pour décrire ce qui devrait être fait pour adresser les barrières. Pour chaque barrière relevée, l'équipe de recherche a formulé un pont (parfois suggéré par les cibles, mais souvent formulé par l'équipe pendant l'analyse). Les ponts principaux sont:

- **Conséquences négatives perçues**: Améliorer les perceptions sur les avantages / bienfaits du: planning familial, de l'allaitement immédiat, allaitement exclusif 6 mois et des relations genre plus équitables,
- Réduire les perceptions négatives prévalant sur l'accouchement au CSB, l'utilisation de préservatifs/PF par les jeunes, l'utilisation PF par les femmes en union et les perceptions négatives sur l'équité genre
- Diminuer les craintes existantes sur les effets nocifs de certains produits (contraceptifs longue durée, vaccins,..)
- **Risques et sévérité non perçus**: augmenter l'information sur et la perception des risques méconnus: déficience dans l'adoption des traitements 'modernes', de l'automédication, de l'accouchement à domicile, des rapports sexuels non-protégés (IST/VIH), des grossesses précoces, de l'omission des CPN ou les faire tardivement et d'avoir les enfants trop nombreux, trop tôt, trop tard ou trop rapprochés.
- **Accès / efficacité non perçu**: augmenter l'accès à et la disponibilité / mobilité des AC, des services CPN et vaccination, renforcer la reconnaissance, l'accréditation et la visibilité des AC, réseautage entre AC, matrone et CSB, préparer les maris et les accompagnateurs à l'éventualité d'un accouchement CSB, et promouvoir les opportunités d'hébergement abordables près du CSB.
- **Croyances, coutumes et tabous cités**: surmonter la honte / les tabous, les coutumes bloquants et diminuer l'acceptation sociale des comportements non-désirés avec l'implication des groupes influents: chefs traditionnels, religieux, autorités locales, les guérisseurs traditionnels et les matrones. Réseautage solide entre les Agents Communautaires et ces entités.

**Le résumé des acquis par pratique**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Résumé des acquis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AC</td>
</tr>
<tr>
<td>La pratique d'aller chez l'AC (opposé à l'automédication): environ 4 à 5 femmes sur 10 ont indiqué avoir consulté un AC pour leurs enfants malades. L'automédication et la consultation de la médecine traditionnelle</td>
</tr>
</tbody>
</table>
chez les guérisseurs sont très répandues

| CPN | Les femmes enceintes font des visites de consultations prénatales (CPN): environ 5 femmes sur 10 déclarent avoir suivi des CPN, mais souvent pas les 4, et pas toujours au CSB. Les matrones offrent aussi des "CPN" quoique pas selon les normes professionnelles médicales. |
| Accouchement Assisté | L'accouchement avec du personnel formé (au CSB ou centre de maternité): cette pratique est loin d'être acquise. La majorité (environ 8 sur 10) accouche à domicile avec la matrone. L'accès aux services CSB est généralement perçu comme difficile tandis que les matrones sont perçues très positivement et les femmes se sentent en grande familiarité avec elles. |
| Allaitement | La grande majorité des femmes est convaincue des bienfaits de la pratique de l'allaitement, mais l'allaitement immédiat exclusif (AIE) et allaitement exclusif 6 mois (AME) selon la définition de l'OMS, posent encore des défis. Environ deux nouveau-nés sur trois sont mis au sein dans l'heure après la naissance. Une majorité des mères allaite jusqu'à 3 ou 4 mois exclusivement, après elles commencent à donner des compléments. |
| PF | Le Planning familial (PF) et l'utilisation des piqûres et pilules par les femmes en union: entre 3 et 4 femmes sur 10 utilisent. Les implants sont rares mais existants. Les DIU sont rarement mentionnés ou utilisés, ainsi que les vasectomies (h) et ligature (f). Il y a des obstacles significatifs au niveau des maris qui n'approuvent pas et des rumeurs sur leurs inconvénients circulent abondamment. |
| Relations genre | La supériorité de l'homme est très présente et acceptée socialement, par hommes et femmes, dans toutes les communes visitées. La santé familiale est une attribution à 100% féminine, et le rôle de l'homme dans les soins de santé reste minime. Les hommes détiennent le pouvoir de décision pour les soins impliquant des dépenses financières. L'homme en tant que chef de ménage est aussi dominant dans les décisions sur la fécondité et l'utilisation du PF, en général. |
| Jeunes et Rapports Sexuels | L'utilisation des préservatifs (malgré leur disponibilité) par les jeunes (15-24 ans) est encore à un niveau très bas. Dans toutes les régions, les jeunes ont peu d'opportunités de dialoguer sur les rapports sexuels (RS). Les RS parmi les jeunes sont souvent monnayés et relativement sans restrictions. L'injectable est la méthode PF la plus utilisée et préférée par les filles 15-19 ans, mais le taux reste modéré à 10% (filles 20-24 ans: 30% injectables). |
| Suivi de Santé et nutrition | La connaissance sur les vaccins et vitamines pour les enfants < 5 ans est généralement acquise. Néanmoins il reste des barrières considérables pour leur adoption. Les vaccins sont faits mais souvent pas toute la série; les vitamines ne sont distribuées que 2 x par an. Les moustiquaires et MID sont assez bien utilisés, au moins 2 sur 3 enfants < 5 ans y dorment. |
| Latrines | La déjection à l'air libre est encore largement pratiquée et acceptée socialement dans les régions visitées. Beaucoup de gens ne reconnaissent pas encore les avantages des latrines, et ils ne se sentent pas capables de construire ou utiliser leurs propres latrines. |
| Lavage des mains | Se laver les mains n'est pas encore dans les réflexes / besoins ressentis pour la plupart de gens au milieu rural. La disponibilité de l'eau est une barrière, mais même là ou l'eau est abondante, le réflexe n'est pas acquis. Le savon est perçu comme un article de luxe. |
### Résumé des barrières par pratique et leurs ponts aux activités

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Ponts aux activités</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Agent Communautaire</strong></td>
<td><strong>Efficacité des services de l’AC non perçue</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Améliorer la reconnaissance, l’accréditation et la visibilité des AC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Renouveler les compétences des AC, et les perceptions sur leurs compétences</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Équiper les AC avec outils et produits de travail</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Créer plus d’appropriation des AC par la communauté et par les structures sanitaires</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Access aux AC non-perçu</strong></td>
<td>• Augmenter / régulariser la disponibilité et la mobilité des AC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Améliorer les échanges / la coopération entre les AC et le CSB</td>
</tr>
</tbody>
</table>

| **Les risques et sévérité des maladies enfants non perçus** | **Croyance maladies maléfiques** |
| | • Clarifier / communiquer à quel moment l’enfant a besoin d’être vu par l’AC |
| | • Réduire la perception que la fièvre est toujours symptôme de palu et que les maladies comme létargie, convulsions, vomissement sont toujours d’origine maléfique |
| | • Améliorer la connaissance des AC (et guérisseurs?) sur signes de danger autres que fièvre, diarrhée, toux |
| | • Échanges / réseautages entre AC, guérisseurs / vendeurs de médicaments (et CSB) |
| | • Augmenter la perception que la diarrhée, la fièvre et l’IRA sont des maladies physiques |
| | • Augmenter la conviction que les trois maladies sont traitables par les AC |

| **Règlement non-favorable** | **Croyance maladies maléfiques** |
| | • Renforcer la motivation / professionnalisme des AC |
| | • Redynamiser les CCDS |

| **Consultation prénatale** | **Risques de non-CPN non perçus** |
| | • Expliquer pourquoi CPN est essentiel -> assurer la santé de la mère et du bébé |
| | • Communiquer les risques de ne pas faire CPN (ou tard –dernier trimestre) |
| | • Augmenter la perception que la 1ère visite CPN au 4ème mois est la plus essentielle, pour toutes les grossesses |
| | • Réduire la perception que le ventre doit être bien visible pour être mesuré |
| | • Augmenter l’accès des jeunes filles et (belle)-mères aux AC, matrones pour les amener au CPN |
| | • Informer les jeunes filles sur les premiers signes de la grossesse, l’évolution de la grossesse, le DPA, et la grossesse en santé |
| | • Publier / faire connaître aux cibles l’horaire pour les CPN |
| | • Augmenter la disponibilité / proximité des CPN auprès de femmes enceintes |
| | • Considérer le renforcement / équipement des matrones et AC pour les CPN |

| **Accès au CPN non perçu** | **Coutumes / tabous** |
| | • Surmonter la honte / la peur des jeunes filles non-mariées et les motiver / récompenser pour venir aux CPN avant ou dans 4ème mois |
| | • Impliquer les (belles) mères et matrones pour surmonter les tabous |

| **Accouchement assisté** | **Risques de non-CPN non perçus** |
| | • Augmenter les compétences, moyens et connaissances des matrones et sage-femmes pour accouchement à domicile (…) |
| | • Réseautage entre AC, matrones et CSB |
| | • Augmenter la perception que CSB est un endroit accueillant et sécurisant pour accoucher |
| | • Communiquer les heures / jours disponibilité des Sage-femmes / médecin CSB aux AC |
| | • Préparer les maris et les accompagnateurs à l’éventualité d’un accouchement au CSB |
| | • Augmenter les opportunités abordables d’hébergement près du CSB |

| **Conséquences négatives perçues (CSB)** | **Risques accouchement par matrone non-perçus** |
| | • Réduire la sensation de honte des femmes; préparer mieux les femmes, et plus tôt |
| | • Augmenter la disponibilité des moyens minimum pour accoucher au CSB (kits de naissance) |
| | • Diminuer la perception qu’on ne peut pas accoucher au CSB si 4 CPN non faites |
| | • Communiquer que les matrones peuvent avoir des compétences, mais manquent de matériel / d’hygiène |
| | • Informer les cibles sur conséquences graves et parfois débilisantes des accouchements compliqués à domicile |
| | • Renforcer la connaissance des AC / matrones sur risques et signes de danger et les cas d’urgence |

<p>| <strong>Croyance</strong> | <strong>Risques accouchement par matrone non-perçus</strong> |
| | • Augmenter la perception que l’accouchement est physique, avec des risques contrôlables nécessitant une bonne préparation dans un endroit approprié |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th>Allaitement</th>
<th>Auto-capacité non perçue AIM/AME</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>• Améliorer la perception qu’une femme allaitante nécessite un allègement de la charge de travail et un renforcement diététique</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Augmenter la perception que la femme a assez de lait pour AME 6 mois</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Impliquer les maris et les proches: mères, belles mères, paires (‘mère-à-mère’)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Conséquences positives non perçues AIM/AME</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmenter la perception que le colostrum a des bienfaits pour les nouveau-nés (anticorps)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Augmenter la conviction que l’aspect, la consistance et le goût du premier lait sont ‘normaux’</td>
</tr>
<tr>
<td>• Améliorer la perception que l’AME 6 mois est bon pour la mère et l’enfant</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Coutumes et croyances AIE / AM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Diminuer la perception qu’un enfant de 4 mois a besoin des compléments pour sa croissance</td>
</tr>
<tr>
<td>• Renforcer la perception qu'un nouveau-né n’a pas besoin de tisane ou de l’eau sucrée</td>
</tr>
<tr>
<td>• Renforcer la connaissance sur les 3 besoins des nouveau-nés (chaleur, sécurité, contact physique) et que l'allaitement répond aux 3 en même temps</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Planning familial</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives perçues PF (par femmes)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• Améliorer les perceptions sur les avantages des différentes méthodes PF</td>
</tr>
<tr>
<td>• Augmenter la perception qu’il y a un choix disponible de méthodes PF pour différents types de femmes</td>
</tr>
<tr>
<td>• Réduire la crainte que PF diminue la chance d’avoir des enfants plus tard</td>
</tr>
<tr>
<td>• Réduire la peur des femmes des effets secondaires négatifs (chute cheveux, maladies, maux d’estomac, malaises, grossir, maigrir etc.)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Conséquences négatives perçues PF (hommes)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmenter les perceptions sur les effets positifs des espacements des naissances pour le ménage (vie harmonieuse, coûts,…)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Augmenter les perceptions sur avantages PF pour la santé et la force de la femme</td>
</tr>
<tr>
<td>• Réduire les fausses perceptions des hommes sur les effets secondaires négatifs (stérilité, dommage sur organes reproductifs)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Risque / sévérité non perçues</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmenter la perception que les accouchements rapprochés sont risqués pour la santé de la mère et nouveau-né, expliquer les risques (économiques) sur le ménage</td>
</tr>
<tr>
<td>• Communiquer les risques des grossesses ‘mère trop jeune’ et ‘mère trop âgée’</td>
</tr>
<tr>
<td>• Sensibiliser sur les effets d’avoir ‘trop’ d’enfants</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Conséquences positives non perçues (MLD)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Diminuer la crainte (h/f) -&gt; accentuer les effets positifs et la fiabilité des MLD</td>
</tr>
<tr>
<td>• Augmenter la proximité / disponibilité MLD (au CSB?)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Améliorer la conviction des AC sur les MLD, réseautage entre AC et mobilisateurs MLD</td>
</tr>
<tr>
<td>• Diminuer la peur des hommes de perdre sa position</td>
</tr>
<tr>
<td>• Diminuer la peur de femmes qu’elle devrait assumer tâches / rôles des hommes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Culture d'avoir beaucoup d'enfants, dons de Dieu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmenter la perception que le PF est accepté socialement par les groupes influents, surtout les leaders religieux et traditionnels (et que PF n’incite pas à l’adultère)</td>
</tr>
<tr>
<td>• Accentuer que PF sert à espacer les naissances, pas pour réduire la fécondité</td>
</tr>
<tr>
<td>• Sensibiliser les matrones sur méthodes PF, lier aux AC</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Relations genre</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives miralenta perçues</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• Expliquer / sensibiliser sur le vrai sens de miralenta, adapté au contexte</td>
</tr>
<tr>
<td>• Informer les hommes + femmes que miralenta ne veut pas dire inverser les rôles</td>
</tr>
<tr>
<td>• Augmenter les perceptions que le miralenta est ‘win-win’ pour homme et femme</td>
</tr>
<tr>
<td>• Diminuer la peur des hommes de perdre sa position</td>
</tr>
<tr>
<td>• Diminuer la peur de femmes qu'elle devrait assumer tâches / rôles des hommes</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Acceptation sociale que santé familiale est ‘affaire de femmes’</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Augmenter la perception que la santé familiale est l'affaire de tous</td>
</tr>
<tr>
<td>• Améliorer la perception hombre que la femme enceinte, accouchée ou allaitante nécessite soutien</td>
</tr>
<tr>
<td>• Promouvoir le consentement (h/f) dans les décisions sur les soins, dans les rapports sexuels, la fécondité et le nombre d'enfants</td>
</tr>
<tr>
<td>• Accentuer l'idée qu’au regard de l’absence des hommes, les femmes devraient avoir plus de pouvoir décider sur dépenses santé</td>
</tr>
<tr>
<td>• Reconnaître la contribution de la femme aux ressources du ménage</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Coutume / culture</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Réduire la perception des hommes et femmes que la violence domestique est acceptable</td>
</tr>
<tr>
<td>• Valoriser les filles et femmes (Sans femmes il n'y a pas de garçons, ni d'hommes)</td>
</tr>
<tr>
<td>Domaine</td>
</tr>
<tr>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PARTIE 1 - METHODOLOGIE
1.0 Introduction

Management Sciences for Health (MSH) et ses partenaires Action Socio-sanitaire Organisation Secours (ASOS), Catholic Relief Services (CRS), l’Institut Technologique de l’Education et du Management (ITEM) et Overseas Strategic Consulting, Ltd (OSC) exécutent le projet USAID|MIKOLO financé par USAID à Madagascar.

Le but de ce projet est d’accroître l’utilisation des services de soins de base à base communautaire et l’adoption de comportements favorables à la santé chez les femmes en âge de procréer, les enfants de moins de cinq ans et les nourrissons dans six des vingt-deux régions de Madagascar.

1.1 Choix des thèmes

Les thèmes de l’étude sont ceux identifiés dans le protocole, dont sept pratiques de santé promues par le projet avec leurs (sous)-comportements qui sont également clairement liés aux indicateurs USAID et du projet.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Pratiques</th>
<th>Sous comportements</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Recherche des soins auprès des AC en cas de fièvre, de diarrhée et d’infection respiratoire aiguë pour les enfants de moins de 5 ans</td>
<td>Consulter l’AC et suivre les traitements et soins prescrits par l’AC</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Utilisation des TDR pour les enfants &lt; 5 ans avec fièvre (...) et traitement avec ACT</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Suivi des consultations prénatales (4 CPN), des soins pré et postnataux (femmes enceintes)</td>
<td>Suivre 4 CPN - être vaccinées, déparasitées, prise du FAF (Fer Acide Folique) et du traitement préventif malaria</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Accoucher avec personnel formé (à l’hôpital ou CSB)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Pratiquer l'allaitement maternel immédiat et exclusif (AMI) et allaitement maternel exclusif(AME 6 mois)</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Utilisation des contraceptifs modernes par les femmes de 15 à 45 ans</td>
<td>Les femmes prennent les contraceptifs modernes (injectables, oraux, DIU,...) avec le soutien de leurs maris</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Implication des hommes</td>
<td>Les hommes sont impliqué dans la santé familiale</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Les jeunes et adolescents évitent les grossesses précoces et non-désirées</td>
<td>Retarder les 1ers rapports sexuels</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Utilisation des préservatifs</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Suivi et promotion de la santé et nutrition essentielle pour les enfants de moins de 2 ans et tous les 3 mois pour les enfants de 3 à 5 ans</td>
<td>Achever les 5 séries de vaccination chez l’enfant de moins d’un an</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Alimentation complémentaire et actions essentielles en nutrition (vitamines A, déparasitage,...</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Utilisation des MID pour les enfants ≤ 5 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Utilisation des latrines améliorées et pratique du lavage des mains aux moments critiques</td>
<td>Utilisation de latrine (simple et/ou améliorée)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lavage de mains avec savon aux 5 moments clés</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1.2 Choix des sites

L'étude s'est déroulée dans 5 des 6 régions d'intervention du projet USAID|MIKOLO, divisé en 4 axes: Est, Sud, Sud-ouest, Sud-est et 5 Régions :
1. Atsinanana - 2 communes: Antetezambaro et Ampasimadinika
2. Haute Matsiatra - 2 communes: Vohibato et Ambinaniroa Andonaka
3. Ihorombe: 1 commune: Zazafotsy
4. Atsimo Andrefana 2 communes: Miary, Miary Lamatihy
5. Vatovavy FitoVinany 2 communes: Ambihimiriana II, Ilakatra

La sélection des communes a été faite par les bureaux régionaux et l'équipe de Recherche Formative et basée sur des critères prédéfinis dans le protocole, sur la base des monographies et de l'état de lieu disponible pour 330 communes rurales, lieux d’intervention du projet. La première commune ciblée était plus ou moins 'standard' et représentative des autres communes dans la région (en termes de taille, de nombre d’habitants), tandis que la deuxième commune était plus isolée (en terme de distance et de moyens de transport pour y arriver). Les communes se trouvaient toutes à proximité des Routes Nationales, pour des raisons de sécurité et d’accessibilité. Pour assurer une participation des cibles venant des fokontany plus éloignés, le protocole de recherche a prévu une participation aux frais de déplacements des cibles. Au total, 56 Fokontany différents ont été touchés par la recherche.

