



**HAL**  
open science

# **Retard de croissance et risque de contamination par un milieu de vie. Une anthropologie de la petite enfance au prisme de l'organisation spatiale et sociale dans un quartier défavorisé à Antananarivo (Madagascar)**

Elliot Fara Nandrasana Rakotomanana

## ► To cite this version:

Elliot Fara Nandrasana Rakotomanana. Retard de croissance et risque de contamination par un milieu de vie. Une anthropologie de la petite enfance au prisme de l'organisation spatiale et sociale dans un quartier défavorisé à Antananarivo (Madagascar). *Anthropologie sociale et ethnologie*. Université de Bordeaux, 2023. Français. NNT : 2023BORD0018 . tel-04028995

**HAL Id: tel-04028995**

**<https://theses.hal.science/tel-04028995v1>**

Submitted on 14 Mar 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE  
POUR OBTENIR LE GRADE DE  
**DOCTEUR DE**  
**L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX**

ÉCOLE DOCTORALE : Sociétés, politique, santé publique

SPÉCIALITÉ : Ethnologie - Option Anthropologie sociale et culturelle

Par Elliot Fara Nandrasana RAKOTOMANANA

**Retard de croissance et  
risque de contamination par un milieu de vie.**

*Une anthropologie de la petite enfance au prisme de l'organisation spatiale et sociale dans  
un quartier défavorisé à Antananarivo (Madagascar).*

Sous la direction de : Marc-Éric GRUÉNAIS  
Co-directrice : Tamara GILES-VERNICK

Soutenue le 27 janvier 2023

Membres du jury :

Chantal CRENN, Professeure, Université Paul-Valéry Montpellier, UMR SENS, Rapporteur  
Tamara GILES-VERNICK, Directrice de recherche, Institut Pasteur à Paris, Co-directrice de  
Thèse

Marc-Éric GRUÉNAIS, Professeur émérite, Université de Bordeaux, UMR LAM, Directeur de  
Thèse

Charles-Édouard de SUREMAIN, Directeur de recherche, IRD/UMR-Paloc, Rapporteur et  
Président

Rindra Vatosoa RANDREMANANA, Directrice de recherche, Institut Pasteur de Madagascar,  
Examinatrice

Pascale VONAESCH, Professeure assistante, Université de Lausanne, Examinatrice



**Titre :** Retard de croissance et risque de contamination par un milieu de vie. Une anthropologie de la petite enfance au prisme de l'organisation spatiale et sociale dans un quartier défavorisé à Antananarivo (Madagascar).

## **Résumé**

Le retard de croissance, entravant le développement physique et cognitif, pose à la fois un problème de santé publique et de développement économique. Cette thèse analyse les mécanismes sociaux favorisant ou limitant les risques de contamination par le milieu de vie d'un enfant de moins de cinq ans dans le quartier défavorisé de *Ankasina* à Antananarivo. Un volet historique portant sur la trajectoire sociale et économique des habitants à Antananarivo depuis la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et une analyse des politiques publiques autour de la gestion des excréta et ordures ménagères dans les quartiers défavorisés soulignent une grande vulnérabilité des habitants de ces quartiers précaires à cause de la discrimination sociale et raciale, de la pauvreté et de la grande insalubrité de l'espace public. L'ethnographie permet, ensuite, une description fine des pratiques en matière de propreté et de saleté et du rôle de l'organisation spatiale et sociale, selon la structure familiale, pouvant limiter ou favoriser l'exposition précoce aux différents déchets, la récurrence des maladies et le retard de croissance des jeunes enfants. La structure familiale élargie accorde une possibilité à une mère « célibataire » de déléguer de manière récurrente en son absence les soins de son enfant aux autres personnes maternantes de la famille qui veulent le rendre précocement autonome en matière de mobilité et d'alimentation. Pourtant, plus la taille de la famille élargie est grande, plus le risque de contamination est probable à cause de l'organisation spatiale de la cour familiale, jouxtant les zones de décharge et de défécation, où se font l'acquisition de la motricité et les prises alimentaires. L'analyse de cette recherche anthropologique contribue à identifier des indicateurs sociaux et les acteurs maternants à prendre en compte et à cibler dans la lutte contre cette forme de malnutrition en milieu urbain.

**Mots-clés :** Retard de croissance, risque de contamination, organisation spatiale et sociale, propreté, milieu urbain, Madagascar.

**Title:** Stunting and the risk of contamination by the living environment. An anthropology of early childhood through the prism of spatial and social organizations in a disadvantaged neighborhood in Antananarivo (Madagascar).

## **Abstract**

Stunting, which impedes children's physical and cognitive development, is a public health and an economic development issue. This thesis examines the social mechanisms that promote or limit exposure to pathogens in the living environments of children under five years old living in Ankasina, a poor neighborhood of Antananarivo, Madagascar. The thesis begins with a historical analysis of the socioeconomic changes that Antananarivo inhabitants have faced since the end of the 18th century. It evaluates public policies to manage excreta and household waste in disadvantaged neighborhoods, highlighting their compounding vulnerabilities because of racial and social discrimination, poverty and neglect. The subsequent ethnographic analysis describes in detail notions of and practices surrounding cleanliness and dirt. It also demonstrates a relationship between familial structure and spatial, social organization that can limit or favor young children's exposures to waste and can result in repeated illness and growth retardation over time. The extended family structure allows a "single" mother to delegate the care of her child to other adults, who are in a hurry to render the child more independent in their mobility and feeding. These larger extended families appear to enhance young children's exposure to an unhealthy environment, saturated by fecal and other types of waste, where the learning of gross motor skills and food consumption take place. This anthropological research contributes to the identification of social indicators and mothering, which can be strengthened in the struggle against this form of malnutrition in urban settings.

**Keywords:** Stunting, contamination risk, spatial and social organization, cleanliness, urban setting, Madagascar.

## Unité de recherche

UMR 5115 CNRS - Les Afriques dans le Monde (LAM)

Institut d'Études Politiques de Bordeaux

11 allées Ausone - Domaine Universitaire

33607 Pessac Cedex



---

## Institut de rattachement

Cette thèse a été menée auprès de l'Institut Pasteur de Madagascar.



PASTEUR NETWORK

---

## Financement

Cette thèse a reçu le soutien financier de la fondation TotalEnergie à travers un projet de recherche intitulé « Afribiota ».



« Par la grâce de Dieu je suis ce que je suis, et sa grâce envers moi n'a pas été vaine ; loin de là, j'ai travaillé plus qu'eux tous, non pas moi toutefois, mais la grâce de Dieu qui est avec moi »

1 Corinthiens 15-10

## Remerciements

Je tiens tout d'abord témoigner toutes ma gratitude et reconnaissance à mes directeurs de thèse, Marc-Éric Gruénais et Tamara Giles-Vernick pour leur accompagnement, leur écoute et leur disponibilité tout au long de cette thèse. Cette discipline m'a appris l'empathie et les regards compréhensifs sur les autres, loin de tout jugement de valeur.

Mes remerciements s'adressent ensuite aux différents chercheurs qui m'ont aidé de différentes manières à l'aboutissement de cette thèse. Il s'agit dans un premier lieu des membres de mon comité de suivi, Charles-Édouard de Suremain et Chantal Crenn qui ont accepté de suivre l'évolution de cette thèse tout en prodiguant leur conseil et leur encouragement. Merci d'avoir accepté d'évaluer la version finale de cette thèse. Je tiens ensuite à remercier à Pascale Vonaesch d'avoir accepté de participer au jury de la soutenance. Mes vifs remerciements vont également à Maria V. Doria et Dolorès Pourette pour les conseils et les discussions qui m'ont aidé à nourrir et à structurer toutes mes réflexions sur certaines parties de cette thèse.

Je voudrais également manifester toutes ma gratitude et ma reconnaissance à toute l'équipe de l'Institut Pasteur de Madagascar, en la personne de Philippe Dussart, Directeur Général, André Spiegel, ancien Directeur Général, Pierre-Arnaud Lemoine, Directeur Administratif et Financier, Philippe Lasnier, ancien Directeur Administratif et Financier, Voahangy Rasolofo, la Directrice Scientifique, Rindra Vatosoa Rendremanana, Chef d'Unité d'Épidémiologie et de Recherche Clinique, Laurence Baril, ancienne Cheffe de cette Unité, Fanjasoa Rakotomanana, Responsable du groupe Santé et Géomatique et Cheffe adjointe de l'Unité d'Épidémiologie et de Recherche Clinique, Princy Rakotoarison, Chef de Cabinet de Direction, Hasina Manalintsoa, Adjointe Chef de Cabinet de Direction et Edith Joëlle Loma Sam, Chef de service des Ressources Humaines, qui m'ont permis de réaliser cette thèse sous leur précieuse assistance financière, matérielle, logistique et technique tout au long de ces années, et surtout pendant les moments difficiles de la covid-19. Je tiens à remercier particulièrement Chiarella Mattern, Responsable de l'équipe Santé & Sciences Sociales, qui était toujours présente pour m'encourager et me conseiller avant et tout au long de cette recherche ainsi que Aina Rakotobe, mon ancien assistant de recherche, qui m'accompagnait tout au long du projet « Afribiota » dans la collecte de données et la mise en œuvre de la transcription, et la traduction de ces données.