1.3 Choix des cibles

Les cibles de cette recherche se catégorisent en plusieurs types. Les tableaux ci-dessous montrent les cibles par type, leur spécification et le nombre prévu versus le nombre total réalisé.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Toutes les cibles</th>
<th>Prévues</th>
<th>Réalisé</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Femmes en Âge de Procréation (FAP) (15-35 ans)</td>
<td>108</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes / adolescents (filles et garçons 15-24 ans)</td>
<td>108</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes / Chefs de Ménage (24 - 60 ans)</td>
<td>108</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>Cibles secondaires Agents Communautaires</td>
<td>90</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Cibles secondaires autres</td>
<td>126</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td><strong>540</strong></td>
<td><strong>535</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
a. CIBLES PRIMAIRES : les bénéficiaires directs du projet

1. Femmes en Age de Procréation (FAP) (15-35 ans)  
   Prévu | Réalisé  
   15 - 34 ans, ayant au moins un enfant entre 1-5ans | 27 | 31  
   15 - 34 ans, ayant au moins un enfant de < 12mois | 54 | 50  
   Femmes enceintes (15 - 34ans) | 27 | 25  
   Total | 108 | 106

2. Jeunes / adolescents (filles et garçons 15-24 ans)  
   Prévu | Réalisé  
   15-19 ans - Filles | 27 | 28  
   15-19 ans - Garçons | 27 | 30  
   20-24 ans - Filles | 27 | 27  
   20-24 ans - Garçons | 27 | 22  
   Total | 108 | 107

3. Chefs de ménage / groupes hommes (25 - 60 ans)  
   Prévu | Réalisé  
   25 - 34 ans | 54 | 49  
   35-60 ans | 54 | 58  
   Total | 108 | 107

b. CIBLES SECONDAIRES: les prestataires, les acteurs communautaires à différents niveaux

4. Profile des Agents Communautaires  
   Homme | Femme | Depo-com | AC Enfant | KMS Santenet2 | Autres | -35 ans | +35 ans  
   Total Réalisé n=89  
   44% | 56% | 43% | 56% | 82% | 18% | 30% | 70%

Autres cibles secondaires  
   Prévu | Réalisé  
   5. Femmes 35 - 49 ans | 18 | 018  
   Garçons | 9 | 9  
   7. Le chef CSB | 9 | 9  
   8. TA des ONGs | 9 | 9  
   9. CCDS | 9 | 9  
   10. COSAN | 9 | 9  
   11. Les chefs religieux et/ou traditionnels | 9 | 10  
   12. Les guérisseurs | 9 | 9  
   13. Matrones | 9 | 9  
   14. Les autorités locales: Maire | 9 | 9
15. Les autorités locales: président FKT       9       9
16. Médecin Inspecteur (cible tertiaire)     9       8
17. Directeur Régional de la Santé            1

Total  126  126

En dehors de ces cibles, des entrevues et des discussions informelles ont eu lieu avec les autres cibles tertiaires, par exemple les personnes dans les Points d'Approvisionnement de médicaments, les sages-femmes ou autre personnel dans les CSB, les enseignants et d'autres notables dans les fokontany. Au total les cibles sont venues de 56 fokontany différents.

1.4 Méthodes et outils de collecte de données

Afin d'obtenir une image riche, profonde et complète des comportements de santé et leurs barrières sous des angles différents, l'équipe de recherche a choisi une technique basée sur 'l'immersion'. Cela signifie que les équipes de recherche se sont imprégnées pendant 4 à 5 jours dans chaque communauté, tout en utilisant différentes méthodes complémentaires pour collecter les données. Trois méthodes de collecte de données ont été utilisées:

2. Interviews Semi-Structurées (ISS) (durée moyenne: 1 heure à 1 h 30) en individuel, avec les cibles secondaires
3. Observations directes dans les localités pour voir les différentes pratiques ciblées (par ex. l'utilisation des MID, des latrines, la fréquentation des CSB, les sources d'eau, l'allaitement etc…)

A noter que les enquêteurs ont passé, dans la mesure du possible quand la sécurité le permet, leurs nuits dans les villages où la recherche a été effectuée.

1.4.1 Elaboration des Outils de collecte de données

Pour aider les enquêteurs à faciliter les mini-ateliers, un plan de session a été créé, qui stipule par chaque tranche de temps quel sujet (comportement) sera traité, avec quel exercice de collecte de données, avec quels moyens visuels (posters, cartes) etc.

Chaque thème était traité en trois étapes (voir box 2). Les ISS ont été conduites avec un guide d'interview qui contient des questionnaires (questions structurées et ouvertes) ainsi que des instructions pour les enquêteurs.
Les observations sont faites sur la base d’un check-list d’observations. Autant que possible, les enquêteurs, superviseurs et le staff du projet ont été encouragés à prendre des photos.

Accomplissement de l’« exercice haricots » pour:
- activer et impliquer les participants des ateliers
- stimuler les participants à réfléchir sur leurs comportements et ceux des autres
- assurer un bon point de départ de discussions approfondies
- clarifier la différence entre les perceptions et les vrais comportements

1.4.2 Pré-test des outils de collecte de données
L’équipe de Recherche Formative a pré-testé les outils de collecte de données pendant 3 jours à la commune de Vatomandry, plus précisément à Maintinandry. Ce lieu était choisi car:
- sa proximité du bureau MIKOLO à Tamatave (2 à 3 heures de route)
- sa représentativité pour les communes actuelles du projet MIKOLO
- la présence des Agents Communautaires (et d'autres critères dans paragraphe 2.2 et box 1).

Pour tester la méthodologie des mini-ateliers, un atelier avec 10 Femmes a été réalisé par l’équipe. Pour pré-tester les questionnaires ISS, des interviews approfondies ont été faites avec: le médecin inspecteur (son adjoint), le chef CSB, le maire, le chef de Fokontany, une matrone et une guérisseuse traditionnelle, trois leaders jeunes et deux membres du COSAN/CCDS. Basée sur le pré-test, l’analyse des leçons apprises a été faite, ce qui a amené quelques modestes changements à la méthodologie des mini-ateliers. Il y a eu des changements assez importants aux outils ISS: des questions plus précises pour chaque cible (en plus des questions standardisées pour toutes les cibles) ce qui a produit un questionnaire plus compressé.

1.4.3 Sélection et Formation des enquêteurs
Le Bureau d’Etudes (BE) recruté pour s’occuper des aspects logistique, recrutement et administratif de la recherche a recruté et sélectionné une équipe de 12 enquêteurs (3 par Axe, 6 femmes, 6 hommes). Le BE a utilisé sa base de données existante ainsi que des CV qui ont été reçus et pré-triés par le projet. L’équipe de recherche a organisé une formation intensive de 4 jours qui traitait des sujets ci dessous. A part les enquêteurs, les RMC (Responsable de la mobilisation communautaire) des bureau régionaux du projet ont participé (5) ainsi que les superviseurs du Bureau d’Etudes.
Résumé du programme de formation pour les enquêteurs en Recherche Formative

- Cadre général: problématique, comportements sains, méthodologie, modalités de réalisation, etc.
- Les TdR des enquêteurs-animateurs: tâches, profils, compétences communicationnelles attendues
- Recherche qualitative versus Recherche quantitative: différences et implications
- Introduction aux outils et techniques de la recherche
- Imprégnation et appropriation des outils: fiches de criblage et les questionnaires ISS
- Familiarisation / Traduction / expression en Malgache des questions à poser: ISS et ateliers
- Suite: comment utiliser le dictaphone et prendre des notes?
- Les déterminants de comportement et les barrières
- Les concepts de qualité de données: comment éviter les erreurs fréquentes?
- Les techniques de facilitation des mini-ateliers
- Simulation avec des cibles proxis de à Tana + débriefing
- Comment utiliser les templates?
- Code éthique, les ‘dos et les ‘don’ts’ du comportement sur terrain
- L’organisation sur terrain: division équipes, supervision, administration, débriefings journaliers
- Introduction des fiches de gestion de la recherche (fiche présence, fiches de criblage, etc.)
- Distribution de tous les imprimés et vérification des matériels

Pour des raisons imprévues, deux enquêteurs devaient être remplacés avant le début du travail sur terrain: un dont la mère est décédée - remplacé par un superviseur du Bureau d’Etudes qui avait participé à la formation, une autre qui a désisté sans aucune raison. Cette dernière a dû être remplacée par quelqu’un qui n’avait pas participé à la formation. Cette personne a été formée en route et sur place, ce qui a engendré une charge de travail supplémentaire pour les superviseurs.

1.5 Travail sur terrain

La collecte de données sur terrain a été faite en parallèle dans les 4 axes pendant une période de 2 semaines. Chaque équipe était composée de 3 enquêteurs/facilitateurs (dont 1 superviseur), 1 ou 2 RMC de MIKOLO et 1 superviseur de l’équipe du bureau central. La préparation du terrain, la réservation de la salle pour les ateliers, et le recrutement des cibles ont été faits par des Agents Recruteurs avant l’arrivée des équipes sur terrain.

Ateliers et ISS
Dans chaque commune, quatre mini-ateliers et au moins 9 ISS ont été tenus. Les ateliers ont eu lieu dans des écoles ou des centres communautaires. Ils ont été facilités par au moins 3 personnes (1 facilitateur, 1 qui s’occupait des pictogrammes et cartes, et 1 pour la prise de notes). Les ISS ont été faites par 2 personnes à la fois. Toutes les interviewes et les ateliers ont été enregistrés par dictaphone et les questionnaires originaux et flip charte (+ Post_it, cartes) ont été bien gardés dans des classeurs multi-vues, comme expliqué pendant la formation.
Transect
Pendant ou après la journée de travail, les équipes ont effectué des Transect, des ballades aléatoires dans les villages, tout en observant intuitivement (c’est à dire sans compter - mais avec un check-list) les indices des comportements sains tels que: la disponibilités des latrines, des dispositifs de lavage de mains, des points d'eau, des moustiquaires, la variété des produits sur le marché, des GSM etc.

Il n'y a pas eu de perturbations ou problèmes sur terrain, à part les quelques fois où les participants pré-ciblé par les agents recruteurs ne remplissaient pas les critères. Ils étaient remerciés et des remplaçants ont été trouvés. Ceci a conduit à un début un peu retardé de quelques ateliers.

1.6 Analyse des données

Les réponses données par les cibles pendant les ateliers et les ISS ont été d'abord notées sur leurs questionnaires ou cartes/flip chartes. Ensuite, les réponses ont été transférées dans des canevas (en Excel) préétablis. Ceci a été fait soit sur place (sur terrain) par les équipes de recherche, soit pendant la période post-collecte, à Tana. Les enregistrements sur dictaphone des 125 ISS, la version Word et une compilation des données en Excel sont disponibles ainsi que ceux des 36 mini-ateliers les cartes et Post_it et un résumé des réponses données en Excel.

Ensuite, les réponses données pendant les ISS et les ateliers en Excel ont été revues, nettoyées, groupées, et classifiées par type de barrières par l'équipe. La dénomination des barrières viennent d'une liste de déterminants de comportement déjà existants. Cette liste a été retravaillée par l'équipe de recherche de MIKOLO et divisée en deux catégories d'obstacles: 1) ceux qui proviennent d'une analyse interne et individuelle de la personne et 2) ceux qui découlent de facteurs externes. Le tableau ci dessous résume les obstacles le plus souvent rencontrés et les raisons souvent citées par les cibles pour la non-adopter de certains comportements.

| Table 1. Les déterminants de comportement et les barrières fréquentes |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Déterminants     | Obstacles        | Raisons souvent citées                                      | Noms de la barrière |
| 1. Analyse individuelle de mes capacités et mes besoins | Manque de connaissance / attitudes et/ou capacité non adaptées au comportement. | "Je ne connais pas, je ne sais pas, je ne peux pas, j'ai pas le temps" | Auto capacité non perçue |
|                   | Les cibles n'ont pas les ressources et/ou ne sentent pas avoir un accès facile à l'action ou service. | "C'est trop loin, trop cher, trop difficile, je ne sais pas où /quand aller..." | Accès non perçu |
|                   | Les cibles n'ont pas confiance, elles ne pensent pas que l'action va être efficace. | "Ça sert à rien, c'est pas bon, je préfère" | Efficacité non perçue |
Les cibles ressentent des inconvénients et /ou ne voient pas d'avantages à faire l'action ou service.

"Ça va me faire mal, ils vont me critiquer, je ne pourrai pas suivre les conseils»

Conséquences négatives perçues / conséquences positives non-perçues

Les cibles ne pensent pas que leur comportement actuel puisse entrainer des risques, ils ne voient pas la sévérité de la condition.

"C'est pas grave / ça passera / ça ne mérite pas de traitement spécial"

Risque / sévérité non perçus

2. Facteurs externes

Les cibles sont influencées par les personnes ou groupes qui les déconseillent, ou par les normes en vigueur dans la commune.

"Tout le monde le fait, mon époux m'a dit..., ma mère me dit...les chefs le font (ou pas),"

Acceptation sociale

Il y a des coutumes ou croyances dans la culture qui empêchent les cibles à adopter un comportement

"Ce n'est pas dans nos habitudes / on ne fait pas ça, c'est tabou de...c'est la volonté de Dieu..."

Croyance, Coutume, Culture

Il y des règlements qui bloquent l'adoption. Ou: l'absence de règlements, ou le manque d'application fait que les comportements ne sont pas adoptés

'Il n'y a pas de politique de,.."

Règlement non favorable

### 1.7 Limitations de la méthodologie

Les méthodes de recherche qualitative choisies pour cette recherche formative présentent un certain nombre de contraintes méthodologiques. Tout d'abord, les cibles n'ont pas été sélectionnées selon un échantillonnage aléatoire de la population et l'étude n'a donc pas produit de résultats statistiquement représentatifs pour toutes les communes de USAID | MIKOLO.

La sélection des communes était partiellement basée sur l'accès aux communes, et les zones plus difficilement accessibles n'ont pas été incluses. Il se peut que dans ces communes les cibles rencontrent d'autres obstacles que ceux trouvés dans la recherche. Cependant, une gamme de communes plus 'traditionnelles' (par exemple dans le sud de Madagascar) et d'autres moins traditionnelles (dans l'Est) ont été incluses , et l'équipe de recherche estime que cela a permis une vision équilibrée des croyances et cultures traditionnelles.

L'équipe de recherche a consciemment fait un compromis dans le choix de la méthodologie : la sensibilité du sujet et la qualité requise des données ré ont conduit à choisir les techniques approfondies qui ont pris plus de temps, au lieu d'une enquête de ménages qui produit des résultats quantitatifs.

Pour couvrir un large éventail de cibles primaires, la composition des groupes pour les ateliers a été prédéfinie strictement pour inclure les groupes cibles de différentes tranches d'âge, avec des enfants de différents âges (mais tous <5 ans) et un mélange d'hommes/femmes et garçons/filles. Délibérément, les
femmes plus âgées (35 - 49 ans) n'ont pas été inclues dans les ateliers avec les femmes plus jeunes (< 35) comme l'expérience a montré que les plus âgées pouvaient être dominantes, laissant moins de place pour les plus jeunes à parler. Pour cette raison également, les hommes n'ont pas été mélangés avec des femmes (chefs de ménage). Pendant l'atelier des jeunes, certains exercices sensibles (sur l'âge du premier rapport sexuel par exemple) ont été faits séparément pour les garçons et les filles.

Enfin, les groupes cibles, étant pour la plupart des personnes faiblement alphabétisées, l'équipe a choisi de travailler avec des pictogrammes, des méthodes participatives et des visuels comme les haricots et l'arbre des problèmes. Cela a fortement aidé mais nous sentons toujours que la capacité des cibles pour analyser leur propre comportement, et surtout les raisons derrière ces comportements, a été toujours limitée. De plus, les gens sont assez intelligents pour supposer les types de réponses souhaitées, et beaucoup avaient tendance à dire qu'ils ont déjà adopté certains comportements alors que ce n'était pas vraiment le cas. Par triangulation (mini atelier, ISS et observation) et par la comparaison de nos données avec les données quantitatives existantes, l'équipe est confiante d'avoir été en mesure de fournir une image réaliste des comportements. Cela a été affirmé par les responsables de la mobilisation communautaire du projet MIKOLO qui ont plusieurs années d'expérience sur le terrain dans leurs régions respectives.
PARTIE 2a - RESULTATS: LES PRATIQUES ET BARRIERES IDENTIFIEES
1. Recherche des soins auprès des AC en cas de fièvre, de diarrhée et IRA enfants < 5 ans

Résumé de la pratique et ses acquis:

La pratique qui consiste à chercher des conseils et des soins chez les AC ou au CSB (axe opposé à l'automédication) se voit de plus en plus. Environ 4 à 5 femmes sur 10 ont indiqué avoir eu un enfant malade pour lequel elles ont été conseillées par un AC ou parfois le CSB (chiffre confirmé par étude OMD2). Cependant, encore beaucoup de femmes ont recours à l'automédication et la médecine traditionnelle, conseillées par les guérisseurs ou parfois même par les chefs religieux et les chefs traditionnels qui sont quelquefois plus respectés que les AC. Il existe aussi encore des barrières significatives au niveau de l'accès aux services des AC (et CSB), et un manque de confiance aux AC.

Les femmes savent que, en cas de maladies graves, elles doivent consulter un AC/médecin, mais souvent elles ignorent ce qui constitue des cas graves et donc le moment où l'enfant doit être traité par du personnel formé. En outre, la ferme conviction que la plupart des maladies est ‘mystique’ (induite par la sorcellerie) et non pas physique est une croyance largement répandue dans certains sites à Madagascar. Ceci fait que les gens ont confiance aux dons des guérisseurs traditionnels (qui ont reçu leur don de guérir des ancêtres également très estimés). Ces guérisseurs font aussi des traitements de la diarrhée, de la fièvre et de la toux avec des tisanes, poudres, massages et avec des gris-gris et amulettes.