Cette thèse a bénéficié d'un soutien financier de la Fondation TotalEnergies à travers le Projet « Afribiota ». J'aimerais témoigner toute ma gratitude à cette structure et à toute l'équipe du projet « Afribiota », en particulier Philippe Sansonetti. J'ai pu également bénéficier de



l'appui technique et logistique de manière directe ou indirecte de l'Institut Pasteur à Paris, à travers la Direction Internationale, de l'Unité de recherche UMR 5115 ou « Les Afrique dans le Monde » (Science Po Bordeaux-CNRS), de l'École Doctorale, Sociétés, politique, santé publique et de la Faculté d'Anthropologie sociale et Ethnologie à l'Université de Bordeaux. Aux premiers responsables de ces structures, j'adresse tous mes remerciements les plus sincères.

Ma reconnaissance et mes remerciements vont aussi à mes ami-es doctorant-es de l'Université de Bordeaux et de l'Institut Pasteur de Madagascar pour toutes les formes de soutien pendant ou en dehors des moments de partage scientifique, à travers les séminaires, les formations, les parlures, les journées des doctorants, les journées de l'École doctorale et le Journal club. Je tiens à exprimer également mes remerciements à Francis Andrieux, Sophie Dutheil-Andrieux et Dominique Mest pour leur accueil et leur hospitalité pendant mes séjours à Bordeaux.

Je voudrais maintenant manifester mes remerciements et ma gratitude auprès des 24 jeunes enfants, leurs mères et leurs familles respectives dans le *fokontany* d'*Ankasina* et aux personnes de différentes institutions et associations qui m'ont accepté et m'ont accordé du temps. Sans mes interlocuteurs/trices, dont la plupart sont devenus des ami-es, voire des parents, je n'aurais jamais pu mener à bien cette thèse.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement ma famille pour son encouragement, son soutien moral inconditionnel et sa patience malgré les longs mois de séparation pendant ma mobilité annuelle à Bordeaux, en particulier ma femme Tahiry Andrianilana et mes trois enfants, Elnathan, Ilan-Aël et Maëlan. Mes remerciements vont également à mon père Ely Jonhs Rakotomanana, mes beaux-parents, Norbert Razafindrianilana et Louissette Tahiana Rasoloharimalala et aux membres de ma famille et de celle de ma femme pour leur soutien et leur encouragement sans failles. Et une pensée va à ma mère, Miarina Rasoarindriaka Randrianandrasana, qui serait fière de moi si elle était encore parmi nous.

Un grand merci à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à l'éclosion de cette thèse, MERCI INFINIMENT !!

# Sommaire

Résumé

Abstract

Remerciements

Sommaire

Sigles et acronymes

Liste des photos

Liste des figures

Liste des cartes

<b>Introduction générale</b> -----	<b>1</b>
Le retard de croissance : importance et lacune dans la lutte à Madagascar -----	3
Le retard de croissance et l'effet de la contamination-----	5
La structuration de la thèse-----	9
<b>Partie 1 : Collecte des données empiriques et contextualisation</b> -----	<b>13</b>
Chapitre 1 : Recueil de données empiriques-----	14
Chapitre 2 : Histoire des quartiers défavorisés à Antananarivo : Une population vulnérable	41
Chapitre 3 : Politique publique de la gestion des ordures ménagères dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo -----	71
Chapitre 4 : Les 24 jeunes enfants -----	88
<b>Partie 2 : Propreté et espace</b> -----	<b>110</b>
Chapitre 5 : Défécation à l'air libre : un grand risque pour les jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies -----	111
Chapitre 6 : Perception des dangers à propos de la matière fécale humaine-----	135
Chapitre 7 : Importance de la propreté de l'invisible et de l'espace privé -----	150
<b>Partie 3 : Propreté et maternage</b> -----	<b>172</b>
Chapitre 8 : Pratique de propreté et autonomisation du jeune enfant -----	173
Chapitre 9 : Relation mère-enfant-----	194
Chapitre 10 : Diversification alimentaire précoce auprès des familles élargies -----	213
<b>Partie 4 : Études de cas</b> -----	<b>233</b>
Chapitre 11 : Nini et sa grande famille élargie -----	234
Chapitre 12 : Anto et sa famille nucléaire monoparentale-----	254
Chapitre 13 : Mami et sa famille élargie restreinte -----	266
<b>Conclusion générale</b> -----	<b>284</b>
Décrire le « passé » et comprendre les politiques publiques sur la gestion des déchets pour contextualiser la situation d'insalubrité -----	285

L'exposition des jeunes enfants aux matières fécales humaines et autres immondices dans les grandes familles élargies -----	287
Une grande famille élargie facilite l'absence d'une mère célibataire -----	289
Une famille élargie favorise la diversification alimentaire précoce -----	291
Le risque de maladies fréquentes et de retard de croissance sévère des jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies -----	292
<b>Références bibliographiques -----</b>	<b>294</b>
<b>Annexes -----</b>	<b>319</b>
Annexe 1 : Valeur de référence taille pour âge pour évaluer la croissance d'un jeune enfant de moins de 5 ans -----	320
Annexe 2 : Note d'information en malagasy et français -----	324
Annexe 3 : Fiche de consentement pour participer aux entretiens et observation (famille) en malagasy et en français -----	328
Annexe 4 : Fiche de consentement photo -----	330
Annexe 5 : Lettre d'introduction auprès des institutions -----	332
Annexe 6 : Canevas d'entretien dans le quartier et les institutions -----	334
Annexe 7 : Guide pour faciliter les observations et les intégrations sur terrain -----	361
Annexe 8 : Codification des données -----	366
<b>Table des matières -----</b>	<b>368</b>

## Sigles et acronymes

<b>AC :</b>	Agent communautaire de santé
<b>ACF :</b>	Action contre la faim
<b>AFD :</b>	Agence Française pour Développement
<b>AGOA:</b>	<i>African Growth and Opportunity Act</i>
<b>CERBM :</b>	Comité d'Éthique pour la Recherche biomédicale du ministère de la Santé publique de Madagascar
<b>CLTS :</b>	<i>Community led total-sanitation</i>
<b>EDS :</b>	Enquête démographique et de Santé
<b>EEP :</b>	Entéropathie environnementale et pédiatrique
<b>ENSOMD :</b>	Enquête nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>FIES :</b>	Food Insécurité Experience Scale
<b>FISONG :</b>	Financement des projets des ONG
<b>GRET :</b>	Groupe de Recherche et d'Echange Technologique
<b>INSTAT :</b>	Institut National de Statistique
<b>IPM :</b>	Institut Pasteur de Madagascar
<b>IRD :</b>	Institution de Recherche pour le Développement
<b>NCHS:</b>	National Center for Health Statistics
<b>ODD :</b>	Objectifs de Développement Durable
<b>OMD :</b>	Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>ONG :</b>	Organisation Non-Gouvernementale
<b>ONN :</b>	Office National de Nutrition
<b>ONU :</b>	Organisation des Nations-Unis
<b>PARN :</b>	Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels
<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNAEPA :</b>	Programme National d'Accès à l'Eau potable et l'Assainissement
<b>PNAN :</b>	Plan National d'Action de Nutrition
<b>PNN :</b>	Politique Nationale de Nutrition

**PPN :** Produit de Première Nécessité

**PSNA :** Politique et Stratégie Nationale de l'Assainissement

**RF2 :** *Rafitra Fikojana ny Rano sy ny Fanadiovana* ou Structure de gestion intégrée en eau et assainissement

**ROM :** Redevance ordures ménagères

**SAMVA :** Service Autonome de Maintenance de la Ville d'Antananarivo

**SEECALINE :** Surveillance et Éducation des Écoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie

**SMART:** *Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions*

**SUN :** Scaling up Nutrition

**TDR :** Test de Diagnostic Rapide

**TTS :** *Tanora Tonga Saina* ou Jeunes conscientisés

**UNICEF:** United Nations International Children's Emergency Fund

**WASH/AEH:** Water sanitation and hygiene / Assainissement, eau et hygiène

**WFP/PAM:** World Food Program/ Programme Alimentaire mondiale

**WHO/OMS:** World Health Organization/ Organisation mondiale de la santé

**ZOAM :** *Zatovo Orin'Asa Malagasy*, littéralement Jeunes chômeurs malgaches.

**ZWAM :** *Zatovo Western Andevo/Amical Malagasy* ou les jeunes esclaves western Malagasy

## Liste des photos

<b>Photo 1</b> : La mesure de la taille d'un jeune enfant à l'aide d'une toise -----	26
<b>Photo 2</b> : Des maisons dans la plaine du Betsimitatatra et rizière en voie de remblaiement -	56
<b>Photo 3</b> : Un bac à ordures amovible dans le <i>fokontany</i> d' <i>Ankasina</i> -----	81
<b>Photo 4</b> : Une charrette de transport des déchets ménagers vers la benne à ordures principale -----	83
<b>Photo 5</b> : Un <i>kaboné</i> à fosse perdue de la famille de Tsoa -----	115
<b>Photo 6</b> : Un <i>kaboné</i> à fosse sans toit et équipé de deux planche pour les pieds -----	115
<b>Photo 7</b> : Un <i>kaboné</i> avec une clôture et un toit -----	116
<b>Photo 8</b> : Un <i>kaboné</i> à fosse fermé par un cadenas chez Avo-----	120
<b>Photo 9</b> : Le pot de chambre de bébé Rav (grand-mère de Nini) lavé et séché au soleil contre son mur -----	126
<b>Photo 10</b> : Des pots de chambre rassemblés près d'un <i>kaboné</i> -----	127
<b>Photo 11</b> : Des sandales restant sur le portail-----	143
<b>Photo 12</b> : Un amas de bidons jaunes devant une borne-fontaine -----	153
<b>Photo 13</b> : Des bidons alignés avec leur ouverture orientée vers la rizière-----	155
<b>Photo 14</b> : Des bidons alignés avec leur ouverture orientée vers le canal d'évacuation ----	155
<b>Photo 15</b> : Les bidons blancs de la famille de Nini -----	156
<b>Photo 16</b> : La table de cuisine de la famille de Jona avec des tasses et gobelet propres et rangés -----	165
<b>Photo 17</b> : Un nourrisson apprenant à s'asseoir dans une couverture-----	187
<b>Photo 18</b> : Un cousin de Nini jouant avec un sachet en plastique pour aiguïser sa motricité fine -----	188
<b>Photo 19</b> : La « kermesse » au-dessus d'un dépotoir sauvage quelques jours avant la célébration du jour de l'indépendance en 2018-----	211
<b>Photo 20</b> : Deux jeunes enfants en train de <i>mamoky tena</i> -----	226
<b>Photo 21</b> : La cuisine de la famille de Nini avec les ustensiles bien rangés -----	241
<b>Photo 21</b> : Des pots de chambre placés contre le mur de leurs propriétaires -----	271