Les tests diagnostic pour le paludisme sont faits par certains AC et certains CBS mais cela reste à un niveau bas (entre 7 et 10%)3. Au moment de cette recherche, dans les communes visitées, il y avait très peu de tests rapides disponibles. Le traitement avec ACT est un peu plus haut, entre 12 et à 14%.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Les AC ne sont pas reconnus, ne sont pas élus</td>
<td>Efficacité des services non-perçue (de l’AC)</td>
<td>Bien que les AC soient toujours actifs, dans la plupart des communes visitées ils ne sont pas encore pleinement acceptés, appréciés et ne jouissent pas de la pleine confiance de la population en tant que conseiller et prestataire des services de V7V</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC n'ont pas de diplômes, ne sont pas certifiés</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC ne sont pas compétents</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les compétences des AC sont sous-estimées</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC sont dans le cadre d'un projet (limite temps, apport extérieur)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1Selon l'étude OMD 2013, le taux prévalence diarrhée enfants <5 ans entre 5% et 22% (national), et entre 11% et 22% dans les régions de cette recherche

2Taux de consultation des formations sanitaires 37.7% OMD # 2013

3OMD 2013: RDT = 6.8% , MICS Sud 2013 RDT = 10.5% RDT (RapidDiagnosis Test), OMD 2013: 12% ont pris des ACT, MICS 14.2%
| Les AC ne sont pas équipés pour les prestations | Accès au service non perçu (à l'AC) | santé. | HM-Ih |
| Les AC ne font pas assez de sensibilisation | | | |
| Les AC n'ont pas / pas assez de médicaments | | | |
| Les AC pas disponibles aux moments nécessaires | | | |
| AC sensibilisent seulement la journée – ou pas toujours disponibles | | | |
| AC ne soignent que les enfants | | | |
| Les sites des AC sont trop loin | | | |
| Il y a des conflits et des jalousies entre les AC et la communauté | | | |

| Les mères ont une préférence pour et de la confiance en l'automédication et les médications données par les guérisseurs (car 'naturel' et 'à travers les ancêtres'). | Risques et sévérité non perçus | Les guérisseurs, religieux et traditionnels proposent aussi des traitements contre la diarrhée, la fièvre, la toux (souvent par les rituels, les tisanes, massages) | Tous |
| Les signes de danger (enfant) et le moment où un enfant a besoin d'être traité au CSB ne sont pas toujours connus | | La léthargie, les convulsions, évanouissements, et le refus du sein sont souvent vus comme maladies maléfiques (possession, 'tomba') nécessitant des rituels ou des exorcismes | AA |
| Dans les zones paludiques, certaines femmes considèrent toute fièvre comme signe de paludisme | | | |
| Les femmes ne savent pas quand la fièvre est très haute méritant d'aller à l'hôpital | | | |

| Les mères (et leurs maris) ont la croyance que les maladies sont 'mystiques' (du fait de la sorcellerie) et donc ne peuvent pas être traitées par les AC. | Croyances / culture / coutumes | Encore beaucoup de gens vont chez le guérisseur traditionnel (ou 'masseur'). Ils sont considérés plus accessibles et proches | ATS HM-Ir |
| Les mères ne font pas de distinction entre les symptômes ou maladies 'maléfiques' et 'maladies physiques' (p. ex. la léthargie, les convulsions, évanouissements souvent vus 'non physiques') | | Voir dessus | |
| Les AC ne reçoivent pas de compensation (de l'Etat ou autre (pas vus comme des professionnels) | Règlement (ou application) non-favorable | C'est stipulé dans la politique nationale de santé communautaire | Tous |
### 2a. Suivi des consultations prénatales (4 CPN, utilisation MID)

**Résumé de la pratique et ses acquis:** La pratique des CPN commence à être connue et suivie dans les milieux ruraux (estimatif : 5 femmes sur 10 déclarent avoir suivi des CPN - ce qui est confirmé par l'étude OMD 2013). Les mères, et belles-mères et le chef CSB semblent d'être les principaux référents. Cependant, dans de nombreux cas, les femmes enceintes ne suivent pas le minimum requis de 4 CPN. Il y a tendance de à faire la première consultation plus tardivement. Même au 6ème mois, au dernier semestre (suivant quelques croyances et coutumes), ce qui réduit le nombre de CPN à moins des 4 reprises.

Les AC et les matrones sensibilisent les femmes enceintes de suivre des CPN auprès des CSB, mais l'ignorance, la peur, l'inefficacité et la difficulté d'accès à ce service restent des barrières importantes. Les moustiquaires / MID semblent être bien utilisés par 2 femmes enceintes, sur 3 dans le ménages où la distribution a eu lieu. Quelques cas de mauvaise utilisation et de conséquences négatives perçues ont été notés.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Tous</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Certaines femmes enceintes ne sont pas sensibilisées pour les CPN</td>
<td>Riské et sévérité non perçus</td>
<td>Les femmes ne savent pas et/ou ne perçoivent pas de risque</td>
<td>Hm-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>Elles ne reconnaissent pas l'utilité des CPN (« nous ne sommes pas malades »)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Souvent, les jeunes filles enceintes ne savent qu'elles sont enceintes que lorsque leur grossesse est assez avancée</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Certaines pensent qu'il faut attendre que le ventre soit grand pour être mesuré au premier CPN</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les matrones (et parfois guérisseurs) font aussi des CPN, elles connaissent bien les grossesses</td>
<td>Accès au service non perçu (CPN au CSB)</td>
<td>Les guérisseurs et les matrones proposent aussi des &quot;CPN&quot; (massages). Beaucoup de femmes enceintes (et leurs maris) préfèrent aller</td>
<td>ATS</td>
</tr>
<tr>
<td>Le CSB est loin et/ou le médecin CSB est absent</td>
<td></td>
<td></td>
<td>HM-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>Les CSB est cher (plus cher que la matrone)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. __________________________

4MICS : au moins 1 fois avec personnel qualifié : 75%, au moins 4 fois avec n'importe quel prestataire : 43% (MICS Sud 2013)
<table>
<thead>
<tr>
<th>'Le MID est chaud, ça étouffe, le produit insecticide nous rend malade, cela fait penser aux morts'</th>
<th>Conséquences négatives perçues (MID)</th>
<th>chez la matrone</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Les jeunes filles non mariées enceintes (&lt; 15 ans) : c'est la honte d'être enceinte (&quot;il faut cacher&quot;)</td>
<td>Il y a des croyances qui empêchent les femmes enceintes d'être ouvertes ou fières de leur grossesse - cela ne favorise pas les CPN, surtout les CPN dans les premiers mois</td>
<td>AA, HM</td>
</tr>
<tr>
<td>Il y a des tabous contre la préparation de la naissance avant que le bébé ne soit né</td>
<td></td>
<td>V7V</td>
</tr>
<tr>
<td>On cache le ventre (pour ne pas montrer la grossesse) par peur d'être ensorcelé</td>
<td></td>
<td>AA</td>
</tr>
<tr>
<td>Le fœtus n'est pas considéré comme un être humain (‘bib’=animal) avant que le ventre soit bien visible</td>
<td>(voir aussi croyance 'accouchement')</td>
<td>V7V</td>
</tr>
<tr>
<td>La peur de se faire toucher par un médecin</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 2b. Accouchement assisté par personnel formé

**Résumé de la pratique et ses acquis:** la pratique d'accoucher avec du personnel formé au CSB ou dans un centre de maternité est loin d'être acquise. La plupart de femmes ne sont encouragées ni par leurs maris, ni les matrones ou les notables dans les communes. L'accès aux matrones et la familiarité avec elles sont perçus très positivement, ce qui est le contraire pour l'accès aux services CSB.

La majorité des femmes enceintes ressentent une grande distance physique et psychologique vis à vis du CSB pour y accoucher. Il y a également des croyances traditionnelles et mystiques qui empêchent les femmes à aller accoucher dans les CSB.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Les femmes préfèrent l'accouchement à domicile avec la matrone (&quot;tout le monde va chez la matrone&quot;)</td>
<td>Accès au service (matrone) perçu</td>
<td>Les ASC font de la sensibilisation pourtant c'est le mari qui décide du lieu d'accouchement</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· La matrone est 'parmi nous', 'on a une familiarité avec elle'</td>
<td></td>
<td>Estimatif: plus de 80% accouchent à domicile avec les matrones</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Le mari décide et préfère aussi la matrone (proximité, femme pas malade pour aller au CSB</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· La matrone est moins chère (environ 10 000 Ar) et elle peut être payée en nature (riz blanc, poulet,...)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· La matrone fait des accouchements la nuit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Certaines femmes enceintes ne connaissent pas leur DPA (Date Probable d'Accouchement)</td>
<td>Accès au service (CSB) non perçu</td>
<td>L'habitude d'attendre la dernière minute -&gt; souvent trop tard pour arriver au CSB. Femme enceinte est accompagnée par proches (mère, sœur).Les coûts de séjour au CSB de ses accompagnateurs élevés. Elles sont aussi censées amener les matériels comme thermos, langes,</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Le CSB est loin, difficile d’y aller (insécurité aussi surtout soir/nuit)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Perception que l'accouchement au CSB coûte cher (en principe gratuit, mais...?)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· La sage-femme du CSB ne travaille pas la nuit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Il n’y a pas d’hébergement pour les accompagnateurs</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. ___________________________________________________________________________________

5MICS Sud: 23% accouchement dans structure de santé. OMD 2013 entre 13% (V7V) et 32 (HM)% accouchement avec personnel assisté
<table>
<thead>
<tr>
<th>Conséquences négatives perçues (CSB)</th>
<th>La majorité des femmes ressentent une grande distance psychologique par rapport à l'accouchement au CSB. Moyens minimums: couverture, thermos, couches.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Risque et sévérité non-perçus</td>
<td>Les matrones disent envoyer une femme au CSB dans les cas de danger. Dans quelques cas, les matrones ont pu accompagner la femme enceinte pour l'accouchement au CSB. Certaines matrones disent aussi traiter les cas elles-mêmes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Croyances /culture / coutumes</td>
<td>Quand une mère ou un enfant meurt pendant l'accouchement au CSB, leur esprit pourra hanter la salle d'accouchement.</td>
</tr>
<tr>
<td>Règlement (ou application) non-favorable</td>
<td>Ce n'est pas la politique mais la pratique...</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2c. Allaitement Immédiat Exclusif (AIE) et Allaitement Maternel Exclusif (AME)

Résumé de la pratique et ses acquis: la grande majorité des femmes est convaincue des bienfaits de la pratique d'allaitement pour leurs enfants. Cependant, l'allaitement immédiat (dans l'heure après la naissance) est pratiqué à peine pour 2 nouveau-nés sur 3 (chiffre OMD confirmé par cette RF, dans le Sud 45%, MICS 2013). Les avantages du colostrum ne sont pas largement connus. Il est parfois même jeté. L'habitude de donner des tisanes pour faire monter le lait maternel demeure une prévalence. Néanmoins la plupart des femmes commencent l'allaitement quelques heures après l'accouchement, et la majorité des femmes allaite jusqu'à 4 mois exclusivement, période après laquelle elles commencent à donner des compléments à leurs bébés.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Insuffisance de montée de lait suite à la 'sous-nutrition' de la mère</td>
<td>Auto-capacité non perçue</td>
<td>Il n'y a pas d'allègement de la charge de travail pour femmes allaitantes, ni de renforcement diététique Les femmes préfèrent laisser leurs bébés à la maison à partir de 3/4 mois</td>
<td>ATS HM-Ih AA</td>
</tr>
<tr>
<td>· Le travail des champs empêche les femmes d'allaiter exclusivement 6 mois: elles font garder leurs bébés et commencent à leur donner autre chose</td>
<td>Conséquences positives non perçues</td>
<td>Les femmes connaissent le premier lait (colostrum) mais ne sont pas convaincues de son bienfait pour les nouveau-nés. Les AC et matrones connaissent aussi mais pas les bienfaits. Souvent la première tasse de lait est jetée et les femmes allaient quelques heures après la naissance.</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les bienfaits de l'allaitement immédiat exclusif (AIE) pas partout reconnus</td>
<td>Auto-capacité non perçue</td>
<td>Il n'y a pas d'allègement de la charge de travail pour femmes allaitantes, ni de renforcement diététique Les femmes préfèrent laisser leurs bébés à la maison à partir de 3/4 mois</td>
<td>ATS HM-Ih AA</td>
</tr>
<tr>
<td>· La première montée de lait (aspect, goût) est considérée pas bonne, pas propre (&quot;et peut provoquer la diarrhée&quot;)</td>
<td>Conséquences positives non perçues</td>
<td>Les femmes connaissent le premier lait (colostrum) mais ne sont pas convaincues de son bienfait pour les nouveau-nés. Les AC et matrones connaissent aussi mais pas les bienfaits. Souvent la première tasse de lait est jetée et les femmes allaient quelques heures après la naissance.</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les bienfaits de AME 6 mois pour la mère et l'enfant pas reconnus</td>
<td>Auto-capacité non perçue</td>
<td>Il n'y a pas d'allègement de la charge de travail pour femmes allaitantes, ni de renforcement diététique Les femmes préfèrent laisser leurs bébés à la maison à partir de 3/4 mois</td>
<td>ATS HM-Ih AA</td>
</tr>
<tr>
<td>· Quelques femmes croient qu'il y a des &quot;tromba&quot; (esprits) qui veulent que la mère n'allaita pas -&gt; lait montera pas</td>
<td>Croyances / culture / coutumes</td>
<td>Relevé par les matrones surtout, elles font des traitements pour enlever les esprits</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· La coutume de donner d'abord des tisanes (en attendant la montée du lait) et à 4 mois des bouillies (farine, mais, autres...) -&gt; croyance que enfant va bien grandir, marchera plus vite,...</td>
<td>Croyances / culture / coutumes</td>
<td>Cette coutume est soutenue par les matrones, les maris, les parents, les belles-mères, malgré la sensibilisation faite par les AC et CSB</td>
<td>AA, HM</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3. Utilisation des contraceptifs modernes des femmes de 15 à 45 ans

Résumé de la pratique et ses acquis: la pratique du planning familial (PF) et l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes en union (pilule, piqûre, implants, DIU,..) commence à se répandre. C'est surtout parmi les filles et jeunes mères qui utilisent le plus souvent la piqûre Depoprovera, ou la pilule et les implants (peu mais existent). Les DIU sont rarement mentionnés ou utilisés, ainsi que les vasectomies (hommes) et ligature (femmes).

Il existe encore des obstacles significatifs au niveau des maris qui n'approuvent pas; il y a aussi les croyances et rumeurs sur leurs inconvénients et la coutume d'avoir beaucoup d'enfants dans les milieux ruraux, ce qui commence quand même aussi à changer progressivement.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Beaucoup d'hommes résistent et/ou ont des fausses croyances sur les méthodes contraceptives modernes en général (étranger)</td>
<td>Conséquences négatives perçues</td>
<td>&quot;Nos femmes deviennent infidèles, ça les gardera (trop) jeunes, ça les rend fragiles, moins productives, cela endommage l'utérus, ça les rend stériles irréversiblement,...&quot;</td>
<td>V7V HM-Ih AA</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les femmes non-utilisatrices ignorent ou pensent négativement sur les contraceptifs modernes en général</td>
<td></td>
<td>&quot;Ça fait tomber les cheveux, ça rend malade, ça donne des maux d'estomac et des malaises, ça fait grossir et cela rend infertile, ça empêche le nettoyage de l'utérus...&quot;</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les femmes et les hommes ne connaissent pas bien les risques impliqués par les accouchements rapprochés</td>
<td>Risques / sévérité pas perçus</td>
<td></td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sur Méthodes Longue Durée:</strong></td>
<td>Conséquences positives pas perçues</td>
<td>Les AC font des références mais pas vers les chefs-lieux des régions</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les inconvénients sont plus connus que les avantages</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC en parlent peu</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC sont 'gênés' de faire des références vers chefs-lieux de région (considérées 'non faisables')</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC ne sont pas des utilisatrices elles-mêmes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les femmes ont peur du médecin/de la procédure</td>
<td>Auto capacité et accès non perçue</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les femmes ne se sentent pas capables d’aller loin</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les hommes sont souvent réticents (voir dessus)</td>
<td>Acceptation sociale</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les chefs traditionnels et religieux déconseillent</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les guérisseurs et matrones ne conseillent pas sur le PF</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>La tradition à Madagascar d’avoir beaucoup d’enfants</td>
<td>Croyances /culture / coutumes</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>La croyance que les enfants sont des cadeaux de Dieu</td>
<td>Lors des fêtes de mariage, on souhaite aux jeunes ménages d’avoir 7 garçons et 7 filles</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>La fécondité fait partie du statut social (homme et femme)</td>
<td>Les filles suivent leur maris, un garçon reste dans le tombeau familial, la fille pas.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le souhait d’avoir le plus (ou plusieurs) de garçons possibles</td>
<td>Spécificité de certains sites dans le Sud: La Polygame est vue et connue par la communauté, cela peut exacerber la rivalité entre les femmes en fonction du nombre et surtout du sexe de leurs enfants</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le souhait d’avoir beaucoup de filles pour aider la mère</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dans certaines régions, la pratique d’avoir plusieurs femmes (en série) faire des enfants à chaque femme (pour espacer les naissances)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spécificité du Sud: La Polygame (11% selon MICS Sud 2013)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
4. Implication des hommes dans la santé de la famille (relations Genre)

Résumé de la pratique et ses acquis: Dans les communes rurales de cette recherche, la supériorité de l’homme (impliquant l’infériorité de la femme) est présente et acceptée socialement (par h / f). La santé des enfants est une attribution 100% féminine et donc le rôle de l'homme dans les soins de santé de la famille est minime. Toutefois, les hommes détiennent le pouvoir de décision pour les soins impliquant des dépenses financières. Aussi, dans les décisions sur la fécondité et l'utilisation du PF, en général, l'homme est dominant.

Lorsqu’une femme se marie, elle perd pratiquement son statut d’adulte autonome, doit obéir à son mari et répondre aux besoins de sa famille. Dans la plupart des régions, une femme ne peut pas hériter de ses parents et quand elle meurt, elle sera enterrée dans le tombeau de la famille de son mari. Ceci est, entre autres, la raison pour laquelle la naissance d'un garçon est souvent plus valorisée que celle d'une fille. La femme a donc des obligations reproductives, des obligations ménagères (achat et préparation de nourriture, linge etc.), en plus un rôle productif (travail sur les champs, vente des produits) et un rôle communautaire. Les hommes sont principalement chargés de valider la gestion familiale, de représenter officiellement la famille. Ils possèdent la parole (pouvoir décision) et assument les tâches qui requièrent beaucoup de force physique.