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Les directions cardinales astrologiques dans une maison -----	122
<b>Figure 2</b> : La latrine de la famille nucléaire de Avo dans le coin sud-ouest des maisons----	122
<b>Figure 3</b> : L'emplacement de la latrine de la grande famille élargie de Tsaro au coin nord-ouest de la concession -----	123
<b>Figure 4</b> : La délimitation faible séparant le terrain de jeu et les zones à risque de contamination chez la famille de Tsaro-----	132
<b>Figure 5</b> : La délimitation faible entre le terrain de jeu et les zones à risque de contamination chez la famille de Manga -----	132
<b>Figure 6</b> : La répétition de délimitations physiques entre le terrain de jeu et les zones à risque au sein de la famille de Haja-----	133
<b>Figure 7</b> : Les différents espaces concentriques autour de la maison d'Anto-----	158
<b>Figure 8</b> : Les cercles concentriques autour d'un individu dans le quartier-----	159
<b>Figure 9</b> : Les différents espaces concentriques autour de la maison de Lauria-----	160
<b>Figure 10</b> : Les différents espaces concentriques autour de la maison de Manga-----	161
<b>Figure 11</b> : La dispersion spatiale des foyers, membres de la famille de Nini -----	236
<b>Figure 12</b> : L'arbre généalogique de la grande famille de Nini vivant dans sa concession--	237
<b>Figure 13</b> : L'emplacement de la latrine de la famille de Nini-----	239
<b>Figure 14</b> : La définition des différents espaces concentriques dans la grande famille de Nini -----	242
<b>Figure 15</b> : L'organisation spatiale de la famille de madame J-----	255
<b>Figure 16</b> : L'arbre généalogique du foyer d'Anto -----	256
<b>Figure 17</b> : L'emplacement de la latrine de la famille d'Anto -----	257
<b>Figure 18</b> : Les différents espaces concentriques de la famille d'Anto-----	258
<b>Figure 19</b> : L'emplacement et l'organisation spatiale de la famille de Mami -----	268
<b>Figure 20</b> : L'arbre généalogique de la famille de madame Marie Clara vivant dans sa concession. -----	269
<b>Figure 21</b> : Les différents espaces concentriques autour de la maison de madame Marie Clara -----	273

## Liste des cartes

<b>Carte 1</b> : Les constructions de digues autour de la plaine d'Antananarivo par les rois <i>merina</i> -----	46
<b>Carte 2</b> : L'expansion militaire <i>merina</i> pendant la conquête des autres régions de Madagascar pendant XIXe siècle -----	49
<b>Carte 3</b> : Antananarivo dans les années 1930 -----	52
<b>Carte 4</b> : Le <i>fokontany</i> d' <i>Ankasina</i> et ses infrastructures en eau, assainissement et hygiène	82
<b>Carte 5</b> : La répartition spatiale des latrines dans les secteurs I et II en 2018 -----	116
<b>Carte 6</b> : La répartition spatiale des latrines dans le secteur III et IV en 2018 -----	117
<b>Carte 7</b> : La répartition spatiale des latrines dans un village du secteur IV en 2018 -----	117



## Introduction générale

---

Lorsque j'ai discuté avec une responsable auprès de l'équipe « nutrition, santé et population » de la Banque mondiale à Madagascar le 19 novembre 2019 sur leur priorité dans la lutte contre le retard de croissance à Madagascar, « le plus urgent, pour les facteurs à l'impact, pour le moment c'est la santé et la nutrition [infantile], ce qu'il faut résoudre d'abord » dit cette responsable. Pour la nutrition, l'accent est mis sur l'amélioration de l'accessibilité à des aliments et de la diversification alimentaire auprès des ménages malagasy dans les régions ayant un taux très élevé de retard de croissance. L'agence s'est engagée à un don à hauteur de 200 millions de dollars sur 10 ans depuis 2019 dans le cadre d'un projet intitulé « Projet d'Amélioration des Résultats Nutritionnels » (PARN) s'alignant à la stratégie et la politique nationale. Mais la ville d'Antananarivo n'est pas concernée par ce projet qui est composé de plusieurs phases : la nutrition et la santé dans la première phase (2019-2023) ; la question eau, assainissement, et hygiène ou (EAH/WASH) dans la seconde phase à partir de 2023. Lorsque j'ai posé la question, pourquoi la question EAH n'est pas prioritaire dans cette lutte contre la malnutrition infantile et dans ce projet, la réponse a été que les données ne sont pas encore « disponibles » pour établir une telle relation à Madagascar et que l'insuffisance alimentaire et les maladies sont les « causes immédiates » qu'il faut résoudre pour diminuer l'incidence. En écoutant ces propos, les causes sociales, économiques, environnementales, culturelles autour de la question d'assainissement et hygiène, se trouvent en bas des hiérarchies causales (causes sous-adjacentes et contextuelles), et ne sont pas ainsi en premières lignes pour résoudre ce fléau. Pourtant, la malnutrition infantile, en l'occurrence le retard de croissance, est « un phénomène particulièrement complexe » selon Marc-Éric Gruénais et Francis Delpeuch (1992, p.27). Ces auteurs ont souligné la nécessité d'une collaboration entre les experts en sciences sociales et les experts biomédicaux, ce qui n'est pas toujours le cas, pour pouvoir expliquer la survenue de ce phénomène au-delà des facteurs de risque strictement du domaine de la santé publique (insuffisance de nutriments, absence d'allaitement exclusif...). Il est important de travailler également sur les facteurs communautaires et sociétaux tels que l'environnement physique, social, la politique publique pour pouvoir expliquer ces contextes biomédicaux (*ibid.*). L'apport des sciences sociales à la lutte contre la malnutrition infantile est plus que jamais nécessaire pour pouvoir déconstruire les causes profondes de ce phénomène complexe. D'ailleurs, les anthropologues peuvent contribuer à définir des indicateurs sociaux qui peuvent aider à cerner cette problématique de malnutrition infantile en se référant au travail de Marc Lallemand et ses collaborateurs en 1986 sur « Malnutrition dans un contexte urbain : réflexion sur la notion

d'indicateur » et de Marc-Éric Gruénais en 1985 à Brazzaville sur le rôle du statut matrimonial de la mère sur la survenue de la malnutrition infantile, notamment la malnutrition aigüe<sup>1</sup>.

Cette recherche en anthropologie sociale et culturelle sera pionnière pour documenter la relation entre milieu de vie et retard de croissance dans un quartier défavorisé à Antananarivo. Même si une boisson ou un aliment est équilibré et accessible, leur contamination par des microbes, d'origine fécale par exemple, de manière directe ou indirecte, peut engendrer des maladies pouvant avoir un impact négatif sur la croissance d'un jeune enfant. On peut adopter le propos d'Arlette Poloni (1990, p. 274) en déplaçant « l'analyse du champ de l'hygiène dont les fondements se veulent aujourd'hui essentiellement scientifiques, vers celui de la propreté qui est d'essence culturelle » et accepter le fait que chaque société a sa propre « norme » en matière de définition sur la notion de propreté et de saleté (Denèfle, 1995).

Madagascar est un des pays les plus pauvres du monde avec 81% de la population se trouvant avec un revenu inférieur à 2,15 dollars par jour en 2022. Une pauvreté qui s'explique, entre autres, par les crises sociopolitiques récurrentes conduisant à des privations matérielles importantes de la population, surtout les jeunes enfants. L'analyse des privations multiples des enfants à Madagascar en 2021 a démontré des privations matérielles de plus de deux dimensions<sup>2</sup> de bien-être chez 67,6% des enfants malagasy (Silva-Leander, 2021). Une telle privation est d'autant plus importante pour de jeunes enfants de mères sans ou ayant très peu d'éducation (niveau primaire). Ces jeunes enfants peuvent être ainsi dans une situation de pauvreté multidimensionnelle. Toutefois, les privations peuvent varier d'une région à l'autre, pour le haut plateau, notamment la province d'Antananarivo, c'est le retard de croissance<sup>3</sup> qui pèse le plus lourd sur les jeunes enfants de moins de cinq ans (46,8%). Antananarivo dispose de beaucoup d'aliments, produits et importés, et les habitants ont beaucoup de possibilités (l'existence des activités informelles) pour faire face à n'importe quel choc. Dans les années 2010, il y a eu beaucoup de questionnements, notamment des bailleurs de fonds, pour savoir pourquoi le taux de retard de croissance est si élevé dans les hauts plateaux de Madagascar (59,6% - 64,2%) par rapport à d'autres régions malgré la disponibilité des aliments, comme la partie sud (41,7%) dont la population souffrait périodiquement de famine (WFP and UNICEF, 2010).