La plupart des hommes ne s’impliquent pas dans l’accouchement des enfants ce qui est considéré comme une affaire des femmes, cependant, c'est souvent le mari qui décide où la femme va accoucher. Bien qu’un certain nombre d'hommes soient conscients des besoins spéciaux d'une femme enceinte ou allaitante, elles sont peu allégées des tâches ou peu aidées pour la prise du repos et ne sont pas favorisées pour une meilleure nutrition.

Le terme « miralenta » en soi est déjà assez connu parmi les cibles secondaires et personnes influentes. Il y a certains qui voient déjà ces avantages sur une vie familiale harmonieuse. Mais malgré tout, des méconnaissances et méfiances signifiantes sont très enracinées par rapport aux changements de tâches ou rôles qui adviendraient du miralenta (par les hommes d’abord mais aussi de la part des femmes).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
</tr>
</thead>
</table>
| · Les hommes et les femmes ignorent le vrai sens de miralenta: égalité, équité (équivalence?) mais pas être identiques | Conséquences négatives perçues | Hommes et femmes craignent: 'homme devient femme, femme devient homme' | Tous
| · Les hommes sont réticents à perdre leur position dominante | | | |

32
| · Les hommes craignent 'la destruction du foyer' | | ATS, V7V |
| · La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont considérés 'affaires des femmes' | · Peu d'hommes ont des considérations spéciales pour la femme enceinte, accouchée, ou allaitante (sauf porter les choses lourdes) | Acceptation sociale / normes |
| · l'éducation, la santé et la nutrition des enfants < 5 ans aussi considérés 'affaire des femmes' | · Les hommes décident où la mère peut aller pour les soins de santé. | Quelques hommes accompagnent ou incitent les femmes aux CPN. Beaucoup de maris ne sont pas préparés à l'accouchement, ils n'accompagnent pas leur femme pour accoucher (sauf pour les porter / transporter dans cas graves). La plupart des pères (hommes) n'aident pas leurs femmes dans les tâches domestiques ou dans la préparation des repas des enfants. Les symptômes maladies des enfants sont connus plus par les mères (selon les hommes) |
| · Les pères se considèrent trop pris, trop absents et avoir trop de besognes pour s'occuper du foyer. | · Dans beaucoup de cas, c'est l'homme qui décide sur les rapports sexuels, la fécondité de la femme et le nombre d'enfants. | |
| · C'est « fady», tabou pour l'homme d'acheter la nourriture au marché | · Les ancêtres interdisent les hommes de s'occuper du foyer | Coutumes / croyances |
| · Naissance garçon plus valorisée / célébrée que celle d'une fille | · La violence contre les femmes est acceptée dans certains régions, sauf quand elle est enceinte | « On ne peut pas tromper sa femme enceinte »  
« on ne bat pas sa femme quand elle est enceinte » |
| · La violence contre les femmes est acceptée dans certains régions, sauf quand elle est enceinte. | · -> ça complique l'accouchement | AA |
5. Les jeunes et adolescents évitent les grossesses précoces et non-désirées

Résumé de la pratique et ses acquis: L'utilisation des préservatifs (malgré leur disponibilité) par les jeunes (15-24 ans) reste encore à un niveau très bas. Même si les jeunes en parlent et citent leurs inconvénients, très peu de jeunes hommes en ont effectivement utilisés. La culture et les coutumes ne semblent pas opposer d’inconvénients aux jeunes dans la pratique des rapports sexuels à bas âge (15 ans ou plus jeune, 43% MICS 2013), souvent monnayés et relativement sans restrictions (les risques sont peu perçus). Ceci est socialement accepté pour les garçons et les filles. Les filles pubères peuvent vivre en autonomie et elles sont censées avoir des RS aussi à bas âge. Cette attente est soutenue par des coutumes traditionnels comme 'le marché de filles', le mariage arrangé et le 'vady longo' (voir dessous). Les mariages précoces restent très fréquents, plus d'un tiers de filles 15 - 19 ans est marié, dans la région AA même 69%.

En même temps les grossesses précoces (< 15 ans) et non-désirées ne sont pas bien vues (honte). Ainsi, dans certaines communes, il semble exister des doubles standards pour les filles. Environ 1 fille sur 3 (15-19 ans) a déjà eu une naissance vivante (OMD 2013). L'injectable est la méthode contraceptive moderne la plus utilisée et préférée par les filles (15-19 ans), mais le taux est encore bas à environ 10%. Pour les filles entre 20 et 24 ans, le taux d'utilisation des injectables est de 30% (OMD 2013). La peur du traitement PF ou ces effets reste un grand obstacle.

Il y a peu d'opportunités pour les jeunes de dialoguer sur les RS, ou de bénéficier d'une éducation ou counseling sexuel (par ex. sur le choix de l'âge du premier RS, le respect de soi, la masturbation, la tendresse, etc.). Le sujet ‘sexualité’ reste un grand tabou (surtout entre parents et leurs enfants).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ignorance des préservatifs: bcp de jeunes ne connaissent pas les préservatifs et ne savent pas comment les utiliser</td>
<td>Auto-capacité non-perçue</td>
<td>Majorité des jeunes n’est pas encore exposée au préservatif, même s’ils prétendent le connaître</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>Les jeunes ne veulent pas payer pour les condoms, les filles pour les injectables/pilules</td>
<td></td>
<td>Les parents / l’école ne donnent pas de conseils, il existe des grands tabous entre adultes et jeunes sur la</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Il y a peu d'opportunités pour les dialogues / les</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1. entre 40% et 55% des jeunes (15 - 24 ans) sans éducation ont eu des RS monnayés, source ESC 2008 et UNICEF
6. entre 40% et 55% des jeunes (15 - 24 ans) sans éducation ont eu des RS monnayés, source ESC 2008 et UNICEF
7. UNFPA 2013
<table>
<thead>
<tr>
<th>conseils sur les PF jeunes</th>
<th>sexualité</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Conviction que le condom enlève le plaisir, qu’avec un condom il n'y a pas de vrai contact entre couple</td>
<td>Conséquence négative perçue (des contraceptifs ou du service PF)</td>
</tr>
<tr>
<td>Les jeunes filles pensent que les contraceptifs (pilule, piqûre) rendent infertile et c'est réservé aux femmes qui ont déjà des enfants</td>
<td>Les rumeurs surtout négatives se répandent vite et s'enracinent facilement</td>
</tr>
<tr>
<td>Les jeunes filles ont peur de la piqûre (peur du charlatanisme) et peur d'oublier la pilule</td>
<td>Risques et sévérité non perçus</td>
</tr>
<tr>
<td>Les jeunes filles ont peur d'aller au CSB seule (sans les mères)</td>
<td>Les jeunes pratiquent bcp le RS pendant les bals/ fêtes, il y a très peu d'autres distractions Selon les matrones parfois dès l'âge de 10 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>Les jeunes ne se sentent pas en risque, ne font pas le lien entre préservatifs et IST</td>
<td>Acceptabilité sociale</td>
</tr>
<tr>
<td>Ils se rassurent à l'idée que les IST sont guérissables</td>
<td>Dans presque toutes les communes c'est accepté que les jeunes aient des RS libres, malgré ce que prêchent les églises, et ils commencent déjà avant 15 ans</td>
</tr>
<tr>
<td>Certaines filles entrent dans les rapports sexuels en très bas âge sans en connaître les conséquences</td>
<td>Croyances /culture / coutumes</td>
</tr>
<tr>
<td>Norme: un garçon sans relation sexuelle n'est pas considéré comme un 'homme'</td>
<td>Le contrôle parental, l'autorité des pères se défilent, ce qui favorise les RS précoces</td>
</tr>
<tr>
<td>Avoir plus de rapports sexuels = plus de fierté/virilité (garçon et filles)</td>
<td>Vady longo (Ih) Mitokamandry (V7V)</td>
</tr>
<tr>
<td>La pratique des RS est considérée comme faisant partie des ‘ditra' (&quot;rébellion&quot;) des jeunes hommes et filles</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sexualité / Masturbation sont des sujets tabous</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les guérisseurs et les matrones ne connaissent rien du PF jeunes</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spécificités dans le Sud :Les parents mettent à disposition pour leurs filles pubères une case séparée afin d’ avoir des RS librement (Mitokamandry)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Mariage arrangé dans la lignée pour ne pas perdre l'héritage (Vady Longo)

La pratique du "Tsanan' Ampela" (marché de filles) : elles offrent leurs services aux garçons dans les marchés hebdomadaires

Les garçons donnent de l'argent pour les RS mais il n'y a pas de prix fixe (pas considéré comme de la prostitution)

La pratique des mariages arrangés à bas âge (parfois déjà dès la naissance les parents peuvent donner leur fille à un garçon ou à un homme)

Cela favorise les mariages précoces et les grossesses précoces

AA (estimé à 60%)

La sage-femme fait payer plus que le prix stipulé pour les injectables

Règlement (ou application) non-favorable

1000 Ar pour une piqûre (au lieu de 200 Ar)

AA

6. Suivi et promotion de la santé et nutrition essentielle pour enfants < 5 ans

Résumé de la pratique et ses acquis: la connaissance sur les vaccins, la nutrition, et vitamines pour les enfants < 5 ans est généralement acquise mais il reste des barrières considérables pour leur adoption: les vitamines sont administrées uniquement pendant la semaine de SMNE (2 x par an), les vaccins sont faits mais souvent pas toute la série (50%: OMD) et les habitudes alimentaires peu variées restent profondément enracinées dans les coutumes et cultures. Dans les ménages avec MID, environ 2 enfants sur 3 < 5 ans y dorment. Il y a parfois manque de MID et des cas de mauvaise utilisation ont aussi été constatés.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
<th>Région</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ignorance des bienfaits des vaccins, leur nombre, périodicité</td>
<td>Conséquences négatives perçues</td>
<td>&quot;Les vaccins provoquent la fièvre, ça rend les enfants malades, ce n'est pas naturel. Les enfants vaccinés sont autant malades que les autres, c'est seulement pour les gens privilégiés/ étrangers ; les enfants ne sont pas des animaux pour se faire vacciner, l'enfant n'est pas malade -&gt;ne nécessite pas de vaccin&quot;</td>
<td>V7V</td>
</tr>
<tr>
<td>Fausses croyances sur les vaccins</td>
<td>Efficacité non perçue</td>
<td></td>
<td>HM-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>La peur des piqûres chez les parents les démotive d'amener leurs bébés dans les centres de santé</td>
<td></td>
<td></td>
<td>AA</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| · La coutume que la nouvelle accouchée doit rester au foyer pendant 3 mois  
· Certaines églises n'admettent pas la vaccination des enfants | **Croyances / culture / coutumes** | Parfois l'enfant est amené par la sœur ou mère pour les vaccins, mais souvent la coutume empêche les premiers vaccins nécessaires (par ex. BCG) |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Habitudes alimentaires : racines très profondes (<em>nourriture des ancêtres</em> : riz, maïs et manioc)</td>
<td><strong>Eloignement du CSB, absence des médecins et des vaccins (et manque de condition pour les garder)</strong></td>
<td><strong>L'accès au service non perçu (CSB)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Tous HM-Ih V7V</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7a. Utilisation des latrines (améliorées)

**Résumé de la pratique et ses acquis:** dans la plupart des régions et communes visitées, la défécation à l'air libre est encore largement pratiquée et acceptée socialement (OMD: en moyenne environ 80%). La pratique est soutenue par des croyances et des justificatifs contre la latrine. Les gens ne valorisent pas les avantages (conséquences positives) des latrines et mettent l'accent sur les inconvénients. Ils ne se sentent pas capables de construire / utiliser leurs propres latrines, et de plus, ce n'est pas soutenu par les personnes influentes, ni par des règlements dans la commune. La situation dans les communes où il y a eu des sensibilisations CLTS est différente, par ex. à Miary Lamathy la pratique d'utilisation de latrines est estimée à 50%.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>· Beaucoup d'hommes avancent comme raisons :</td>
<td>Auto-capacité non perçue</td>
<td>Dans presque toutes les communes les hommes / chefs de ménage ne se sentent pas capables de construire des latrines</td>
</tr>
<tr>
<td>· une insuffisance de matériels de construction de latrine</td>
<td>Conséquences positives non perçues</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Sol non approprié (sable, rochers)</td>
<td>Acceptation sociale</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>· Le bois pour le plancher ne résiste pas aux termites</td>
<td>Conséquences négatives perçues</td>
<td>HM-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>· Manque d'espace pour construction latrine</td>
<td>Risque / sévérité non perçus</td>
<td>Dans les communes où il y a eu des sensibilisations et la construction des latrines (Croix Rouge, M6) on commence à constater l’effectivité</td>
</tr>
<tr>
<td>· Les gens préfèrent la défécation à l'air libre (« un goût pour la nature ».)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les AC, membres COSAN/CCDS et chef traditionnels pas convaincus, n'utilisent pas des latrines eux-mêmes</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Il y a assez d'espace pour le faire à l'air libre, tout le monde le fait à l'air libre (« il n'y a pas de honte »)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Ne veulent pas inhaler les mauvaises odeurs</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Faire les besoins dans une latrine c'est comme le faire dans sa maison</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Méconnaissance des bénéfices/ de l'importance d'utilisation des latrines</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les gens ne font pas le lien entre la défécation à l'air libre et la qualité de l'eau</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les selles des enfants ne sont pas considérées comme sales ou dangereuses</td>
<td>de leur utilisation</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Fady (tabou) de creuser des trous dans le sol de nos ancêtres</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· On ne peut pas mélanger les selles dans la famille (surtout entre père et fille), il est tabou de ‘conserver’ les selles</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Creuser des trous pour une latrine ne peut pas être fait par nous-mêmes (hommes)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· C'est interdit (fady) de faire ses besoins 2 fois à la même place</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Les gris-gris perdent de leur force si on les emmène dans une latrine</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pas de politique ou règlement clairs sur la régulation de la défécation à l'air libre</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Croyances / culture / coutumes</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Les hommes ont cité plusieurs dites fady (tabous); après avoir creusé en détail il y a beaucoup de divergences et des contradictions.</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Le fady sont parfois cités comme prétextes</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Règlement (ou application) non-favorable</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
7b. Lavage des mains aux cinq moments critiques avec du savon (ou cendre)

Résumé de la pratique et ses acquis: se laver les mains aux moments critiques n'est pas encore dans les réflexes / besoins ressentis pour la plupart des gens en milieu rural. La disponibilité de l'eau est une barrière, mais même dans les communes où les points d'eau sont abondants, le réflexe de se laver les mains plusieurs fois par jour n'est pas non plus acquis chez la majorité des cibles. Savon est perçu comme un article de luxe. Aucun dispositif de lavage de main (robinet, tippytap) n'a été constaté pendant les visites Transect.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Catégorie</th>
<th>Explication / conséquences</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Source d'eau loin de la maison</td>
<td>Accès non perçu</td>
<td>Les cibles ne sont pas disposées / convaincues donc elles ne font pas d'effort / d'investissement</td>
</tr>
<tr>
<td>• Achat du savon pas prioritaire dans budget de ménage</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Savon considéré comme article de luxe</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Manque de dispositifs de lavage de mains dans lieux publics et à la maison</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Les AC, membres COSAN et CCDS et chefs traditionnels ne sont pas convaincus,</td>
<td>Acceptation sociale</td>
<td>HM-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>ne montrent pas leur conviction</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Les parents ne sont pas modèles, les enfants n'apprennent pas à se laver les</td>
<td>Conséquences négatives</td>
<td>Tous</td>
</tr>
<tr>
<td>mains</td>
<td>perçues</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Utilisation de l'eau pour laver les mains considérée comme du 'gaspillage'</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• L'utilisation d'eau: considérée prioritaire pour la cuisine</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Pas de réflexe / besoin ressent de se laver les mains aux moments critiques</td>
<td>Risque / sévérité non perçus</td>
<td>HM-Ih</td>
</tr>
<tr>
<td>• Pas de liens entre mains sales et maladies</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
PARTIE 2B - CIBLES PRIMAIRE ET GROUPES INFLUENTS, PONTS AUX ACTIVITÉS ET ACTIONS POSSIBLES
1. Recherche des soins auprès des AC en cas de fièvre, de diarrhée et IRA enfants < 5 ans

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrière</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Efficacité des services des AC non-perçue</td>
<td>Groupe prioritaire&lt;br&gt;Les femmes ayant enfants &lt; 5 ans&lt;br&gt;Groupes influents&lt;br&gt;· Les maris de femmes avec enfant &lt; 5 ans&lt;br&gt;· Les utilisateurs des services AC&lt;br&gt;· Les chefs traditionnels&lt;br&gt;· Les chefs CSB</td>
<td>1) Améliorer la reconnaissance et la visibilité des AC dans leur communauté&lt;br&gt;2) Améliorer les compétences des AC et les perceptions sur la valorisation des compétences&lt;br&gt;3) Améliorer les outils de travail des AC et les produits (médicaments)&lt;br&gt;4) Créer plus d’appropriation des AC dans leur communauté&lt;br&gt;5) Réduire les conflits existants entre les AC et la communauté (cas échéant)</td>
<td>Formation et remise à niveau, certificats, cérémonie d'inauguration, affichage / annonces radio des noms suivi&lt;br&gt;Kit AC: badge, blouses, casquettes, t-shirt, serviettes, savon, balance, sac, thermomètre, mesure MUAC&lt;br&gt;Publication des noms et heures pour les AC, mise à disposition, vélos, GSM, moyens de transport?&lt;br&gt;Réseautage entre CSB et AC, recadrage, suivi des AC par CSB</td>
</tr>
<tr>
<td>Accès aux services des AC non perçu</td>
<td>Risques et sévérité des maladies non perçus&lt;br&gt;· Confiance en automédication et en guérisseurs traditionnels&lt;br&gt;· Fièvre, diarrhée et toux connus; léthargie, convulsions, évanouissements, refus du sein par ex. souvent vus comme provoqués par esprits malveillants</td>
<td>1) Clarifier / communiquer à quel moment l’enfant a besoin d’être traité par AC (fièvre, diarrhée, toux)&lt;br&gt;2) Réduire la perception que la fièvre est toujours symptôme de palu (infections,...)&lt;br&gt;3) Augmenter la perception (AC) que les maladies comme léthargie, convulsions etc. sont physiques&lt;br&gt;4) Améliorer la connaissance des AC (et guérisseurs?) sur les signes de maladies autres que fièvre, diarrhée, toux&lt;br&gt;5) Promouvoir les échanges / réseautages entre AC, guérisseurs / vendeurs de médicaments (et CSB)</td>
<td>1) Augmenter les perceptions que la diarrhée, la fièvre et l’IRA sont des maladies physiques, non maléfiques&lt;br&gt;2) Augmenter la conviction que les trois maladies sont traitables par les AC / CSB</td>
</tr>
<tr>
<td>Croyances / culture&lt;br&gt;maladies d’origine maléfique et non physique</td>
<td>Groupe prioritaire&lt;br&gt;Les femmes ayant enfants &lt; 5 ans&lt;br&gt;Groupes influents&lt;br&gt;· les guérisseurs traditionnels&lt;br&gt;· les vendeurs médicaments (épices, PA, boutiques)&lt;br&gt;· Les maris des femmes&lt;br&gt;· Les utilisateurs des services AC&lt;br&gt;· Les chefs traditionnels</td>
<td>1) Améliorer les échanges / la coopération entre les AC et le CSB&lt;br&gt;2) Améliorer la reconnaissance et la visibilité des AC dans leur communauté</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Règlement (ou application) non-favorable</td>
<td>1) Augmenter les motivations des AC</td>
<td>(aide à la vie quotidienne? valorisation?)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