---

<sup>1</sup> Cette forme de malnutrition est caractérisée par l'émaciation du jeune enfant selon l'indicateur de l'OMS poids sur taille (P/T).

<sup>2</sup> Les dimensions sont : Nutrition, santé, éducation, protection, eau, assainissement, habitat, communication

<sup>3</sup> Un enfant souffrant d'un retard de croissance a une taille petite par rapport à son âge (Source : [https://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index\\_41505.htm](https://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41505.htm))

En rebondissant sur un tel questionnement et en raisonnant cette fois-ci sur l'évolution du taux de prévalence depuis les années 1990, par rapport aux données statistiques émanant des grandes études nationales, il n'y avait pas de nette amélioration pour le retard de croissance. Ces prévalences étaient de 51,0, 47,7, 50,1, 47,3, et 42% en 1994, 2005, 2010, 2013 et 2018 respectivement (EDS<sup>4</sup>, 1992, 2005, 2010 ; ENSOMD<sup>5</sup>, 2013 ; INSTAT et UNICEF, 2019). Ceci invite à rechercher de nouvelles informations pour mieux « combattre » cette forme de malnutrition à Madagascar, qui est associée toujours à une sous-nutrition pendant la période critique de la croissance et du développement d'un jeune enfant.

### **Le retard de croissance : importance et lacune dans la lutte à Madagascar**

Le retard de croissance est caractérisé par une petite taille de l'enfant par rapport à son âge (un z-score inférieur à - 2.00 ET selon la référence de l'OMS<sup>6</sup>) (Waterlow, 1973). L'importance du retard est évaluée à partir d'une mesure anthropométrique, et comparée aux références des institutions Onusiennes, NCHS-WHO ou du *National Center for Health Statistics* dans un premier temps (Hamill *et al.*, 1977), puis celle de l'OMS à partir de 2006. Cette question de références et standards de NCHS-WHO a suscité beaucoup de polémiques et de questionnements. Le plus évident est que les enfants référents pour ces références NCHS-WHO étaient des Américains dont la stature et le contexte ne sont jamais représentatifs de ceux des autres enfants dans le monde. C'est pourquoi, « le réexamen par le groupe de travail des données concernant la croissance du nourrisson, qui vit dans des conditions favorables et qui est alimenté conformément aux recommandations de l'OMS, a mis en évidence des différences importantes entre la croissance de ces nourrissons et celle qui ressort des données de référence internationales du NCHS-OMS. » (WHO Working Group on Infant Growth, 1995, p. 174). Ainsi, l'OMS a mis en place de nouvelles normes basées sur une étude multicentrique, sur un échantillon d'enfants de six pays différents dans le but de représenter tous les continents : le Brésil pour l'Amérique latine, les États-Unis d'Amérique pour l'Amérique du Nord, le Ghana pour l'Afrique, l'Inde pour l'Asie, la Norvège pour l'Europe et Oman pour le Moyen-Orient. Cette étude de référence a pris en compte le contexte dans lequel ces enfants grandissent (WHO, 2006). « Les enfants qui sont dans un environnement favorable et qui sont nourris suivant les recommandations de l'OMS ont, jusqu'à l'âge de 5 ans, une croissance en poids et en taille étonnamment identique à travers le monde, malgré la diversité ethnique des populations » selon

---

<sup>4</sup> Enquête démographique et de Santé dirigée par l'Institut National de la Statistique de Madagascar

<sup>5</sup> Enquête nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar

<sup>6</sup> Si la valeur du Z-score est inférieure ou égale à -2 ET pour l'indicateur Taille pour âge, l'enfant est en retard de croissance. Avec un z-score entre -2 et -3ET, le jeune enfant est en retard de croissance modéré, si la valeur du z-score est inférieure à -3 ET, il souffre d'un retard de croissance sévère.

Mercedès de Onis et ses collaborateurs (2009). Les normes ont été améliorées par rapport à celles de 1977, mais restent discutables compte tenu de différents contextes et pratiques des populations appartenant à une même région. Par exemple, les différents contextes, la stature et les pratiques sont différents parmi les Indiens, les Chinois et les Japonais, bien que ces populations appartiennent au même continent asiatique. Il se peut qu'un jeune enfant modérément en retard de croissance d'un groupe ou d'un pays ne le soit pas forcément dans un autre. Il serait de même pour un nouveau-né prématuré et un nouveau-né né à terme. Pour ce dernier point, la valeur seuil de la taille entre le retard de croissance et la bonne croissance est de 45,4 cm à la naissance (cf. annexe 1). Si la taille du nouveau-né est inférieure à cette valeur, il est en retard de croissance, si la taille est supérieure de cette référence, il est en bonne croissance. Un nouveau-né prématuré n'arrive pas à avoir une telle taille. Ce qui pourrait avoir une récupération sur son état nutritionnel le long de sa vie, car sa taille pourrait être toujours inférieure à la normale. Il est important ainsi de se focaliser sur le retard de croissance sévère, car l'écart entre la taille d'un enfant en bonne croissance et celle d'un enfant en retard de croissance sévère est important pour éviter toute confusion dans ce cas.

Cette forme de malnutrition est un obstacle pour le développement humain selon les données de plusieurs recherches à cause de ses conséquences irréversibles à court et à long terme sur le développement physique et cognitif dès la petite enfance jusqu'à l'âge adulte. En effet, il limite non seulement la performance scolaire pendant l'enfance (Martorell *et al.*, 2010 et Adair *et al.*, 2013), mais affecte également la capacité de productivité à l'âge adulte au niveau national (Victoria *et al.*, 2008). Autrement dit, le retard de croissance constitue un véritable obstacle pour une personne à atteindre son plein potentiel afin de contribuer au développement de son pays. Les instances internationales et nationales l'estiment ainsi comme l'une des causes de la pauvreté et qu'il faut absolument combattre pour pouvoir atteindre les objectifs du développement durable d'ici 2030 (ODD). Madagascar s'est rallié à cette cause et s'est dit être prêt à relever tous les défis. Historiquement, l'engagement de l'État Malagasy dans la lutte contre la malnutrition infantile d'une manière globale a commencé par le projet SEECALINE (Surveillance et Éducation des Écoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie) dans les années 1990. La stratégie était de décentraliser les interventions nutritionnelles au niveau communautaire. Dans un premier temps, un des objectifs principaux était de réduire le taux de malnutrition infanto-juvénile avec une approche multisectorielle (PAM, 2001). Cette lutte a été renforcée en 2004 avec la mise en place de l'Office National de Nutrition (ONN) qui a élaboré, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, le premier document sur la Politique Nationale de Nutrition (PNN) à Madagascar. Cette politique a été traduite en plan d'action concret, connu sous le nom de Plan National d'Action de

Nutrition (PNAN) réalisé en trois phases, de 2005-2009, 2012 -2015 et de 2017-2021. Un des objectifs principaux de ces PNAN est de réduire d'une manière significative le taux de retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans à 38% d'ici 2021 (ONN, 2005, 2012 et 2017). Pour montrer davantage sa volonté aux yeux de la communauté internationale, Madagascar a adhéré au mouvement « SUN » ou « Scaling up Nutrition Movement » en 2012. Ce mouvement, initié en septembre 2010, réunissait les gouvernements, les sociétés civiles, les institutions Onusiennes, les bailleurs de fonds, les entreprises, les chercheurs et les citoyens dans leur pays respectif et visait à réduire d'une manière significative le retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays membres entre 2012 et 2015. Ainsi la lutte contre cette forme de malnutrition est devenue de plus en plus prioritaire en matière de développement dans plusieurs pays du Sud tels que Madagascar. Ce fut le moment de lancer les projets dans les zones rurales, souvent enclavées, loin de la capitale de Madagascar. Pourtant, les résultats des différentes enquêtes nationales montrent que les données sur les hauts plateaux, y compris d'Antananarivo, montrent une prévalence très inquiétante par rapport aux autres zones côtières (WFP et UNICEF, 2011, ENSOMD, 2013). Est-ce que les zones urbaines ont été délaissées ? Les stratégies, axées sur l'alimentation, étaient-elles bien adaptées ? Carole Guilloux (2011) pointe le « biais anti-urbain<sup>7</sup> » ; la plupart des fonds octroyés sont attribués aux projets des zones rurales. La réponse à la deuxième question peut s'appuyer sur une analyse anthropologique pour fournir des pistes pour une lutte plus efficace en zone urbaine, surtout dans les quartiers défavorisés. Cette forme de malnutrition infantile est « invisible »<sup>8</sup> et est encore méconnue dans la plupart des communautés à Madagascar (Mattern et Rakotomanana, 2015).

### **Le retard de croissance et l'effet de la contamination**

Les causes de cette forme de malnutrition sont très complexes et multifactorielles, variant d'une région, voire d'un pays à l'autre, englobant, entre autres, la pratique alimentaire inappropriée en matière de quantité pour le jeune enfant (Kerr *et al.*, 2007, Schaudecker *et al.*, 2011), la précarité de santé du jeune enfant (Dewey & Mayers, 2011), l'état de malnutrition de sa mère (Winkvist, 1995), les mauvaises conditions socioéconomiques d'un ménage (Lachaud, 2003), et surtout les problèmes d'assainissement et d'hygiène via l'effet de contamination par le milieu de vie (Fink *et al.*, 2011). Cet effet de contamination peut se traduire de différentes manières, à savoir l'infestation parasitaire, les maladies diarrhéiques et/ou le syndrome d'entéropathie environnementale (EEP). Dans la zone forestière du Sud-Cameroun par

---

<sup>7</sup> Il s'agit d'une notion développée par Carole Guilloux (2011) et qui était depuis 2011 reprise par la banque mondiale.

<sup>8</sup> À l'inverse d'une émaciation

exemple, Olivier Bernard et ses collaborateurs ont démontré que l'infestation parasitaire explique la survenue du retard de croissance chez les enfants d'âge préscolaire vivant dans la forêt humide (Bernard *et al.*, 2001). Plusieurs épisodes de diarrhée avant l'âge de deux ans peuvent entraver également la croissance d'un enfant (Checkley *et al.* 2003 et 2008). La survenue d'une diarrhée auprès d'un enfant peut être liée à la consommation d'aliments contaminés, de manière directe ou indirecte, par des microorganismes d'origine fécale (Ehiri et Prowse, 1999), à la contamination par son milieu de vie, c'est-à-dire son espace domestique et son terrain de jeu (Hurd *et al.*, 2017) et/ou par son contact avec les excréments des animaux de parcage et de basse-cour (Ngure *et al.*, 2019). Ces expositions récurrentes peuvent être à l'origine du syndrome d'EEP qui est souvent asymptomatique (Mbuya et Humphrey, 2016) et à l'origine du retard de croissance. Cette EEP provoque une inflammation chronique de l'intestin grêle, jouant un rôle important dans la physiopathologie du retard de croissance, dans l'échec des interventions nutritionnelles et des vaccins oraux, notamment par le biais d'un changement de la composition des bactéries intestinales (Vonaesch *et al.*, 2018a).

Dans ces cas, même si la nourriture du jeune enfant est suffisante en quantité et qualité, une récurrente contamination suivie ou non de maladie pourrait entraver sa croissance. L'effet combiné de l'insuffisance de nourriture et de l'effet de contamination par un milieu de vie peut amener au développement d'une forme sévère de malnutrition. Dans un milieu de vie envahi par les immondices, les sources de contamination peuvent être multiples et, en particulier, se faire lors de la préparation du repas, de sa consommation à cause de l'utilisation des eaux sales des ustensiles mal lavés et/ou du non-lavage de mains par exemple (Motarjemi *et al.*, 1995). En raisonnant sur la question de l'habitat ou de la structure familiale, la grande proximité des gens dans un espace relativement restreint peut encore contribuer à l'effet de contamination par le milieu de vie. Pour comprendre la racine d'une telle dynamique, il est important de retourner brièvement à l'ère coloniale et le projet sur la transformation des villes en Afrique, comme à Antananarivo, à l'image du monde européen.

Vers la fin du XIXe siècle et le long du XXe siècle, l'urbanisation galopante a provoqué une explosion démographique auprès des grandes villes avec le besoin incessant d'espace pour (sur) vivre et épanouir les habitants. Colette Pétonnet (1970) évoquait, par exemple, dans ce processus d'urbanisation, la migration des bourgeoisies vers les nouveaux quartiers récents, et l'exode rural favorisant la taudification des espaces et la formation des quartiers précaires. La colonisation a permis non seulement l'abolition de l'esclavage dans plusieurs pays africains, y compris Madagascar, notamment à Antananarivo, mais a favorisé également la transformation des indigènes à des mains-d'œuvre, connue sous l'expression « organisation de travail » en

*homo laborans*, c'est-à-dire des travailleurs à moindre coût pour mettre en œuvre le projet d'urbanisme du pouvoir colonial en construisant des bâtiments, des routes, des chemins de fer, des infrastructures industrielles, etc. (Botte, 2005 ; Tiquet, 2019). Pendant un tel changement, la question de santé était primordiale pour les administrateurs, les entrepreneurs coloniaux et les colons pour assurer la pérennité et la mise en place des « petites Europes » à l'intérieur des pays annexés. Pour ce faire, la construction et le développement de leurs propres infrastructures sanitaires étaient nécessaires à ces ambitions. Le pouvoir colonial a mis en place également des services sanitaires pour les indigènes. Mais ces services étaient largement inférieurs à ceux des colons en matière de ressource, d'offre et de matériels sanitaires. Ceci a eu un impact considérable sur les indigènes qui oscillaient entre le refus et l'appropriation de la nouvelle médecine occidentale tout en conservant et recourant à leur médecine traditionnelle selon Roberto Zaugg (2016).

Cette urbanisation engendrait ainsi des constructions continues d'habitats pour les migrants favorisant la taudification des espaces et la formation des quartiers défavorisés (Pétonnet, *op. cit.*) ne respectant aucun règlement d'aménagement domanial, et conduisant facilement à l'exiguïté des espaces et à des problèmes d'assainissement et de propreté (Wethé *et al.*, 2003). Les conséquences de ces problèmes d'assainissement atteignaient son apogée quelques années après l'indépendance de ces pays. Les immondices envahissaient les espaces publics des villes, surtout ceux des quartiers populaires et les taudis. La perte de la notion de « collectivité » en matière de propreté y devenait de plus en plus prégnante, se caractérisant par le chacun pour soi, engendrant « l'affaiblissement du lien social » (Bouju *et al.*, 2004, p.78, cité dans Guitard, 2015, p. 458). Jacky Bouju et Fatoumata Ouattara (2002) rapportaient que les gens sont peu concernés par la propreté des cours partagées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Les risques de contamination par un tel milieu de vie partagé sont réels notamment pour les jeunes enfants à cause de la mauvaise gestion des ordures (Webb, 2019). L'État n'arrive plus à satisfaire les besoins en matière d'assainissement et d'accès à l'eau potable par manque de moyens face à la situation (Hartemann, 2001). Une des conséquences de cette défaillance se manifeste par la naissance des dépotoirs sauvages à côté des lieux de résidence (Sy *et al.*, 2011). Comme le projet d'urbanisation galopante de la ville a touché également Antananarivo pendant la colonisation le long du XXe siècle, ce processus pourrait engendrer les mêmes conséquences comme la création des quartiers défavorisés et le salissement des espaces publics.

Cela pourrait avoir un effet sur la croissance d'un jeune enfant vivant dans ce milieu de vie et étant souvent malade à cause de la contamination récurrente. La récurrence d'épisodes de diarrhée chez un jeune enfant, à cause de l'effet de contamination par un milieu de vie, peut

être liée à la taille du ménage ou de la famille. Plus la taille du ménage est grande, plus un jeune enfant a le risque de développer des épisodes de diarrhée. Le raisonnement d'Abdulhakeem Okour et ses collaborateurs (2011) repose sur le fait que la proximité des gens dans un espace relativement restreint peut faciliter la production et l'accumulation de déchets et, par conséquent, peut entraîner des maladies. Apparemment, la structure familiale, nucléaire ou élargie, peut influencer la survenue ou non du retard de croissance. La survenue du retard de croissance est trois fois plus élevée auprès des jeunes enfants de 2 à 5 ans vivant dans une famille nucléaire que dans une famille élargie selon une étude quantitative en Argentine (Novak *et Muniagurria.*, 2017). Mais les jeunes enfants vivant avec leurs grands-parents dans une même maison ont une forme moins sévère de retard de croissance par rapport à ceux vivant dans d'autres structures familiales (Crookston *et al.*, 2010). Inversement, Hortensia Reyes et ses collaborateurs (2004) ont souligné que le retard de croissance des jeunes enfants est attesté auprès de familles élargies dans la zone rurale. De manière pragmatique, on ne sait pas comment et pourquoi un jeune enfant développe un retard de croissance selon la structure familiale. Les auteurs soulignent l'importance de la présence de la mère à côté de son jeune enfant pour le « protéger » et assurer les soins nécessaires pour son développement, quelle que soit la structure familiale. Une étude réalisée par Marc Lallemand et ses collaborateurs (1986) en Congo-Brazzaville intitulée « Malnutrition dans un contexte urbain : réflexion sur la notion d'indicateur » a mis en évidence l'importance d'un indicateur social qui devrait être également pris en compte si on s'intéresse à la question de structure familiale : la situation matrimoniale de la mère biologique. En retournant à l'analyse d'Abdulhakeem Okour et ses collaborateurs (*op. cit.*) sur la survenue de la diarrhée auprès d'un jeune enfant vivant dans une famille élargie, la récurrence de cette maladie, comme mentionnée ci-dessus, peut entraver la croissance d'un jeune enfant, si aucun soin n'est apporté à temps. Dans ce cas, la présence d'un adulte maternant réactif pourrait inverser la tendance, en l'amenant à consulter rapidement un médecin par exemple.