1. Selon l'étude OMD 2013, le taux prévalence diarrhée enfants <5 ans 5% et 22%, et 11% et 22% dans les régions de cette recherche
<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Risque et sévérité non perçus                 |                                                                     | 1) Augmenter la perception que CPN est essentielle pour assurer la santé de la mère et du bébé
|                                               |                                                                     | 2) Décrire les risques de ne pas faire CPN ou seulement au dernier trimestre
|                                               |                                                                     | 3) Augmenter l'accès des AC, des matrones et (belles)mères aux jeunes filles pour les sensibiliser sur les signes de grossesse
|                                               |                                                                     | 4) Informer les jeunes filles sur les premiers signes de la grossesse, le DPA, évolution grossesse et grossesse en santé | Les mères qui ne reçoivent pas soins prénataux sont 3x plus susceptibles de donner naissance à un bébé de faible poids et leur bébé est cinq fois plus susceptibles de mourir
|                                               |                                                                     |                                                                                       | http://www.childtrends.org/?indicators = fin-ou-pas-prénatal soins # sthash.T0W1fse3.dpuf
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Réseauattage CSB avec AC et matrones                                                                                                           |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Produits: FAF, déparasitage                                                                                                                     |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Matériels: balance, stéthoscope, tensiomètre, gestogramme CPN mobile, CPN en groupe, sensibilisation foraine, CPN foraines.                       |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Mieux équiper et former les AC et matrones qui sont déjà proches des cibles                                                                     |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Communication radio, GSM, posters                                                                                                                  |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Créer récompense, par ex Guide de la Grossesse en Santé.                                                                                         |

| Accès au service non perçu                     | Groupe prioritaire: Les femmes enceintes                            | 1) Publier / communiquer aux cibles                                                     | Réseauattage CSB avec AC et matrones                                                                                                           |
|                                               |                                                                     | 2) l'horaire pour les CPN Renforcer / équiper les CSB (possible? partenariats?)         | Produits: FAF, déparasitage                                                                                                                     |
|                                               |                                                                     | 3) Augmenter la disponibilité / proximité des CPN auprès de femmes enceintes            | Matériels: balance, stéthoscope, tensiomètre, gestogramme CPN mobile, CPN en groupe, sensibilisation foraine, CPN foraines.                       |
|                                               |                                                                     |                                                                                       | Mieux équiper et former les AC et matrones qui sont déjà proches des cibles                                                                     |

| Croyances / culture / coutumes                | Les filles enceintes jeunes (<19 ans)                              | 1) Augmenter la perception que la première visite CPN est la plus importante             | Communication radio, GSM, posters                                                                                                                  |
|                                               |                                                                     | 2) Augmenter la perception que la CPN est importante pour toutes les grossesses (pas seulement la première) | Créer récompense, par ex Guide de la Grossesse en Santé.                                                                                         |
|                                               |                                                                     | 3) Motiver / récompenser les jeunes filles à venir aux CPN avant 4ème mois.              |                                                                                                                                                   |
### 2b. Accouchement assisté par personnel formé

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Acceptation sociale**  
de de l'accouchement à domicile,  
accouchement à domicile avec  
sage-femme cher, pas toujours  
disponible | Groupe prioritaire  
Les filles et femmes enceintes  
**Groupes influents**  
- les matrones  
- les AC  
- Les pairs (copines)  
- Les (belles) mères (rafozana) | 1) Augmenter les compétences et connaissances des  
matrones et sages-femmes pour accouchement à  
domicile | Formation des matrones, sur  
l'hygiène, les risques, les CPN, le  
suivi post-natal, etc. |
| **Accès au service matrone**  
perçu : familiarité et proximité  
de la matrone | Groupe prioritaire  
Les filles et femmes enceintes  
**Groupes influents**  
- le personnel CSB  
- les accompagnateurs (sœur, mères etc)  
- les AC et les matrones  
- les maris | 1) Augmenter la perception que le CSB est en endroit  
accueillant et sécurisé pour accoucher  
2) Communiquer la disponibilité des sages- 
femmes / médecin CSB  
3) Préparer les maris et les accompagnateurs à  
l'éventualité d'un accouchement au CSB  
4) Augmenter les opportunités d'hébergement abordable  
pour les accompagnateurs  
5) Augmenter les compétences et l'hygiène des matrones  
et sage-femmes pour accouchement à domicile | 3) plan d'accouchement |
| **Accès au service (CSB) non**  
perçu | Le CSB est loin, pas accueillant,  
pas ouvert la nuit, difficile d'y  
aller surtout soir/nuit, pas d'  
hébergement pour les  
accompagnateurs | Groupe prioritaire  
Les filles et femmes enceintes  
**Groupes influents**  
- le personnel CSB  
- les accompagnateurs (sœur, mères etc)  
- les AC et les marines  
- les maris | 1) Augmenter la connaissance des AC et des matrones  
sur les risques et les signes de danger (autre que  
accouchement siège)  
2) Mieux préparer les femmes enceintes et leurs maris à  
l'accouchement  
3) Réseautage entre CSB, AC et matrones | Plan d'accouchement, impliquer  
le mari |
| **Risque et sévérité non-perçus** | Les risques de l'accouchement  
da domicile ne sont pas perçus | Groupe prioritaire  
Les filles et femmes enceintes  
**Groupes influents**  
- les matrones  
- les AC  
- les maris | 1) Augmenter la connaissance des AC et des matrones  
sur les risques et les signes de danger (autre que  
accouchement siège)  
2) Mieux préparer les femmes enceintes et leurs maris à  
l'accouchement  
3) Réseautage entre CSB, AC et matrones | |
| Conséquences négatives perçues (CSB) | Groupe prioritaire | 1) Augmenter la disponibilité des moyens minimum pour accoucher (thermos, couverture, couches,...)  
2) Diminuer la perception qu’on ne peut accoucher au CSB qu’après y avoir fait les 4 CPN | Kits de naissance (sponsoring?)  
Plan d’accouchement, publication |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| La honte de venir accoucher au CSB sans moyens  
La peur du chef CSB, la crainte d’être rejetée quand 4 CPN non faites | Groupes influents  
- le personnel CSB  
- les accompagnateurs (sœur, mère)  
- les AC et les matrones  
- les maris | 1) Augmenter la perception que l’accouchement est physique et avec des risques contrôlables / gérables | |
| Croyances /culture / coutumes | Groupes influents  
- les chefs traditionnel et religieux  
- le personnel CSB  
- les matrones et guérisseurs  
- les AC | 1) Influencer / créer une politique locale qui régule les prix d’accouchement au CSB, et par la sage-femme à domicile  
2) Politique qui régularise les conditions de coopération entre la matrone, l’AC, et le CSB | Interdire les prix différentiels accouchement garçon / accouchement fille  
Ateliers, réunions pour définir les conditions de coopération |
| Considération des mauvais esprits, fantômes et maladies maléfiques  
Une femme ne peut pas être accouchée par un homme |  |  | |
| Règlement (ou application) non-favorable  
Absence d’une politique claire qui régle les accords entre CSB/Sage-Femme et Matrones | Groupe prioritaire  
Les autorités locales  
Groupes influents  
- le chef CSB  
- CCDS / COSAN  
- leader traditionnel/religieux  
- matrones et AC | 1) Influencer / créer une politique locale qui régule les prix d’accouchement au CSB, et par la sage-femme à domicile  
2) Politique qui régularise les conditions de coopération entre la matrone, l’AC, et le CSB | Interdire les prix différentiels accouchement garçon / accouchement fille  
Ateliers, réunions pour définir les conditions de coopération |
| A noter qu’il ya des communes avec des DINAS sur l’accouchement obligatoire au CSB ( amende de 15 000 Ar ,ATS), privation de l’acte de naissance (HM) |  |  | |
### 2c. Allaitement Immédiat Exclusif (AIE) et Allaitement Maternel Exclusif (AME)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Action possibles</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Auto-capacité non perçue | Groupe prioritaire  
Femmes ne se sentent pas capables de faire AIE ou AME six mois (trop dur, pas assez de lait, trop fatiguant...) Elle n'est pas appuyée par son mari | 1) Améliorer la perception qu'une femme allaitante nécessite un allègement de la charge de travail  
2) Améliorer la perception qu'une femme qui allaite a besoin de renforcement diététique  
3) Impliquer les maris et les proches | Visite à domicile par les AC, clubs de mamans, mother-to-mother support<sup>9</sup>  
Actions de sensibilisation des pères, des hommes chefs de ménage et des leaders traditionnels sur l'alimentation et repos pour la femme allaitante |
| Conséquences positives non perçues | Groupe prioritaire  
Avantages de l'allaitement immédiat exclusif (AIE) et AME 6 mois pas connus | 1) Augmenter la perception que le premier lait a beaucoup de bienfaits pour les nouveau-nés (anticorps)  
2) Augmenter la conviction que l'aspect, la consistance et le goût du premier lait sont 'normaux'  
3) Renforcer la perception qu'un nouveau-né ne doit pas absorber des tisanes et eau sucrée (à cause de son système digestif immature) | Formation des matrones et des AC sur colostrum  
Séances de sensibilisation, vidéo / brochures / présentation / démonstration sur colostrum |
| Culture / coutume | Groupe prioritaire  
donner tisanes au nouveau-né et des compléments à 4 mois - pour que l'enfant grandisse bien, marche plus vite, pleure moins,... | 1) Diminuer la perception qu'un enfant de 4 mois a besoin des compléments pour sa croissance / développement  
2) Renforcer les connaissances sur les besoins des nouveaux-nés (chaleur, sécurité, contact physique) et que l'allaitement répond aux trois en même temps | Suivi post natal, utilisation des diagrammes de croissance, témoignages d'autres mères,  
Matériels de sensibilisation sur les besoins des nouveau-nés<sup>10</sup> |

---

<sup>9</sup> Pour plus d'idées voir La LecheLeague International www.llli.org/france.html

<sup>10</sup> Voir plus sur http://www.hugyourbaby.org/
## 3. Utilisation des contraceptifs modernes des femmes de 15 à 45 ans

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives perçues:</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les femmes 15 à 45 ans</td>
<td>1) Augmenter la perception orientée sur les avantages des différentes méthodes pour les filles et femmes &lt;br&gt;2) Augmenter la perception qu’il y a un choix de méthodes PF pour différents types de femmes &lt;br&gt;3) Réduire la peur des femmes des effets secondaires négatifs (chute de cheveux, maladies, maux d’estomac, malaises, grossir, maigrir etc.)</td>
<td>Matériels IEC simples qui mettent l’accent sur les avantages (+ fiabilité) de chaque méthode &lt;br&gt;Van de méthodes PF différentes &lt;br&gt;Témoignage, exemples avec preuves</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Les femmes ignorent ou pensent négativement sur contraceptifs modernes</strong></td>
<td><strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;· les hommes / maris&lt;br&gt;· les copines / paires&lt;br&gt;· la matrone&lt;br&gt;· les belles-mères, proches&lt;br&gt;· les chefs religieux et traditionnels&lt;br&gt;· chef / médecin CSB</td>
<td><strong>Actions possibles</strong></td>
<td><strong>Matériels IEC avec personnes identifiables pour les Malgaches ruraux (pas de Vazaha, pas des gens trop 'riches')</strong>&lt;br&gt;Sensibilisation par les hommes locaux ou autres, AC homme &lt;br&gt;Sensibilisation des hommes sur effets positifs (avantages économiques, avantage santé des enfants, santé de la mère, force de la mère, disponibilité de la mère, &lt;br&gt;Sensibilisation des leaders religieux et traditionnels</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ignorance / rejet des produits modernes 'étrangers'</strong></td>
<td><strong>Les maris des femmes 15 à 45 ans</strong></td>
<td>1) Augmenter les perceptions sur les effets positifs pour le ménage (homme inclus) des espacements de naissances &lt;br&gt;2) Augmenter les perceptions sur les avantages PF pour la santé et la force de la femme &lt;br&gt;3) Réduire les fausses perceptions des hommes sur les effets secondaires négatifs (stérilité, dommage des organes reproductifs)</td>
<td><strong>Matériels IEC avec personnes identifiables pour les Malgaches ruraux (pas de Vazaha, pas des gens trop 'riches')</strong>&lt;br&gt;Sensibilisation par les hommes locaux ou autres, AC homme &lt;br&gt;Sensibilisation des hommes sur effets positifs (avantages économiques, avantage santé des enfants, santé de la mère, force de la mère, disponibilité de la mère, &lt;br&gt;Sensibilisation des leaders religieux et traditionnels</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>La peur des hommes de l’autonomie des femmes</strong></td>
<td><strong>Les autres hommes</strong>&lt;br&gt;· Le chef CSB&lt;br&gt;· Les chefs religieux&lt;br&gt;· Les chefs traditionnels</td>
<td>1) Augmenter la perception que des accouchements rapprochés sont risqués pour la santé de la mère et du nouveau-né 2) Augmenter la perception sur les risques d’avoir des enfants quand la mère est trop jeune ou trop âgée</td>
<td>IEC avec les 4 ‘trop’:&lt;br&gt;- avoir enfants mère trop jeune&lt;br&gt;- avoir enfants mère trop âgée&lt;br&gt;- avoir trop d’enfants&lt;br&gt;- avoc accouchements trop rapprochés&lt;br&gt;Explication / sensibilisation des matrones, guérisseurs, maris, leaders sur risques</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Croyance sur leurs effets secondaires</strong></td>
<td><strong>Les maris des femmes 15 à 45 ans</strong></td>
<td><strong>Actions possibles</strong></td>
<td><strong>Actions possibles</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Conséquences positives non perçues:</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les femmes 15 à 45 ans et leurs maris</td>
<td>1) Accentuer les effets positifs et la fiabilité des MLD, Clinique Mobiles Blue Star , Top</td>
<td><strong>Actions possibles</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### MLD

**Inconvénients plus connus que les avantages**

**Auto- capacité non perçue**
Les femmes ne se sentent pas capables d'aller loin, ont peur
AC 'gênês' de référer aux chefs- lieux des régions
AC non-utilisatrices

### Acceptation sociale (du non-PF)

Les chefs traditionnels et religieux déconseillent (parfois)
Les guérisseurs et matrones ne conseillent pas sur le PF

<table>
<thead>
<tr>
<th>Groupe prioritaire</th>
<th>Les femmes 15 à 45 ans et leurs maris</th>
<th>1) Augmenter la perception que le PF est accepté socialement 2) Réduire la perception que le PF est toujours au détriment d'avoir plusieurs enfants (coutume : 7 enfants, 7 filles) 3) Augmenter la connaissance sur les risques impliqués par les &quot;4 trop&quot;: (trop tôt, trop âgé, trop d'enfants, trop rapproché entre grossesses)</th>
<th>Formation / sensibilisation des leaders traditionnels / religieux / matrones et guérisseurs sur l'importance de PF Systèmes de référence / réseautage entre AC et matrones/guérisseurs Renforcement pour les MpiKabary (détenteur de l'art oratoire) pour sensibilisation sur PF et organisation de compétitions Rassemblements communautaires avec Kabary sur Santé, PF</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Les femmes 15 à 45 ans et leurs maris</td>
<td>2) Augmenter la proximité / disponibilité MLD (au CSB?) 3) Améliorer la conviction des AC sur les MLD 4) Augmenter la perception que il y a des AC (ou autres 'notables') qui utilisent MLD (?)</td>
<td>Réseau (?) (sensibilisation et service au CSB) Renforcer réseautage entre AC et prestataire MLD, renforcer système de référence Témoignage, études de cas, visites des centres Blue Star Renforcement des AC</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Croyances / culture / coutumes

La volonté divine
Coutumes d'avoir des familles nombreuses, et surtout garçons
### Implication des hommes dans la santé de la famille (relations genre)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions Possibles</th>
</tr>
</thead>
</table>
| Consequences négatives perçues | Groupe prioritaire
Les hommes et femmes ayant enfants < 5 ans | 1. Améliorer la perception des hommes et femmes que le genre n'est pas une inversion des rôles | |
| Méconnaissance et méfiance des hommes sur des éventuels changements des rôles ou positions sociales h/f (peur de perte de rôle dominant / décision) | **Groupes influents**
- Les chefs traditionnels
- Les leaders religieux
- Les autorités locales
- Les AC. COSAN, CCDS
- Les enseignants
- Les chefs / le personnel CSB | 2. Augmenter les perceptions que le genre instaure 'win-win' pour homme et femme | |
| Méconnaissance et méfiance des femmes aussi (peur de ne pas être à la hauteur) | | 3. Diminuer la peur des hommes de perdre sa position | |
| Acceptation sociale | Groupe prioritaire
Les hommes et femmes ayant enfants < 5 ans | 4. Diminuer la peur de femmes / émanciper les femmes | |
| Grossesse, allaitement, éducation, santé et nutrition des enfants < 5 ans considérés 'affaire des femmes' | **Groupes influents**
- Les chefs traditionnels
- Les leaders religieux
- Les autorités locales
- Les AC. COSAN, CCDS
- Les enseignants
- Les chefs / le personnel CSB | | |
| Hommes détiennent pouvoir de décision sur dépenses santé | | | |
| Les pères se considèrent trop pris, trop absents et d'avoir trop de besognes pour s'occuper du foyer et de la santé des enfants | | | |
| Coutumes / croyances | 'Fady' pour l'homme de faire les achats au marché ou préparer la nourriture Les ancêtres nous interdisent de s'occuper du foyer Naissance garçon plus valorisée que celle d'une fille | | Valoriser les filles et femmes (sans femmes il n'y a pas de garçons / hommes!) |
5. Les jeunes et adolescents évitent les grossesses précoces et non-désirées