Conformément à la situation d'urbanisation galopante durant le XXe siècle et ses conséquences susmentionnées, les quartiers défavorisés d'Antananarivo sont caractérisés par la présence importante d'habitants dans un espace relativement restreint et par la construction d'habitats qui ne respectent ni la voirie ni les règlements d'aménagement. En ce qui concerne la structure familiale, selon Jean-Michel Wachsberger (2009), ces quartiers précaires possèdent au moins 4 types de ménages : les ménages ou familles composées d'une seule personne (3%),



ménages ou familles nucléaires<sup>9</sup> (47%), ménages ou familles élargies<sup>10</sup> (47%) et les ménages monoparentaux (3%). On observe que les habitants souffrent d'un grand problème d'assainissement pour la gestion des ordures ménagères et des matières fécales humaines. L'étude d'Azimidine Habib et ses collaborateurs (2021) a montré une infestation parasitaire très importante chez les jeunes enfants de 2 à 5 ans dans deux de ces quartiers avec une prévalence de 96,8%. Les conséquences de ces contaminations sur la santé et surtout sur la croissance d'un jeune enfant pourraient être dramatiques. Les habitants s'exposent constamment à de grands risques de contracter des maladies infectieuses (Randremanana *et al.*, 2001). L'étude conjointe de l'ONG Action contre la faim (ACF) et le Programme alimentaire mondiale (PAM) a mis une évidence en 2019 une situation de malnutrition alarmante avec une prévalence de retard de croissance de 59,4% auprès des jeunes enfants de moins de cinq ans. Ce qui veut dire aussi que 40% de ces jeunes enfants n'ont pas développé cette forme de malnutrition malgré cette insalubrité généralisée. Il y aurait deux explications possibles pour que l'enfant ait une croissance normale : soit une alimentation continue et une protection vis-à-vis des contaminations par le milieu de vie pendant les deux premières années de vie<sup>11</sup>, cruciales pour le développement et la croissance, soit une alimentation continue, des soins et une assistance adéquate en cas de maladie pendant cette même période. Dans les deux cas, la présence « permanente », physique et émotionnelle, d'un adulte maternant, en l'occurrence la mère, à côté du jeune enfant, au moins pendant ces deux premières années de sa vie, serait importante. La question se pose : « les jeunes enfants résidant dans les quartiers défavorisés sont-ils tous égaux face au risque de contamination par leur milieu de vie en fonction de leur structure familiale pouvant entraîner le retard de croissance ? ».

En raisonnant sur la structure familiale, l'organisation sociale et spatiale limitant l'exposition aux immondices de son milieu de vie pourrait protéger le jeune de la contamination par son milieu de vie et, par conséquent, minimiser la récurrence de maladies graves et la survenue du retard de croissance pendant la petite enfance.

### **La structuration de la thèse**

Cette thèse vise à comprendre la problématique du retard de croissance d'un jeune enfant par rapport à l'effet de contamination par son milieu de vie dans une dimension individuelle et globale. Pour y arriver, il est important de prendre en compte la dimension

---

<sup>9</sup> Un couple avec ou sans enfant

<sup>10</sup> Un ménage composé d'autres membres de famille en dehors du couple et ses enfants

<sup>11</sup> Selon le concept, de 1000 premiers jours, appelé « fenêtre d'opportunité », dès la conception jusqu'à son deuxième anniversaire, qui détermine le développement et la croissance d'un jeune enfant.

historique et politique dans un premier temps pour éclairer comment les conditions de vie et les pratiques de propreté des habitants dans ces quartiers défavorisés d'Antananarivo ont été façonnées par ces processus.

Dans la première partie, après une brève description du recueil des données empiriques dans le chapitre 1, nous allons analyser la dimension historique dans le chapitre 2 pour expliquer la situation de ces quartiers défavorisés en évoquant la politique rizicole de la monarchie *merina* et le besoin important d'esclaves pour le travail dans les plaines marécageuses, l'abolition de l'esclavage au début de la colonisation, suivi par la paupérisation, la discrimination raciale et sociale des habitants des quartiers. Ce qui a conduit à la situation de grande vulnérabilité économique, sociale et en matière d'assainissement. Le chapitre 3 tentera de mettre en évidence le fait que les politiques publiques en matière d'assainissement délaissent ces quartiers dans la gestion des déchets ménagers pour plusieurs raisons, financières, foncières et matérielles. Même si le niveau communal a mis en place des règlements pour la population de la capitale, ils sont difficiles à appliquer dans ces quartiers défavorisés. Les habitants ont fini par établir leurs propres normes en matière de gestion des immondices, souvent à l'opposé des règlements étatiques en vigueur. Déjà, à ce stade, nous pouvons dire que les habitants de ces quartiers sont « victimes » de l'histoire et surtout de la défaillance des politiques publiques en matière d'assainissement et d'hygiène. L'exemple d'un quartier défavorisé montrera pourquoi les espaces, notamment publics, sont envahis par les immondices. Cette partie sera clôturée avec la présentation des cas de 24 jeunes enfants et de leur famille qui ont été suivis.

Dans la deuxième partie, nous rendrons notamment compte de nos observations de la gestion des déchets dans les espaces publics. Le chapitre 5 traitera de la dimension sociale, matérielle et symbolique des latrines. Ensuite, les alternatives adoptées par les habitants pour gérer leurs excréta seront analysées pour expliquer l'éparpillement des matières fécales humaines dans les différents espaces. Toutefois, bien que des règlements locaux existent pour gérer une telle pratique, l'exposition d'un individu ou d'un jeune enfant aux immondices varie selon la structure familiale et l'organisation spatiale correspondante faute de barrières physiques séparant les zones insalubres (de danger) des terrains de jeu des jeunes enfants ou des lieux de socialisation. À cause des pratiques de défécation et de déjection à l'air libre, il est important de documenter à travers le chapitre 6 la perception des dangers, biomédicale et/ou symbolique liée aux matières fécales humaines et les pratiques locales d'évitement. Ces pratiques seront analysées ensuite dans l'optique de la protection des jeunes enfants vis-à-vis de leur milieu de vie pour limiter leur exposition. Pour rebondir sur la question de la protection grâce aux nettoyages réguliers, le chapitre 7 analysera en détail les pratiques de propreté en

relation avec la question d'appropriation de son territoire ou de son espace privé au détriment des autres espaces, en particulier les espaces publics. Les différents cercles concentriques possibles autour d'un lieu d'enracinement d'un individu seront décrits et analysés. Cela permettra d'illustrer la variation d'exposition d'un jeune enfant aux immondices en fonction de la structure de sa famille et son organisation spatiale.

La troisième partie traitera de la question du maternage qui ne peut être ignorée en travaillant sur des jeunes enfants. Dans un premier temps, le chapitre 8 décrira les différentes techniques de puériculture en matière de toilette, de propreté et d'autonomie via l'acquisition de la marche dont les modalités varient selon la structure familiale et l'organisation sociale. L'importance de l'acquisition de la marche semble plus importante auprès des grandes familles élargies, ce qui pousse le jeune enfant à interagir et à s'exposer précocement et « seul » avec un milieu de vie hautement contaminé auprès de ces familles. Le chapitre 9 expliquera la situation des mères victimes de violence et de rupture conjugale qui doivent prendre en charge seule (et avec leur famille) leurs jeunes enfants après une séparation de corps. La structure familiale, en l'occurrence « élargie », donne à une mère, une marge de manœuvre pour travailler et laisser son enfant à la charge des autres adultes maternants, mais qui ont aussi à s'occuper de leurs propres enfants. À l'issue d'une telle séparation fréquente et précoce ou non, la relation du jeune enfant avec sa mère et son entourage sera analysée. Finalement, un jeune enfant se trouvant auprès d'une grande famille élargie peut se retrouver « seul » sans surveillance en l'absence de sa mère et développe de la sociabilité sans discernement en se montrant indifférent dans ses réactions émotionnelles par rapport à des personnes familières. Dans le chapitre 10, la question de l'alimentation infantile sera analysée dans sa dimension pratique en l'occurrence l'allaitement et la diversification alimentaire. Seront également analysées la dimension sociale autour de l'autonomisation des jeunes enfants en matière de prise alimentaire, et la difficulté de partage d'un repas avec son voisin, voire un membre de sa famille. La modalité de ces pratiques est influencée fortement par la structure familiale et son organisation sociale.

La quatrième partie sera réservée aux études de cas en prenant en considération une à une les thématiques des différents chapitres pour expliquer les mécanismes sociaux pouvant protéger ou exposer un jeune enfant au retard de croissance sévère. Le chapitre 11 traitera le cas d'une jeune fille sévèrement malnutrie, Nini, vivant auprès d'une grande famille élargie et tentera d'expliquer la survenue de ce retard de croissance. Le chapitre 12 décrira la vie d'Anto, un jeune garçon en bonne croissance, vivant auprès d'une famille monoparentale et tentera d'expliquer ce qui a empêché le retard de croissance. Enfin, le chapitre 13 traitera de la vie de

Mami, une jeune fille au seuil d'un retard de croissance, vivant au sein d'une famille élargie restreinte et tentera d'expliquer la menace de cette forme de malnutrition infantile.

## **Partie 1 : Collecte des données empiriques et contextualisation**

« D'une part, des chercheurs en quête d'informations et prêts à s'investir méthodologiquement, éthiquement [...], d'autre part, des participants démunis isolés pour la plupart, et en quête de soutien thérapeutique, financier [...]. La précarité matérielle et l'isolement font ainsi de certaines personnes interviewées, des sujets particulièrement attentifs aux intérêts immédiats de la relation d'enquête »  
(Bila, 2009, p.11)

## **Chapitre 1 : Recueil de données empiriques**

Ce chapitre a pour but d'expliquer en détail les différentes étapes de l'approche adoptée pour le recueil de données à partir d'une approche ethnographique, d'exploitation des documents et d'analyse de contenu des médias. Cette thèse s'interroge sur la relation entre le retard de croissance d'un jeune enfant et les pratiques ainsi que les représentations autour de la propreté, de la souillure et de la saleté d'une part, et d'autre part, sur les conditions exposant ou protégeant les jeunes enfants au risque de contamination par leur milieu de vie. Il s'agit d'un phénomène très complexe et difficilement quantifiable, car il faut comprendre la société en elle-même à travers son histoire ainsi que les différents enjeux politiques autour de la problématique centrale, pour permettre d'expliquer les comportements et les différentes représentations.