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Auto-capacité non-perçue</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong></td>
<td>Les jeunes filles et garçons (15-24 ans)</td>
<td>1) Diminuer l'ignorance des adolescents sur l'utilisation des condoms</td>
</tr>
<tr>
<td>· Ignorance des préservatifs</td>
<td><strong>Groupes influents</strong></td>
<td>- Les copin(e)s / paires</td>
<td>( Augmenter les opportunités pour les jeunes de dialoguer sur la sexualité, le PF (sans parents)</td>
</tr>
<tr>
<td>· Réticence des jeunes à payer pour les condoms (garçon) et injectables/pilules (filles)</td>
<td>- Les AC</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>· Manque d'opportunités pour les jeunes d'apprendre sur sexe / PF</td>
<td>- Chef / médecin CSB</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>(à noter: les parents n'en font pas partie!)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives perçues</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong></td>
<td>Les jeunes filles et garçons (15-24 ans)</td>
<td>1) Réduire la perception que le condom enlève le plaisir du RS</td>
</tr>
<tr>
<td>· moins de plaisir avec les préservatifs</td>
<td><strong>Groupes influents</strong></td>
<td>- Les copines / paires</td>
<td>2) Réduire la perception que les méthodes modernes PF rendent infertiles</td>
</tr>
<tr>
<td>· la pilule et injectables: rendent infertile, c'est pour femmes qui ont déjà des enfants, c'est pour les jeunes infidèles</td>
<td>- Les AC</td>
<td></td>
<td>3) Augmenter la perception que les méthodes modernes (pilule, injectable) sont appropriées aux filles sans enfants, et aux jeunes couples</td>
</tr>
<tr>
<td>· Peur d'oublier la pilule</td>
<td>- Chef / médecin CSB</td>
<td></td>
<td>4) Diminuer la crainte des filles d'oublier la pilule</td>
</tr>
<tr>
<td>· Peur du charlatanisme</td>
<td></td>
<td></td>
<td>5) Diminuer la peur du charlatanisme : les produits chez AC sont sûrs</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Acceptabilité sociale</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong></td>
<td>Les jeunes filles et garçons (10-15)</td>
<td>1) Augmenter l'acceptation sociale de l'abstinence (ou retard) chez les adolescents</td>
</tr>
<tr>
<td>Normes sur les RS avant 15 ans:</td>
<td><strong>Groupes influents</strong></td>
<td>- les mères (pour filles)</td>
<td>2) Diminuer la perception que plus de RS ou les RS précoces augmentent la virilité des garçons, ou la fertilité des filles</td>
</tr>
<tr>
<td>· sans RS pas de considération comme 'homme'</td>
<td>- les pères (pour garçons)</td>
<td></td>
<td>3) Eduquer les jeunes célibataires et les jeunes couples sur les RS responsables et consensuels</td>
</tr>
<tr>
<td>· Avoir plus de rapports sexuels = plus de fierté/virilité (garçons)</td>
<td>- les leaders de jeunes (garçons et filles)</td>
<td></td>
<td>Education et conseil pour jeunes mariés / vie de couple</td>
</tr>
<tr>
<td>Risques et sévérité non perçus</td>
<td>Groupe prioritaire</td>
<td>Groupe influents</td>
<td>Actions spécifiques</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------</td>
<td>-------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>• Sur les IST / VIH</td>
<td>Les jeunes filles &lt; 19 ans</td>
<td>• les mères (pour filles) • les pères (pour garçons) • les leaders de jeunes (garçons et filles) • Les enseignants • les chefs religieux et traditionnels</td>
<td>1) Informer sur les risques des RS précoces (GND, abandon d'éducation, abandon des objectifs sur l'avenir,..) 2) Augmenter la perception que les IST peuvent avoir des sévères conséquences dans un futur proche 3) Sécuriser les opportunités pour les comportements sexuels à risques / créer des opportunités pour dialoguer sur comportements sexuels responsables</td>
</tr>
<tr>
<td>• Sur les RS précoces</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Sur les grossesses précoces</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Croyances / culture / coutumes</th>
<th>Groupe prioritaire</th>
<th>Groupe influents</th>
<th>Actions spécifiques</th>
<th>Matériel supplémentaire</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>• Vady Longo (mariage arrangé) Mitokamandry (case séparée) • La pratique du &quot;Tsenan' Ampela&quot; (marché aux filles) et la coutume des RS monnayés • Mariages arrangés / précoces</td>
<td>Les jeunes filles et garçons (15-24 ans)</td>
<td>• les mères (pour filles) • les pères (pour garçons) • les leaders de jeunes (garçons et filles) • les chefs religieux et traditionnels</td>
<td>1) Diminuer l'acceptation sociale des mariages précoces (informer sur les risques) 2) Diminuer l'acceptation des RS monnayés par les filles</td>
<td>Avec les leaders traditionnels et religieux</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Règlement (ou application) non-favorable</th>
<th>Groupe prioritaire</th>
<th>Les prestataires de services PF (AC, sage-femmes, médecins CSB)</th>
<th>Actions spécifiques</th>
<th>Matériel supplémentaire</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Non-respect des prix fixes par certains prestataires</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Contrôle / suivi des prix définis</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 6. Suivi et promotion de la santé et nutrition essentielle pour les enfants < 5 ans

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives perçues</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les parents des jeunes enfants (mère et père)&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;- les AC&lt;br&gt;- les matrones&lt;br&gt;- les (belles) mères&lt;br&gt;- les sœurs / proches de la femme&lt;br&gt;- le personnel CSB</td>
<td>1) Augmenter la perception que les vaccins sont bénéfiques pour tous les enfants (pas seulement les privilégiés / étrangers)&lt;br&gt;2) Expliquer que les vaccins sont préventifs et qu’ils protègent contre les maladies futures graves et coûteuses (polio, rougeole, etc.)&lt;br&gt;3) Informer sur la série de 5 vaccins, quand, périodicité, par qui, les effets secondaires possibles</td>
<td>Actions / campagnes de sensibilisation / formation des AC et des matrones: accentuer les avantages économiques et psychologiques (maladies empêchent les enfants de grandir normalement)&lt;br&gt;Calendrier de vaccination, carnet de santé de l’enfant,</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>L’accès au service non perçu (CSB)</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les mères des enfants &lt; 5 (mère et père)&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;- les AC, les matrones&lt;br&gt;- les (belles) mères&lt;br&gt;- les pères, chefs de ménage&lt;br&gt;- le personnel CSB</td>
<td>1) Augmenter la communication sur les heures et les endroits de vaccination&lt;br&gt;2) Augmenter la disponibilité / proximité des points de vaccination</td>
<td>Clinique mobile, campagne de vaccination, SSME</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Culture / coutume</strong>&lt;br&gt;rester au foyer pendant 3 mois pour la nouvelle accouchée (surtout dans le sud)</td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les mères des enfants &lt; 5 (mère et père)&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;- les AC, les matrones&lt;br&gt;- les (belles) mères&lt;br&gt;- les pères, chefs de ménage&lt;br&gt;- le personnel CSB</td>
<td>1) Accentuer l’importance de la première série de vaccins (avant 45 jours?)</td>
<td>Visites à domicile par les AC, pour sensibiliser la mère, le père et les autres membres dans le ménage&lt;br&gt;Sensibilisation des matrones (qui font aussi du suivi post-natal)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Habitudes alimentaires non-équilibrées et ignorance sur les actions essentielles en nutrition pour enfants &lt; 5 ans</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les mères des enfants &lt; 5 (mère et père)&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;- les AC, les matrones&lt;br&gt;- les (belles) mères&lt;br&gt;- les pères, chefs de ménage&lt;br&gt;- le personnel CSB</td>
<td>1) Améliorer les perceptions positives sur une alimentation plus équilibrée pour les enfants &lt; 5 ans</td>
<td>Formation des AC, groupes de mamans sur la nutrition, cours de cuisine, concours de cuisine, livres de recettes, démonstrations (partenariat ONN)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7a. Utilisation des latrines (améliorées)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Auto-capacité non perçue</strong>&lt;br&gt;Les hommes ne se sentent pas capables de construire leurs propres latrines (manque matériels de construction, sol non approprié, manque d'espace, etc.)</td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les hommes / chefs de ménages&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;· Les autorités locales&lt;br&gt;· les chefs religieux et traditionnels&lt;br&gt;· membres COSAN / CCDS&lt;br&gt;· le chef CSB</td>
<td>1) Augmenter la perception que c'est possible de construire sa propre latrine avec matériels et de l'expertise localement disponible</td>
<td>L'approche CLTS semble très appropriée pour attaquer les barrières identifiées dans cette recherche. Pour chaque obstacle CLTS prévoit une technique bien ciblée</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Conséquences positives non perçues / Acceptation sociale</strong>&lt;br&gt;Les gens préfèrent la défécation à l'air libre, tout le monde le fait, l'espace est là. <strong>Conséquences négatives perçues</strong>&lt;br&gt;(odeurs, saleté dans / près de la maison)</td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les hommes / chefs de ménage&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;· Les autorités locales&lt;br&gt;· les chefs religieux et traditionnels&lt;br&gt;· membres COSAN / CCDS&lt;br&gt;· le chef CSB</td>
<td>1) Améliorer la perception sur les bienfaits des latrines (moins de maladies (= moins de coûts), plus de propreté, plus de sécurité pour femmes et filles&lt;br&gt;2) Réduire l'acceptation sociale de défécation air libre</td>
<td>CLTS 'calculation of shit'&lt;br&gt;CLTS 'calculation of costs'&lt;br&gt;CLTS defecation mapping&lt;br&gt;CLTS walk of shame (marche de la honte)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Risque / sévérité pas perçus</strong>&lt;br&gt;Pas de liens entre la défécation à l'air libre et contamination de l'eau, selles enfants pas considérées dangereuses</td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les hommes / chefs de ménages&lt;br&gt;Les mères des enfants &lt; 5 ans</td>
<td>1) Augmenter la perception que la défécation air libre peut contaminer l’eau&lt;br&gt;2) Réduire la perception que les selles des enfants sont 'propres' et moins contaminantes que celles des adultes</td>
<td>CLTS Demonstration of contamination routes</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Croyances / culture / coutumes</strong>&lt;br&gt;Fady (tabou) de creuser des trous dans sol des ancêtres, de mélanger les selles dans la famille, de 'conserver' les selles. Fady de faire ses besoins 2 fois à la même place, gris-gris perdent de leur force si on les emmène dans une latrine, etc.</td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les hommes / chefs de ménages&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;· Les autorités locales&lt;br&gt;· les chefs religieux et traditionnels&lt;br&gt;· membres COSAN / CCDS&lt;br&gt;· le chef CSB</td>
<td>1) Discuter les fady et relever les raisons derrière les fady qui varient d’un endroit à un autre et de personne à personne (fady personnels)&lt;br&gt;20. Quand les fady sont connus, il est possible de les contourner avec l'aide des chefs traditionnels, religieux etc.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Règlement (ou application) non-favorable</strong>&lt;br&gt;Pas de régulation claire sur la défécation à l'air libre</td>
<td></td>
<td>1) Influencer / créer une politique locale qui régule la défécation à l'air libre</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### 7b. Lavage des mains aux cinq moments critiques avec du savon (ou cendre)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Barrières citées</th>
<th>Groupes / personnes influentes</th>
<th>Ponts aux activités</th>
<th>Actions Possibles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Accès non perçu</strong></td>
<td><strong>Groupe prioritaire</strong>&lt;br&gt;Les femmes ayant enfants &lt; 5 ans**&lt;br&gt;<strong>Groupes influents</strong>&lt;br&gt;• Les maris de femmes avec enfant &lt; 5 ans&lt;br&gt;• Les AC. COSAN, CCDS&lt;br&gt;• Les enseignants&lt;br&gt;• Les chefs traditionnels&lt;br&gt;• Les chefs / le personnel CSB</td>
<td>1) Augmenter la disponibilité et proximité des dispositifs de lavage des mains&lt;br&gt;2) Réduire la perception que le savon est un produit de luxe&lt;br&gt;3) Calculer la place (le %) que le savon prend dans le budget mensuel d’un ménage</td>
<td>TippyTap&lt;br&gt;Démonstrations&lt;br&gt;Manières de garder un savon, qu’il ne sèche pas, qu’il ne soit pas sali</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Acceptation sociale</strong></td>
<td></td>
<td>1) Augmenter la perception que les notables, AC, enseignants etc. se lavent les mains</td>
<td>Instruction / démonstration lavage des mains à école</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Risque / sévérité non perçu</strong></td>
<td></td>
<td>1) Augmenter la perception que les mains sales sont des vecteurs de maladies&lt;br&gt;2) Créer des rappels / stimuler les réflexes aux moments critiques (avant manger)</td>
<td>IEC, radio, vidéo,&lt;br&gt;Autocollants, chansons,&lt;br&gt;posters, message radio, SMS</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Conséquences négatives perçues</strong></td>
<td></td>
<td>1) Diminuer la perception que lavage de main est gaspillage d’eau (tippy tap)&lt;br&gt;2) Augmenter la perception que lavage des mains est 'fun' (enfants)</td>
<td>Calcul de quantité d'eau nécessaire pour lavage de mains par famille&lt;br&gt;Chansons lavage de main, jeux à l'école, rimes</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PARTIE 3: PROFILS DES CIBLES CLES
Mathilde ne sait pas trop en quelle année elle est née exactement. Elle ne sait ni lire ni écrire. Elle a été matrone pendant une longue période, et a fait plus de 100 accouchements. Elle fait des consultations prénatales, des accouchements à domicile et du suivi post-natal.

En moyenne, un accouchement lui prend entre 30 minutes et une heure. Elle masse le ventre de la femme, aide à la sortie du bébé, coupe le cordon et fait le pansement, si elle a le matériel. Elle nettoie la bouche du bébé et mesure son poids en le prenant par ces jambes, car elle n’a pas de balance. S’il pèse 3 kilo ou plus, c’est bon.

La matrone ne fait pas des épisiotomies ou des points de suture car le matériel lui manque. Si il y a des problèmes elle réfère à l'hôpital, par exemple les femmes qui ont des malformations, le bassin bas ou quand le fœtus ne bouge pas lors du cinquième mois ou encore quand les pieds du bébé sortent d’abord pendant l’accouchement. Si une femme lui demande de l'accompagner à l’hôpital, elle le fait, mais la nuit le CSB n'est pas ouvert. Il y a un an, elle a suivi une formation au CSB.

Elle sait aussi guérir des fontanelles bombées, et parfois le médecin du CSB demande son aide. Elle ne connaît pas les AC dans sa communauté. Elle essaye toujours de faire allaiter le bébé après sa naissance, elle lave les seins de la maman avec de l'eau chaude de son thermos. Parfois la femme ne veut pas allaiter ou il ya des ‘tromba’ (mauvais esprits) qui font que le lait ne monte pas. Dans ce cas - là elle organise une cérémonie pour libérer la femme ou elle fait sacrifier un zébu. Elle recommande l'allaitement mais, à partir du 4ème mois, elle recommande des bouillies de maïs ou de l'eau. Elle conseille les vaccins à 5 mois. Elle ne connaît pas les méthodes de planning familial modernes.
2. Le guérisseur traditionnel

Ranoel est né en 1972 et est père de 12 enfants. Il y a dix ans, il est tombé malade. Il souffrait des méchants maux de dents et des maux de tête horribles. Il a failli mourir. Mais après quelques jours il alla mieux et depuis ce temps, il était habité par les esprits de ses ancêtres. C'est là où il a eu son don de guérir.


Pour une consultation, il demande 1 600 Ariary, mais parfois les gens lui paient 10 000 Ariary. Avant de traiter quelqu'un, il appelle les esprits et la bénédiction des ancêtres. Dans les cas de maladies très graves, il réfère au CSB comme par exemple quelqu'un a besoin d'une piqûre tétanos ou des points de suture. Il a appris cela lors d'une formation à laquelle il a participé dans un grand hôtel à Tuléar. Il aime son travail et est à l'aise pour aider les gens. Il n'est pas là pour blesser les gens avec des gris-gris, il insiste que c'est uniquement pour aider. Cela aussi, il l’a confirmé pendant la formation.

Son souhait est de savoir plus sur la médecine moderne pour coopérer avec le médecin et guérir beaucoup plus de gens de son village.
3. Le chef religieux

Patrick est le pasteur d'une petite église protestante en plein milieu rural. Son église accueille au moins 100 villageois par semaine. Ils viennent pour prier et pour être guéris. Les mères amènent leurs enfants pour être guéris de la fièvre et de la diarrhée, et pour recevoir la bénéédiction. "Les malades mentaux et d'autres guérissent aussitôt qu'ils viennent au foyer", dit Patrick, "mais parfois je dis aux gens d'aller à l'hôpital. Pour guérir, je fais la prière et des rituels d'exorcisme car Satan est partout."


"Il y a beaucoup de mariages arrangés chez nous", raconte Patrick. "Dès la naissance les parents trouvent déjà une épouse pour leurs fils. Ils se marient à partir de 15 ans. C'est moi qui marie les couples. Il n'y a pas de refus directs, mais quand il y a des problèmes au sein du ménage je leur parle. Mon premier message c'est de discuter quand il y a des disputes. Je fais des visites pastorales dans chaque ménage. La violence conjugale est interdite, j'essaie de cadrer les hommes.

Une fois qu'une femme est enceinte, elle accouche avec la matrone à domicile. Le CSB est très loin et souvent fermé la nuit et même la journée. "Mort ou vivant, on appartient tous à Jésus", dit-il.

N'ayant pas d'électricité, Patrick n'écoute pas beaucoup la radio, et les piles coûtent chères. Il préfère lire la Bible.
4. Leader des Jeunes

Sylvie est la présidente de l'association des jeunes dans sa communauté. Elle tient aussi une petite boutique épicerie et son mari est fonctionnaire. Le couple semble être bien respecté dans le village.

"La sensibilisation des jeunes reste un sujet difficile", dit-elle. "Plusieurs barrières sont à surpasser pour conscientiser les jeunes à adopter des comportements responsables. Par exemple le 'mitokamandry' qui est très pratiqué dans la région. Une fois qu'une fille atteint l'âge de puberté, les parents lui construisent une case dans la cour. Là elle peut vivre toute seule et recevoir des visites librement. Il n'y a plus de contrôle parental, et c'est difficile de dire aux filles quoi que ce soit."

Sylvie raconte que dans la pratique des relations sexuelles, très peu de garçons acceptent d'utiliser le condom. Cependant, des rumeurs courent que la prise de contraceptifs, surtout les injectables, entraîne des effets indésirables, par exemple que ça compromet la fécondité de la femme plus tard, quand elle veut avoir un enfant. Malgré tout, les jeunes préfèrent l'injectable car c'est discret, pratique et immédiat. Mais il y a toujours des filles qui tombent enceintes. Ce sont souvent des grossesses non désirées et c'est mal perçu, car pour une jeune fille célibataire, avoir un enfant engendre la honte vis-à-vis de la société.

Sylvie regrette qu'il y a peu d'opportunités de parler aux jeunes concernant l'importance des contraceptifs et des rapports sexuels. "Les parents ne peuvent pas en parler avec leurs enfants, c'est un grand tabou. A l'école on n'en parle pas non plus". C'est seulement pendant les événements sportifs que Sylvie a l'occasion de faire passer des messages aux jeunes. « Les autorités locales devraient organiser plus d'activités sportives pour également éduquer les jeunes », dit-elle.

Malgré toutes ces contraintes, Sylvie est confiante. Elle envisage de mettre en place deux associations: une pour les filles et une pour les femmes. "Les filles sont un peu perdues, il faudra pouvoir mieux les encadrer concernant la conduite de leur vie. Pour les femmes, dit-elle, j'aimerais faire un programme d’ épargne communautaire..."
Pour avoir plus de fréquentation dans son Centre de Santé de Base (CSB), Bien-Aimé, Chef CSB, a essayé d’apporter des innovations. Malgré les différentes barrières physiques et morales, Il fait l’effort de collaborer avec les différentes entités influentes pour gagner la confiance de la communauté.

Selon lui, Il faut comprendre que les gens ont vite peur d’un médecin. "Un chef CSB doit être assez doux et rassurant avec les patients. Un bon docteur doit enseigner à ces patients les causes des maladies, respecter les patients, les écouter, les soutenir, ne pas les frustrer. Il est aussi obligé de sensibiliser plus de personnes aux comportements sains, avec l’aide des Agents Communautaires. »

Bien-Aimé avoue que les accouchements ne sont pas très courants dans son CSB. Toutefois, les matrones font un bon travail, « elles sont indispensables », trouve-t-il, « et on doit collaborer avec elles, les guider et les former ». Nous accompagnons les patients et les femmes enceintes qui doivent accoucher à l’hôpital car au CSB nous n’avons pas le matériel pour les accouchements compliqués.

Contrairement à d’autres CSB, il fait la prise en charge des malades à toute heure, même la nuit. Il suit l’état de santé de chaque patient, et il note dans un carnet. Récemment, il a réussi à faire construire des simples cases d’hébergement pour les familles qui viennent de loin. C’est grâce au soutien des leaders et le chef traditionnels du village. « Pour le bien-être de la communauté, il faut que le courant passe dans le triangle: CSB, guérisseur et religieux. Le guérisseur amène les malades s’ils ne sont pas guéris traditionnellement, le CSB fait le traitement, et les chefs religieux font la prière pour les patients au CSB... »

« Quand les guérisseurs ne trouvent plus de solution, ils les réfèrent au CSB en disant : il faut consulter le propriétaire de la médecine. A mon avis, au fond les guérisseurs reconnaissent la supériorité de la médecine moderne par rapport à leurs pratiques » (Chef CSB)
6. L'Agent Communautaire (AC)

André est un Agent Communautaire (AC) d’un fokontany situé à 7 Km du CSB de la commune. Âgé de 35 ans il a fait des études jusqu’en classe de cinquième. Il aurait bien voulu continuer jusqu’au baccalauréat mais l’insuffisance des moyens financiers due au nombre d’enfants dans sa famille en a décidé autrement.

Lorsque le projet SANTENET 2 a initié la promotion des AC, il a été choisi par le chef fokontany. Comme tout le monde dans le village, il est éleveur et agriculteur. Il fait parfois des travaux de menuiserie et peut augmenter ses revenus par les commandes de chaises ou tables.

Comme AC, il a reçu deux formations, une sur les méthodes de sensibilisation, l’autre sur le traitement des maladies courantes des enfants et mères et les méthodes contraceptives en planning familial. Il est conscient que ses connaissances ne sont pas comme celles des médecins, mais il profite des rencontres hebdomadaires avec le chef CSB pour continuer son apprentissage pratique.

Malgré tous ses efforts d’amélioration, il entend parfois des remarques dévalorisantes: "il est agriculteur comme nous donc aussi ignorant, il n’a pas la science médicale ni de diplôme, il prétend...". Il ya des mères qui lui amènent leurs bébés pour les conseils, traitements, pesées mais André sait que plusieurs patients préfèrent le guérisseur traditionnel chez qui il y a la queue tous les jours. Il sait aussi qu’ils font de l’automédication, ils achètent des comprimés à la boutique ou des feuilles au marché pour faire la tisane. « Ici les gens ne se décident à aller en consultation chez l’AC que lorsqu’ils n’ont pas résolu leurs problèmes chez le guérisseur. »

Malgré tout, il continue les sensibilisations pendant les réunions communautaires et il fait des visites à domicile. Souvent les gens le reçoivent par politesse et ne semblent pas attacher trop d’importance à ce qu’il dit. André explique: "l’adage nul n’est prophète en son pays est parfaitement vrai. Les gens d’ici écoutent mieux les personnes extérieures que celles qu’ils voient tous les jours. Ils sont habitués à la distribution de cadeaux lors des sensibilisations, ce qui n’est pas possible."

André pense que dans un avenir proche, pour plus de crédibilité des AC, il faudrait qu’ils soient présentés officiellement par les toutes les autorités: administratives, traditionnelles, religieuses et les chefs CSB. "On pourrait faire des annonces radio et des posters", dit-il, "et un uniforme et badge avec mon nomme donneraient aussi plus d’allure aux yeux des villageois..."
Amode est le chef traditionnel, ou Ampanjaka, dans son village. Élu par les notables depuis à peine trois ans, il savait déjà depuis longtemps, avant la mort de sa grand-mère, qu’il allait devenir l’Ampanjaka de sa lignée. À part son rôle d’autorité traditionnelle, il a également le pouvoir de guérir. Sans avoir eu une formation sur la médecine, des idées lui viennent à travers des rêves. Ce don, il l’a hérité de sa grand-mère.

En tant qu’autorité traditionnelle, ses rôles consistent à garder les us et coutumes ainsi que l’unité de sa lignée, par exemple l’organisation de la circoncision des garçons et des rites d’offrande aux ancêtres. Bien qu’il ne fasse pas partie du système administratif proprement dit, l’Ampanjaka se considère, par l’estime sociale dont il jouit, à égalité de rang avec le maire ou le chef Fokontany.

En effet, par tradition, l’Ampanjaka est très respecté par les villageois. Il habite le Tranobe, la case où se trouve le hazomanga c’est-à-dire le bâton de commandement qui symbolise la lignée et sur lequel le sang sacrificial a été consacré de génération en génération.

En tant que leader communautaire, Amode assure la coordination de toutes activités dans son village. Il collabore avec les autorités. Quand le chef CSB fait une campagne de vaccination, c’est Amode qui sensibilise et mobilise la communauté. Quand le chef CSB a voulu construire des cases d’hébergement pour les accompagnateurs des patients, c’est l’Ampanjaka qui est intervenu auprès de la communauté.

C’est aussi lui qui présente les doléances de la communauté auprès des responsables administratifs. Ainsi, bien au-delà de la sauvegarde des traditions, son rôle va à la l’appui indispensable de la gestion communautaire et du bien-être de la communauté en général.
Tendry est une femme de 37 ans, mariée et mère de 5 enfants dont 2 garçons et 3 filles, entre 2 et 16 ans. Son dernier-né est ‘un accident’ puisqu’elle ne pensait plus en avoir.

Elle n’a pas d’occupation professionnelle proprement dite, elle aide son mari dans la culture des champs et des rizières et dans l’élevage de quelques porcs et volailles. Elle a poussé ses études jusqu’en classe de 4ème et est très intéressée par toutes formes d’améliorations de la vie familiale.

Tendry connaît presque tous les comportements sains à adopter dont certains lui ont été appris à travers la sensibilisation par les AC ou par les conseils reçus des médecins. Cependant, elle avoue que les AC n’arrivent pas toujours à convaincre les gens et la plupart vont chez le ombiasy ou guérisseur traditionnel.

Dans la pratique de la méthode contraceptive Tendry éprouve des difficultés. En effet, son mari a déclaré depuis le début qu’en tant que chef de famille il est maître de la décision sur le chapitre de la sexualité. Bien qu’il n’affiche pas un refus catégorique des méthodes contraceptives, il n’est pas très enthousiaste car dans le milieu des hommes qu’il fréquente, on parle surtout de leurs effets néfastes sur la santé de la femme, notamment sur son utérus. De plus, il n’a pas caché qu’il voudrait encore trois enfants de plus, ‘surtout des garçons’.

Devant une telle position, Tendry s’est vue obligée de décider seule, en cachette, 4 mois après la naissance du petit dernier, de prendre des injections pour éviter d’autres naissances car elle se sent déjà assez fatiguée et qu’elle a l’ambition de pousser ses enfants ‘plus loin dans les études’. C’est grâce au cercle d’amies qu’elle fréquente qu’elle a eu cette idée de ‘ne pas tout dire au mari pour le bien-être de la famille’.

Elle suggère que des femmes déjà utilisatrices puissent témoigner auprès de la communauté, femmes et hommes, du bon déroulement de l’utilisation de la méthode choisie. « Les AC hommes pourraient aider à mieux convaincre nos hommes » dit-elle. "Nous autres ruraux, nous acceptons les bonnes pratiques quand elles nous sont véritablement démontrées par notre entourage."
9. Le Chef de Ménage

Il est âgé de 60 ans, et a, toute sa vie, vécu dans la même maison, dans le village même. Beza explique pourquoi dans son village, les gens n’aiment pas utiliser des latrines. “Ce n’est pas qu’ils sont contre les latrines, mais ce n’est pas la priorité pour eux.” Il se souvient bien que pendant l’épidémie de choléra, il y a de nombreuses années de cela, le gouvernement a obligé les gens à utiliser les neuf latrines publiques dans leur village. “Même dans ce cas-là, nous ne l’avons pas fait, et elles sont devenues des fosses à ordures. Si la latrine est juste pour la famille, c’est mieux”, explique-t-il, « mais là encore il existe des ‘fady (tabou). On ne peut pas mélanger les selles d’une fille avec les selles du père.”

"J’aime bien faire mes besoins dans la nature, comme nos ancêtres, comme tout le monde. Parfois je rentre du champ de défécation, et j’ai tellement faim que je dis à ma femme de me donner à manger tout de suite, je ne pense pas à me laver les mains."

Beza explique que c’est lui le maître de la maison. Il dit souvent à sa femme: « C’est moi le maître, tu dois faire ce que je dis, mais tu ne fais pas ce que je fais”. "Elle doit m’obéir”, il dit, "c’est comme ça ici. Mais je la laisse dormir sous la moustiquaire, parce que moi je n’aime pas. Il fait trop chaud ici et j’ai l’impression d’étouffer... »

Les méthodes contraceptives n’existaient pas à son époque, sa femme n’en a jamais pris. "Je ne voudrais pas quelle perde sa fertilité. Une femme sans beaucoup d’enfants, ce n’est pas une vraie femme."

Ici il y a des hommes qui font deux ou trois enfants avec une femme, et la quittent pour une autre femme. Apres avoir encore fait deux enfants chez une autre, il la laisse aussi. C’est très courant ici, mais moi je ne suis pas d’accord. Un homme et une femme doivent rester ensemble, avec les enfants, jusqu’à la vie d’après.

« Ma femme sera enterrée chez moi, et c’est un honneur pour elle. Mais elle n’est pas encore morte...heureusement, car on a encore besoin d’elle tous les jours. »
10. Le Comité Communale de Développement Social (CCDS)

Resilizy, un instituteur d’Ecole, d’une quarantaine d’années exerçant dans une commune de taille moyenne, a répondu favorablement à sa désignation comme membre de CCDS. L’idée de faire partie d’un comité de développement de sa commune l’a motivé psychologiquement. "Un enseignant comme moi aime bien être un citoyen actif et assurer la réflexion, la coordination et le suivi des activités des Agents Communautaires dans ma commune".

Une fois dans l’activité, il a constaté que le CCDS est une plateforme réunissant toutes les forces vives de la communauté: leaders traditionnels, leaders administratifs, leaders religieux, responsables d’institutions et d’entités dignes d’en faire partie. La motivation de tous les membres était très élevée au début, surtout après constats des améliorations apportées par les actions des AC. "Le Chef de notre CSB était content quand il a vu l’augmentation du nombre de femmes enceintes allant au CPN".

Néanmoins, c’était tout simplement un enthousiasme passager mais pas un engagement éclairé. Lui comme les autres commençait à négliger les réunions. Et le nombre de rencontres diminua au fil du temps.

"Les autres membres ont cité comme facteurs de démotivation l’inexistence d’indemnité, mais personnellement, j’ai été trop focalisé sur le domaine de l’enseignement. J’avais du mal à m’investir dans la santé avec une pleine conviction", dit Resilizy. "Une fois que les AC étaient fonctionnels, je m’en disais que nos tâches étaient accomplies. Peut-être qu’il nous fallait également un encadrement ou une formation pour mieux comprendre et remplir nos rôles", explique-t-il.

Il se pose également la question: "Est ce que je suis le seul à ne pas bien comprendre ce que la commune attend vraiment de nous? Petit à petit le feu de paille de l’enthousiasme s’est éteint car l’absence de certains a incité les autres à ne plus venir aussi".

Resilizy affirme qu’il est prêt à se ressaisir mais: *toe-trano tsy efan’iry -* une construction ne peut être l’affaire d’une seule personne.
PARTIE 4: CITATIONS
Citations sur les Agents Communautaires (AC)

"L'existence des AC facilite le secours sanitaire de la population rural. Le centre de santé est très éloigné."
(Leader des Jeune, fille Ih)

"On a ras le bol des AC, ce sont des cultivateurs comme nous. Leurs connaissances ne dépassent pas les nôtres."
(Chef Fokontany - V7V)

"Les AC devraient être des modèles. En réalité ils ne font pas eux-mêmes ce qu'ils disent aux gens de faire. C'est déjà perdu d'avance."
(Directeur Régional de Sante, ATS)

"On a ras le bol des AC, ce sont des cultivateurs comme nous. Leurs connaissances ne dépassent pas les nôtres."
(Chef Fokontany - V7V)

"Il faut faire du suivi et évaluer le travail des AC: savent-ils bien soigner les gens, font-ils des vaccins comme il faut ?"
(Maire, Ih)

"On reconnait pas bien les AC. Il faut organiser leur présentation publique par la radio ou la presse; les AC doivent porter des badges et des blouses durant leurs sensibilisations."
(Leader de Jeunes, jeune homme, AA)

"Ici les gens ont l'habitude de consulter les AC, mais il y a des gens difficiles à convaincre, ils ont besoin des preuves, des témoignages que ça marche."
(Matrone, Ih)

"Les gens se méfient des AC parce que les services publics sont gratuits alors que les AC font payer les médicaments qui leur sont donnés gratuitement."
(membre de COSAN femme, HM)

"Il y a des épiceries qui vendent des médicaments, c'est presque des médecins. Pour cela les gens ne vont plus au CSB ou chez l'AC."
(Membre de COSAN femme, Ih)

"Un AC a traité un homme attaqué par un chien. Il a fait des injections contre la fièvre. La piqûre a seulement fait chuter la température. Au bout de quelques jours il était mort."
(Mère, V7V),

"Les AC ne font pas leur travail sérieusement, ils doivent subvenir à leurs besoins familiaux et le travail d'AC ne leur apporte pas d’argent."
(Membre du CCDS, Ih)
Citations sur le suivi pré et post natal, l'accouchement assisté au CSB

"Il n'y a eu que 15 accouchements en 2013 dans le CSB, la vie est chère et les gens n'ont pas les moyens pour le déplacement, et l'hébergement..." (Chef CSB, ATS)

"Les matrones nous prennent bien en charge avec des petits massages, des mots réconfortants et encourageants". (Femme 24, VTV)

"Notre nudité ne peut pas être vue par un autre homme" (Femme 24, HM)

"Il faut aider les matrones dans leur métier en les dotant de kit d'accouchement et le strict minimum de médicament" (Chef Religieux HM)

"Le docteur est en réunion chaque semaine, la plupart des temps il est absent. Le CSB manque de personnel soignant et il n'y a pas de remplaçant pour le docteur" (Maire, VTV)

"Quand les mamans viennent faire vacciner leurs enfants on peut les sensibiliser au sujets de PF aussi" (Chef CSB - H)

"Il y a des tangalamena qui affirment que même sans CSB on restera toujours en bonne santé" (membre COSAN - ATS)

"Ici il y a des femmes qui se contentent de recevoir du lait en poudre chez les bonnes sœurs" (Mère, 28 ans, AA)

"Pourquoi les femmes doivent-elles aller chez un médecin quand elles sont enceintes, elles ne sont pas malades." (Père, 26 ans, ATS)
"On ne rencontre que des femmes qui ont des problèmes avec des contraceptifs, on n'entend jamais les avantages..." (Femme 45 - Y7V)

"Nous recommandons les méthodes naturelles en planning familial, pour qu'il n'ait pas de mauvais impact sur la santé et que ça ne réduise pas la chance d'avoir plusieurs enfants" (Chef Religieux Chrétienne HM)

"Nous beaux-parents n'acceptent pas l'utilisation de PF car les veilles personnes ne se rendent pas compte des difficultés des ménages aujourd'hui." (Parent et membre de COSAN- HM)

"Les méthodes contraceptives longue durée n'existent pas ici au CSB, personne n'en parle." (Matrone, HM)

"Il ya déjà beaucoup de ménages convaincus du PF, ils n'ont que deux ou trois enfants et s'arrêtent là." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Mon mari m'interdit le PF parce que nous ne sommes qu'à notre premier enfant. Il veut autant d'enfants que je puisse avoir" (Femme, mère - AA)

"Les femmes aiment bien les piqûres PF parce que ça ne donne pas les maux d'estomac, c'est moins cher, et c'est seulement une fois tous les trois mois" (Leader jeunes femme, Ih)

"Je ne connais pas les méthodes PF. Je voulais avoir beaucoup de filles pour m'aider." (Femme, 44s - ATS)

"Citations sur l'utilisation des contraceptifs modernes des femmes 15 - 45 ans"
Citations sur les jeunes, adolescents, leur comportement sexuel et la contraception

"Si on sait des le début que la fille est vierge, on utilise le condom, sinon, pas question." (Jeune homme AA)

"Utiliser les préservatifs est comme manger des brèdes sans sel." (Jeune homme 18 ans HM)

"Il est très difficile pour nous les ruraux de parler de sexe avec nos enfants, c'est tabou." (Parent et membre de CCSD - HM)

"Pourquoi les filles passent prématurément au premier acte sexuel? Parce que les parents sont démunis, la vie est chère et elles sont influencées par les amis." (Leader de Jeunes, femme ATS)

"L'enseignant d'ulycée instruit aux élèves la non utilisation des contraceptifs quand on n'a pas encore eu des enfants." (Leader de Jeunes, fille, V7V)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les filles ici aiment bien le foot, et je leurs dis que les grossesses précoces ne favorisent pas le football. C'est comme ça que je conseille les filles." (Leader de Jeunes, jeune homme, V7V)

"Il n'y a jamais de discussion entre enfants et parents sur la sexualité, c'est tabou. A l'école, on peut apprendre aux élèves les leçons de la sexualité, et à leur tour ils vont informer leurs parents." (Président 8 mars, Leader Jeune femme, V7V)

"Les femmes elles aiment la pilule et l'injectable, leurs corps deviennent plus arrondis et elles se font plus regardées et appréciées par les jeunes garçons, elles deviennent plus belles".Leader de Jeunes, jeune homme, V7V

"Les filles aiment la pilule et l'injectable, leurs corps deviennent plus arrondis et elles se font plus regardées et appréciées par les jeunes garçons, elles deviennent plus belles".Leader de Jeunes, jeune homme, V7V

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les jeunes pratiquent l'automédication, ils savent que les IST sont guérissables, ils se foutent des sensibilisations des AC" (Leader Jeunes, ATS)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)

"Les Tangalamena sont à la base des changements au niveau sexualité des jeunes, car ils ont de la crédibilité." (Chef CSB - AA)
Citation sur le genre en général / rôles et positions des hommes et femmes

"Les hommes profiteront des femmes, les maris prennent seuls la décision sur la sexualité." (Homme 60 ans - AA)

"Miralenta c’est travailler ensemble dans les champs et s’entraider, c’est une harmonisation de la vie de famille. Je ne vois aucun inconvénient mais il faut former les autorités et chefs de la commune." (Chef Traditionnel V7V)

"Le MIRALENTA (genre) n’existera jamais, ça restera toujours qu’une sensibilisation." (Guérisseur traditionnel V7V)

"C’est moi le maitre, je dis à ma femme: tu fais ce que je te dis, mais tu ne fais pas ce que je fais." (Homme 60 ans - AA)

"Les femmes qui peuvent faire le travail des hommes. C’est la poule qui chante..." Maire -

"Les femmes ne s’occupent pas de la santé de leurs enfants; sauf en cas de maladie grave." (Chef Fokontany -…

"Miralenta c’est quand les femmes pensent qu’elles sont des hommes et des hommes pensent qu’ils sont des femmes." (Leader des jeunes, femme V7V)

"Le Mira lent a c’est quand les femmes pensent qu’elles sont des hommes et des hommes pensent qu’ils sont des femmes." (Leader des jeunes, femme V7V)

"Les femmes voudraient être le chef de famille aussi alors que cette situation n’est pas compatible avec le bon déroulement de la vie de famille."