L'ethnographie est l'approche « idéale » pour comprendre *in situ* les enjeux sociétaux, les comportements et les représentations autour de cette pratique de propreté et de saleté pouvant protéger ou mettre en péril la santé d'un jeune enfant. L'approche ethnographique est ainsi « une étude descriptive et analytique, sur terrain, des mœurs et des coutumes de populations déterminées » (Diop Sall, 2018, p. 141). Cette approche nécessite l'implication du chercheur dans le quotidien des enquêtés pendant une longue durée pour dépasser les méfiances à l'origine de demi-vérités, de réponses évasives, et surtout « l'effet Hawthorne » ou l'effet de l'observateur sur les acteurs pendant les observations. Souvent, les sujets changent au mieux leur comportement ou attitude, ne reflétant en rien la réalité, sous l'effet de l'observation du chercheur ou d'un chef hiérarchique (Geoffroy, 2019). Un tel comportement peut se réduire peu à peu grâce à une longue immersion. Cette approche ethnographique ne vise pas seulement à décrire les faits dans sa réalité, mais de les comprendre et de les expliquer par son déroulement dans un temps ou un contexte bien déterminé. Devant ce fait, cet extrait de phrase de Diane Gérin-Lajoie (2006 : 73) positionne bien l'importance de l'approche ethnographique dans cette thèse, servant à « mieux comprendre les pratiques sociales dans lesquelles [les acteurs] s'insèrent. C'est à partir du discours des individus impliqués dans ces pratiques que [l'] analyse s'effectue ». Autrement dit, cette approche me permet de définir et de décrire en même temps une réalité telle qu'elle est perçue par l'acteur lui-même.

Le fait d'être *Malagasy* et surtout d'avoir connaissance au préalable de ces quartiers défavorisés et en particulier, du quartier où j'ai eu à travailler était un atout inestimable pour le bon déroulement de cette étude anthropologique. Je suis habitué à ces quartiers et surtout aux variations linguistiques dans la locution de leurs habitants, qui évoluent toujours. J'ai habité pendant 29 ans dans un quartier proche de ces quartiers, les « 67ha sud ». Les jeunes enfants de mon quartier d'enfance étaient fascinés et influencés par le système linguistique de ces quartiers défavorisés. Ce qui était une grande aide pour moi pour m'adapter progressivement au terrain ;

il s'agissait d'un contexte « déjà vu » et j'ai su exactement comment aborder une discussion avec les habitants. Une autre opportunité préalable qui m'a permis de faciliter mon premier contact avec les habitants du quartier d'étude est ma connaissance des agents communautaires de santé/nutrition du fokontany d'*Ankasina*. Cela a commencé entre décembre 2007 et mars 2010, lorsque j'étais le nutritionniste d'une Organisation non gouvernementale internationale travaillant sur l'appui nutritionnel des enfants orphelins ou modérément malnutris dans plusieurs régions à Madagascar et quartiers à Antananarivo comme le quartier d'*Ankasina*. Le contact avec l'agent communautaire de nutrition du quartier était régulier durant cette période, car j'avais assuré des suivis réguliers dans les centres de santé, partenaires de l'ONG. Ces mêmes agents communautaires de nutrition étaient toujours présents dans ce quartier pendant la durée de la collecte de données de cette thèse ; ils ont su me conseiller et me guider dans le quartier pendant la recherche des adresses et pour les premiers contacts avec mes interlocuteurs.

Bien que je sois un *Malagasy* parlant la langue nationale, étant habitué au système linguistique du quartier et connaissant les agents de nutrition locaux, l'approche n'était pas facile à cause de la méfiance grandissante des habitants à mon égard, que j'ai ressentie dans les ruelles, de la part des familles choisies et de leur entourage. Les gens et les femmes demandaient qui j'étais, et mon guide répondait qu'il s'agissait de « notre famille », pour faire des enquêtes sur la santé de leurs jeunes enfants. Une telle méfiance existait, car j'étais un « étranger » qui cherche des informations auprès de ces familles et des habitants, mais sur quoi exactement ? Pour la thèse, je suis l'observateur de ces habitants, pour le quartier et surtout les familles, je suis la personne à observer au moins pendant un certain moment jusqu'à ce que tout soit clair sur ma venue. Autrement dit, je suis à la fois l'observateur, mais également la personne à observer.

### **I-1- L'anthropologie « chez soi » : la neutralité et la bonne distance**

L'importance de la distance équilibrée entre le chercheur et son objet de recherche dans le domaine des sciences sociales a été soulignée par plusieurs spécialistes du domaine. La neutralité, par rapport à son sujet et/ou son institution, est ainsi importante pour ne pas tomber dans les pièges du sens commun, fait de préjugés et pour ne pas être influencé par mes perceptions et mes connaissances acquises sur la thématique, c'est-à-dire la malnutrition infantile et le quartier d'étude. La neutralité est au centre d'un engagement du chercheur avec ses interlocuteurs et une distanciation à respecter pour ne pas être trop « proche » d'eux en vue de bien faire les choses. Être trop loin sur l'aspect relationnel et émotionnel de son interlocuteur peut engendrer méfiance et réticence, être trop proche peut provoquer une relation très « amicale » pouvant biaiser la démarche et influencer négativement la relation avec les



interlocuteurs. La question politique est un terrain sensible comme la question religieuse. Pourtant, en tant qu'être humain, j'ai ma conviction politique et ma propre religion. Le 21 avril 2018, il y a eu une manifestation des 73 députés à la place du « 13 mai » au centre-ville d'Antananarivo pour demander, entre autres, la démission du Président de la République. Il y a eu un affrontement entre les forces de l'ordre et les partisans des 73 députés ce jour-là avec un mort et plusieurs blessés du côté des partisans des députés<sup>12</sup>. Cette manifestation était devenue un sujet de conversation dans le quartier et auprès des familles côtoyées pendant un certain temps. On m'a demandé mon avis et mon point de vue sur la situation, mais il était difficile pour moi d'exprimer clairement ma position. Avec un membre de ma famille ou une personne proche, je peux donner mon avis sans hésiter, mais avec mes interlocuteurs, il était difficile de se prononcer. Comme j'ai fait une observation participante ce jour-là, j'ai utilisé ce motif pour exprimer mon « ignorance » de la situation. Il s'agit d'un exemple pour montrer qu'une telle neutralité est presque impossible, car le chercheur lui-même est un acteur et un citoyen ayant sa « conviction personnelle » dictée par ses expériences antérieures, ses envies et ses ambitions. Mais devant une certaine situation, mieux vaut se taire ou encore jouer l'ignorant pour ne pas créer un malentendu ou une incidence pouvant influencer le cours des choses. Fatoumata Ouattara (2004) invite le chercheur ou la chercheuse à construire « une bonne » distance entre lui ou elle et son sujet, ce qui n'est pas toujours évident, pour tenir compte de la dualité engagement et distanciation.

D'un terrain à l'autre ou d'un lieu à un autre, la notion d'engagement et de distanciation peut prendre différentes formes selon les circonstances (Fassin, 1999) et les interactions du quotidien avec l'objet ou le sujet. Un mauvais équilibre, c'est-à-dire un engagement un peu plus poussé au détriment de la distanciation et vice-versa, pourrait porter préjudice au déroulement du recueil d'information et par conséquent de la thèse de manière générale. Pour moi, cette neutralité était de mise à deux niveaux : entre la thèse et le travail dans une institution de recherche d'une part, et d'autre part, entre mes idées préconçues sur les habitants du quartier et ce que je devais faire correctement pendant mon séjour dans le lieu. Dans tous les cas, je devais maintenir l'équilibre pour ne pas négliger l'un ou l'autre.