"Ici les hommes sont mieux considérés que les femmes, ils travaillent plus." (Leader des jeunes. femme AA)

"Les femmes ne sont pas encore convaincues de la nécessité d’un changement de rôles; elles ont peur de ne pas être à la hauteur." (Leader de jeunes. HM)

"Les hommes n’acceptent pas souvent les idées féminines..." (Président Fokontany - Ih)

"Le miralenta c’est pour plus d’égalité entre homme et femme, une meilleure coopération au niveau santé familiale, c’est une évolution de niveau de vie au sein du foyer". (Chef Fokontany AA)
Citations sur l'utilisation des latrines, et lavage des mains

"Personne n’a besoin de me dire qu’il faut balayer ma cour, ça fait partie de mes besoins. Lavage des mains n’est pas dans les besoins quotidiens des gens." (AC Femme 42 - V7V)

"Quand je suis pressé pour manger, je ne pense pas à laver mes mains..." (Homme 52- AA)

"La communauté ne connaît pas les avantages des latrines; avec ou sans les latrines elle arrive toujours à survivre." (Chef Fokontany, ATS)

"Les gens attendent l’application des amendes et lois avant de réaliser les activités telles que la construction des latrines." (Leader de Jeunes, jeune homme, ATS)

"Je me lave les mains seulement quand elles sont très très sales, quand je rentre du champ." (Femme 24ans)

"Les gens ici font leur latrine pour ne pas payer des amendes." (Chef Fokontany, ATS)

"La latrine est source de mauvaises odeurs donc il ne faut pas l’utiliser." (Chef Fokontany, Ih)

"Avoir une latrine, c’est comme si on garde les excréments à la maison." (Homme chef ménage Ih)

"La plupart du temps, nous sommes dans nos champs, il n’est pas pratique de retourner au village pour faire nos besoins." (Homme 32 - V7V)

"Les responsables au niveau fokontany ne prennent pas leur responsabilité. Il n’y a pas de supervision et maintenant les gens sont devenus beaucoup plus sales." (Femme, mère HM)
Citations sur l'implication des hommes dans la santé familiale

"Ma femme connaît les symptômes de maladies des nos enfant, elle est toujours à ces cotés..." (Homme & père VTV)

"En matière de santé, les décisions sont prises par la mère car elle est première responsable domestique, c'est l'utilité des femmes. Les hommes sont incapables de soigner." (Femme, 36 ans HM)

"Ce que j'ai fait quand ma femme était enceinte? Je l'ai amené chez ma mère." (Homme 37 ans - AA)

"Pour les vomissements des enfants, il faut consulter les guérisseurs traditionnels." (Homme 28 ans - HM)

"Il faut demander fréquemment à sa femme quand sera l'accouchement afin que le mari puisse se préparer et pour que l'enfant ne naîsse pas à la maison." (Homme, 36 ans HM)

"Quand les femmes rapportent plus, les hommes se taisent. Il faut émanciper les femmes". (Homme 28 ans - AA)

"Les repas pour les femmes enceintes sont sur conseils du docteur pas de l'AC." (Homme 32 ans - VTV)

"Les hommes ne pensent pas à l'avenir de leurs enfants, pour cela on doit tout faire." (Femme 41 ans - ATS)

"Il faut forcer la mère à allaiter son bébé, lui faire comprendre que le bébé est plus important que les tâches ménagères." (homme / père, HM)

"Dès que la femme commence son travail de contraction, les maris appellent la matrone à la maison." (Homme 32 ans - AA)

"En matière de santé, les décisions sont prises par la mère car elle est première responsable domestique, c'est l'utilité des femmes. Les hommes sont incapables de soigner." (Femme, 36 ans HM)
Citations sur la sensibilisation, utilisation des radio et GSM

"On pourra faire des sensibilisations sur des marchés avec des radio-crochets, on pose de questions sur la santé et on donne des petits prix pour les bonnes réponses." (TA d'une ONG partenaire, Ih)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef religieux, pasteur FJKM 40 ans - Ih)

"C’est difficile de convaincre les gens, ils ne pensent pas à leur avenir ou leur bien-être. Ils sont têtus..." (Chef religieux, ATS)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)

"On pourra faire des sensibilisations sur des marchés avec des radio-crochets, on pose de questions sur la santé et on donne des petits prix pour les bonnes réponses." (TA d’une ONG partenaire, Ih)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef religieux, pasteur FJKM 40 ans - Ih)

"C’est difficile de convaincre les gens, ils ne pensent pas à leur avenir ou leur bien-être. Ils sont têtus..." (Chef religieux, ATS)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef religieux, pasteur FJKM 40 ans - Ih)

"C’est difficile de convaincre les gens, ils ne pensent pas à leur avenir ou leur bien-être. Ils sont têtus..." (Chef religieux, ATS)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)

"Les gens aiment bien les sensibilisations avec des preuves - photos, vidéos, taux de mortalité par exemple, et accompagnées de choses à distribuer..." (Chef traditionnel 58 ans - HM)

"Les gens sont conscients de leur santé, que c’est important d’être en bonne santé, mais la prévention est loin de devenir un réflexe..." (Médecin Inspecteur)
ANNEXES

1. Sources consultées

Enquêtes et études

Enquête nationale sur le suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar, étude nationale 2012-2013


Articles

Les facteurs socioculturels dans la planification familiale (http://planificationfamiliale-rdc.net/factors-socio-culturels.php)

Histoire de la polygamie à Madagascar (http://imahaka.wordpress.com/2009/11/02/la-polygamie/)

Le planning familial dans un contexte de polygamie (http://uaps2007.princeton.edu/papers/70489)


Autres sources


Cadre pour une éducation sexuelle compréhensive, IPPF (International Planned Parenthood Federation) (http://issuu.com/ippfresources/docs/ippf-framework-for-comprehensive-sexuality-educati)

Manuel: Designing for Behavior Change, for agriculture, natural resource management, health and nutrition, July 2013
## 2. Résultats des Transects

<table>
<thead>
<tr>
<th>Region</th>
<th>Commune</th>
<th>Electrifié</th>
<th>Latrines simples</th>
<th>Dispo. lavage mains</th>
<th>Point d'eau</th>
<th>GSM</th>
<th>Moustiquaires/M</th>
<th>ID</th>
<th>Variété prod. marché</th>
<th>Cuisine externe</th>
<th>EPP fonctionelle</th>
<th>CSB fonctionel</th>
<th>Réseau Téléphonique</th>
<th>Qualité réception</th>
<th>Commentaires</th>
</tr>
</thead>
</table>
| ATS    | Ampasamadinika   | Non        | **               | Non                 | **          | *   | ***             | *** | *                 | Oui            | Oui              |               |                      | 1               | Faible
        | Antetezambaro    | Non        | **               | Non                 | ***         | *   | ***             | *** | *                 | Oui            | Oui              |               |                      | 2               | OK Sur le RN 2, fréquenté par les camionneurs, toilette publique, zone de projets (CARE, CNLS contre SIDA,...) |
| V7V    | Ilakatra          | Non        | Non              | Non                 | Non         | /N  | ***             | *   | Non               | Oui            | Oui              |               |                      | 3               | Faible Ancien site de projet Caritas |
|        | Ambohimarina II  | Non        | Non              | Non                 | *           | *** | ***             | Non | Oui               | Oui            | Oui              |               |                      | 3               | Faible |
| HM     | Adabo / Andonaka  | Non        | *                | Non                 | **          | *   | Non             | *   | *                 | Oui            | Oui              |               |                      | 1               | Faible |
|        | Talata Central    | Oui        | **               | Non                 | ***         | Non | ***             | *   | Non               | Oui            | Oui              |               |                      | 1               | Mauvais |
| Ih     | Zazafotsy        | Non        | Non              | Non                 | Non         | *   | *               | *** | ***               | *              | Oui              |               |                      | 2               | OK |
| AA     | Mihary            | Oui        | **               | Non                 | *           | *   | ***             | *** | *                 | Oui            | Oui              |               |                      | 3               | OK Mihary a l’électricité mais pas les 11 fokontany autour. Ancien site de la Croix Rouge pour la sensibilisation et construction de latrines |
|        | Miarylamatihy    | Non        | **               | Non                 | **          | **  | ***             | *** | **                | Oui            | Oui              |               |                      | 2               | OK |

*** Très Bien présent, ** bien présent * peu présent N = non / pas du tout présent
Autres notes:- variété produits sur marché: fruits, légumes, Produits de Première Nécessité (PPN)
- EPP = Ecole primaire Publique
- CSB = Centre de Santé de Base
### 3. Usagers radio, artistes, chansons et émissions radios préférées

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: Antsinana</th>
<th>Divertissement</th>
<th>Artistes préférés</th>
<th>Style chanson Préféré</th>
<th>Emission radio préférée</th>
<th>Heure d'écoute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FAP</td>
<td></td>
<td>1) Nina’s</td>
<td></td>
<td>1) Hira (chansons)</td>
<td>1) 12h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2) Onja/Sylla</td>
<td></td>
<td>2) Théâtre Radiophonique</td>
<td>2) 19h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>3) Willy</td>
<td></td>
<td>3) Journal / vaovao</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>1) Sport /Foot</td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Variété</td>
<td>1) Hira (chansons)</td>
<td>1) 18h-20h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Ecouter radio/musique</td>
<td>2) Nina’s</td>
<td>2) Kilalaka</td>
<td>2) Journal / vaovao</td>
<td>2) 12h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Vidéo</td>
<td>3) Jean Aimé</td>
<td></td>
<td>3) Théâtre Radiophonique</td>
<td>3) 19h</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
<td>1) Domino</td>
<td>1) Nina’s</td>
<td>1) RnB/Rap</td>
<td>1) Théâtre Radiophonique</td>
<td>1) 19h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Guitare</td>
<td>2) Barinjaka</td>
<td></td>
<td>2) Hira (chansons)</td>
<td>2) 12h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Boules</td>
<td>3) Willy</td>
<td></td>
<td>3) Journal + pub</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N'écoute pas de radio 28/67 (42%). Stations radio écoutées: RNM, TRM, VIVA, Don Bosco, Aqua FM

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: Ihorombe</th>
<th>Divertissement</th>
<th>Artistes préférés</th>
<th>Style chanson Préféré</th>
<th>Emission radio préférée</th>
<th>Heure d'écoute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FAP</td>
<td></td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Journal</td>
<td>1) 7h30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2) Nina’s</td>
<td>2) Tsapiky</td>
<td>2) Théâtre Radiophonique</td>
<td>2) 20h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>3) Jean Aimé</td>
<td>3) Evangélique</td>
<td>3) Dédicaces</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>1) Garder les Bœufs</td>
<td>4) Barinjaka</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Journal / Vaovao</td>
<td>1) 19h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Football</td>
<td>2) Nina’s</td>
<td>2) Evangélique</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Domino</td>
<td>3) Jean Aimé</td>
<td>3) Variété</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
<td>1) Football</td>
<td>1) Marion</td>
<td>1) RnB / Rap</td>
<td>1) Journal / Vaovao</td>
<td>1) 11h30 - 12h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Basket</td>
<td></td>
<td>2) Tsapiky</td>
<td>2) Dédicaces</td>
<td>2) 18 - 19h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Excursion</td>
<td></td>
<td>3) Evangélique</td>
<td>3) Pièces radiophonique</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N'écoute pas de radio 12/36 (33%). Stations radio écoutées: AVEC et RDB

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: V7V</th>
<th>Divertissement</th>
<th>Artistes préférés</th>
<th>Style chanson Préféré</th>
<th>Emission radio préférée</th>
<th>Heure d'écoute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Femmes</td>
<td>Pitozara</td>
<td>1) Milamina</td>
<td>1) Théâtre radiophonique</td>
<td>1) Théâtre radiophonique</td>
<td>1) 19h30 - 20h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>2) Evangélique</td>
<td>2) 19h30 - 20h</td>
<td>2) 17h - 18 h</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>1) Chasse/pêche</td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Journal / Vaovao</td>
<td>1) 6h30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Bal / fête</td>
<td>2) Nina’s</td>
<td>2) Slow</td>
<td>2) Pub / annonces</td>
<td>2) 7h30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Domino</td>
<td>3) Jean Aimé</td>
<td>3) Variété</td>
<td>3) 20h</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
<td>1) Video</td>
<td>1) Jean Aimé</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Journal / Vaovao</td>
<td>1) 19h30 - 20h00</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Foot</td>
<td>2) Willy</td>
<td>2) Milamina</td>
<td>2) Pub / annonces</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>3) Nina’s</td>
<td>3) Batrelaky (slow)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
N'écoute pas de radio 3/62 (5%). Stations radio écoutées: Radio Aina, RAKAMA, RNM, Radio Soleil,

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: HM</th>
<th>Divertissement</th>
<th>Artistes préférés</th>
<th>Style chanson Préféré</th>
<th>Emission radio préférée</th>
<th>Heure d'écoute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Femmes</td>
<td></td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Variétés</td>
<td>21.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2) Evangélique</td>
<td>2) Journal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3) Variété</td>
<td>3) Prières</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>1) Football</td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Variété</td>
<td>1) Journal / Vaovao</td>
<td>1) 19 h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Vidéo /</td>
<td>2) Lola</td>
<td>2) Kilalaka</td>
<td>2) Théâtre radiophonique</td>
<td>2) 23h30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ecouter radio/ chanson</td>
<td>3) Jean Aimé</td>
<td>3) Evangélique</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
<td>1) Foot</td>
<td>1) Willy</td>
<td>1) Kilalaka/Tsapiky</td>
<td>1) Théâtre radiophonique</td>
<td>1) 20 - 221 h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Film / Télé</td>
<td>2) Barinjaka</td>
<td>2) Evangélique</td>
<td>2) Dédicaces</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3) Balades</td>
<td>3) Marion</td>
<td>3) RnB</td>
<td>3) Prière</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N'écoute pas de radio 24/69 (35%). Stations radio écoutées: RNM, RF One, Radio Nampita

<table>
<thead>
<tr>
<th>Région: AA</th>
<th>Divertissement</th>
<th>Artistes préférés</th>
<th>Style chanson Préféré</th>
<th>Emission radio préférée</th>
<th>Heure d'écoute</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Femmes</td>
<td></td>
<td>1) Nina's</td>
<td>1) Variété</td>
<td>1) Théâtre Radiophonique</td>
<td>1) 13h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>2) Evangélique</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hommes</td>
<td>1) Foot / sport</td>
<td>1) Barinjaka</td>
<td>1) Kilalaka</td>
<td>1) Variété</td>
<td>1) 13h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Ecouter radio/musique</td>
<td></td>
<td>2) Tsapiky</td>
<td>2) Journal</td>
<td>2) 7h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>3) 17h</td>
</tr>
<tr>
<td>Jeunes</td>
<td>1) Foot</td>
<td>1) Nina's</td>
<td>1) Variété</td>
<td>1) Théâtre Radiophonique</td>
<td>23. 13 h</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2) Ballades</td>
<td>2) Marion</td>
<td>2) Kilalaka</td>
<td>2) Journal / vaovao</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>3) Black Nadia</td>
<td>3) Reggae</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

N'écoute pas de radio 13/50 (26%). Stations radio écoutées: RNM, Le Buffet

Déclarent d’écouter la radio: 72% oui, 28% non. A noter que la radio carte est répandue dans les régions de V7V, HM et Ih. Ce sont des radios qui peuvent capter des ondes et on peut y mettre aussi une carte SD avec des chansons MP3.

Le top 3 des émissions plus écoutées et appréciées (compilation):
1. Journal / vaovao (incl. les pub et les annonces) Kilalaka
2. Les émissions radiophonique (tantara) Tsapiky
3. Les dédicaces et les variétés Evangélique

Top 3 de styles de chansons préférées (compilation)
1. Kilalaka
2. Tsapiky
3. Evangélique
<table>
<thead>
<tr>
<th>TOP 3 des artistes cités par les participants Recherche Formative USAID MIKOLO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Artistes masculins préférés</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Barinjaka</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Marion</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Jean Aimé</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Artistes féminines préférées</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Nina's</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Willy</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Black Nadia</td>
</tr>
</tbody>
</table>