### **I-1-1- La distanciation et l'engagement entre la thèse et le travail : un management et une diplomatie extrêmement difficile**

J'ai été le coordinateur de la partie anthropologique du projet appelé « Afribiota » à l'Institut Pasteur de Madagascar dans lequel s'inscrit cette thèse anthropologique. Le parcours

---

<sup>12</sup> Voir le site du RFI pour plus de détail : [Tensions à Madagascar : nouvelle mobilisation, l'opposition se fédère \(rfi.fr\)](http://www.rfi.fr) (consulté le 8 septembre 2022)

et l'adaptation étaient très difficiles. Le projet « Afribiota » est une recherche pluridisciplinaire avec une étude épidémiologique et clinique, immunologique, microbiologique, une étude sur le développement psychomoteur et une étude anthropologique. Ce projet a cherché à répondre « Comment un enfant peut-il arriver à une malnutrition chronique, et éventuellement à l'EEP ? Comment peut-on décrire cet EEP ? Comment peut-on faciliter son diagnostic ? ». Il s'agit d'un projet de recherche multisite, Madagascar et République centrafricaine, visant les jeunes enfants entre 24 et 59 mois (Vonaesch *et al.*, *op. cit.*). A Madagascar, la partie anthropologique a commencé 8 mois après l'inclusion des jeunes enfants auprès des deux centres de santé. À part le fait d'être le coordinateur de la partie anthropologique, j'avais la chance de suivre une formation de Master II entre 2016 et 2017 sur le projet. Puis ma responsabilité au sein de l'équipe a changé soudainement en étant nommée comme responsable adjoint du groupe Santé et Sciences sociales en janvier 2018 lors d'une cérémonie de vœux de Nouvel An au sein de l'Unité. Ce qui fait qu'à partir de là, j'étais à la fois le coordinateur de la partie anthropologique du projet, le responsable adjoint de l'équipe et le doctorant. La thèse s'est mise en place à partir d'octobre 2018. Pour moi, le défi était de trouver l'équilibre entre le travail et l'étude pour ne pas négliger l'un au profit de l'autre et inversement. Dans le document administratif, je dois travailler 50% et étudier 50%, mais dans la pratique la répartition des tâches était difficile. Je savais pertinemment que la négligence de l'une ou de l'autre porterait préjudice à ma posture auprès de l'équipe Santé & Sciences sociales par manquement à mon engagement professionnel envers l'équipe ou auprès de mes directeurs de thèse et de l'École doctorale, pour ne pas pouvoir finir la thèse dans le temps imparti.

C'est pour cette raison que des séjours en France ont été programmés dès le début de la thèse pour pouvoir suivre des formations transversales en présentiel notamment pour valider des crédits pour la thèse, échanger avec mes directeurs de thèse et pour lire des ouvrages spécifiques en anthropologie difficile à trouver à Madagascar. Ces séjours avaient une importance cruciale et stratégique pour pouvoir aller à la fin de cette thèse pour prendre de la distance avec mon environnement de travail habituel. La durée de ces séjours était le motif de discussions et de négociations à cause de la nécessité de ma présence au sein de l'équipe pour assurer mes responsabilités vis-à-vis de l'équipe. Au début, 24 mois de séjours en France avaient été envisagés et qui se sont réduits finalement à 15 mois, se répartissant en 4, 5 et 6 mois par an du 2019 au 2021. Les temps de séjour en France avaient été décidés conjointement avec toutes les parties prenantes pour qu'il n'y ait pas de répercussion sur le bon déroulement du travail dans l'équipe et de la thèse. Ma conviction pour la lutte contre la malnutrition infantile et ma volonté d'apprendre l'anthropologie ont pris le dessus après des semaines de difficulté et

de questionnement et j'ai fini par accepter mes rôles assignés par mon institution de rattachement, être « un doctorant, un coordinateur et un responsable de l'équipe » et équilibrer dans la mesure du possible mes implications dans l'un et l'autre de ces rôles. Malheureusement, la covid-19 a ralenti drastiquement l'avancement de la thèse durant les années 2020 et 2021, car j'ai été bloqué en France pendant 8 mois avec la peur et l'angoisse de cette nouvelle maladie limitant mes marges de manœuvre, et en 2021 moi et ma famille avons contracté la maladie.

### **I-1-2- De forte conviction de distanciation jusqu'à un rapprochement dans le quartier**

Avant de côtoyer l'anthropologie, j'ai participé à des études nutritionnelles se basant sur l'utilisation des méthodes quantitatives. Je connais la situation nutritionnelle de Madagascar et les déterminants qui pourraient expliquer la malnutrition infantile comme l'allaitement inapproprié ou l'absence d'une mère pour assurer la bonne alimentation de son jeune enfant. Bien que j'aie fait un master II en anthropologie sociale et culturelle, j'ai eu toujours en tête des variables préconçues liées à mes précédentes expériences en étude quantitative sans tenir compte de la réalité et du contexte local. Ceci revient à ce que Didier Fassin (1999, p. 44) écrivait « Certes, nul ne saurait empêcher le savant d'avoir des « convictions personnelles », pourvu toutefois qu'il ne les mêle pas à ses recherches et qu'il ne les enseigne pas du haut de sa chaire ». Ce qui n'est pas facile, car ma conviction était de trouver la faille (ou le coupable) pour pouvoir résoudre le problème de malnutrition à Madagascar. Une telle conviction est couplée avec des idées stéréotypées sur les habitants des quartiers défavorisés d'Antananarivo, comme agressifs et impolis.

J'ai été élevé dans un quartier dont les habitants avaient des opinions négatives sur les habitants des quartiers défavorisés à cause de la délinquance juvénile et des attaques à main armée qui s'y produisent souvent. Sous l'emprise de l'influence et de l'expérience personnelle, j'ai développé moi-même des idées négatives envers cette population à cause des insultes et arnaques que j'avais subies dans les écoles primaire et secondaire publiques. Autrement dit, avant même de me retrouver dans ces quartiers (pour mon master II et cette thèse), j'ai développé de la peur, de la méfiance et de la réticence vis-à-vis des habitants de ces quartiers. Ma conviction était de faire de la recherche en anthropologie sur la nutrition afin de contribuer à la lutte contre la malnutrition infantile tout en mettant suffisamment de distance émotionnelle et physique entre moi et mes interlocutrices pour rester « neutre » et insensible autant que possible. J'ai toujours su également que la méfiance était réciproque entre moi et les habitants du quartier, car j'ai été au centre de questionnements directement ou indirectement à plusieurs reprises sur ma présence dans le quartier. Pour minimiser une telle méfiance, la collaboration avec les agents de nutrition communautaire du quartier m'a permis d'atténuer ces

questionnements. Ces agents communautaires m'ont guidé et présenté aux familles choisies. J'ai expliqué en leur présence les objectifs de l'étude, la durée de l'investigation et le déroulement des collaborations.

Le défi pour moi était à ce stade d'oublier « mes opinions préconçues » vis-à-vis des habitants de ce quartier et de ne pas me laisser influencer par mes connaissances sur les déterminants de la malnutrition infantile de manière globale. Pourtant avec le temps, je me rendais compte que j'étais devenu en quelque sorte la personne influente pouvant aider les femmes dans leur difficulté quotidienne, comme un médiateur ou une personne influente entre les habitants et les gens à l'extérieur du quartier, un confident en cas de problème conjugal et encore comme une figure paternelle que les jeunes enfants n'ont jamais eue. La sociabilité et la politesse que j'avais mobilisées pourraient expliquer certainement ce rapprochement avec mes interlocutrices et interlocuteurs. J'ai écouté et partagé leur peine en cas de souvenir douloureux. Je me souviens très bien par exemple que les femmes dans deux familles élargies me demandaient si je pouvais leur trouver du travail, comme femme de ménage par exemple. Ces demandes se sont multipliées avec le temps quand des chercheuses étrangères en mission de supervision à Madagascar dans le cadre du projet « Afribiota » (venues directement d'*Andafy* ou de l'Europe) sont venues avec moi dans le quartier pour rendre visite à quelques familles. Certaines familles demandaient de l'aide financière en chuchotant dans mes oreilles pendant la présence des missionnaires. L'agent communautaire de nutrition m'a demandé également si j'avais un poste pour son enfant fraîchement diplômé. Je n'ai rien promis, mais j'ai dit que si je trouvais des opportunités, je les contacterais. Dans les ruelles, les jeunes enfants commençaient à me demander de l'argent.

J'étais devenu également un « confident » pour certaines femmes ayant un problème conjugal (séparation ou violence). Lorsque je me suis entretenu pour la première fois avec la mère d'un jeune enfant appelé Haja le 18 décembre 2018, après avoir fait une brève présentation sur son âge, son éducation et les membres de sa famille, l'explication de la mère de Haja a été interrompue par son mari, « on fait quoi avec ce dictaphone ? » demande-t-il. Il s'agissait du père du jeune enfant qui voulait en savoir davantage sur l'objectif de l'entretien et surtout de ma venue. Il est monté finalement dans sa chambre lorsque j'ai lui expliqué l'objectif de l'étude et lorsqu'il a entendu que la discussion se focalisait surtout sur la santé infantile, notamment de son fils Haja. La mère a chuchoté après lorsque son mari est monté, en disant que « nous allons parler librement lorsqu'il (son mari) ne sera pas à la maison ». Après cette première rencontre, les rendez-vous ont été programmés de préférence le jour où le mari ne se trouvait pas à la maison. Lors du deuxième rendez-vous, le mari était encore dans la maison, elle a dit à un

moment donné « À propos de notre discussion sur [la violence conjugale], que nous avons eue il y a quelques minutes, plus tard je t'expliquerai, car [mon mari] m'a torturée, il m'a frappée et je ne veux pas qu'il l'entende [notre discussion sur ce sujet] sinon ça va être compliqué ». Cette mère s'apprêtait à ce moment précis à me confier ces calvaires quotidiens avec son mari autour de la violence conjugale. Ce fut la même situation avec la mère d'un jeune enfant appelé Tsaro qui s'est mise à pleurer lorsque j'ai abordé la thématique de sa grossesse. Elle a raconté sa séparation avec le père de Tsaro lorsqu'elle était enceinte de 4 mois de cet enfant et ses difficultés de santé et, surtout, sa dépression qui s'en est suivie. Après, elle s'est mise à raconter tous ses ressentiments vis-à-vis du père de l'enfant, voire vis-à-vis de Tsaro qui rappelait ces moments difficiles de sa vie et qu'elle n'est pas prête à accepter comme son propre fils. D'autres femmes ont raconté leur difficulté matrimoniale.

J'étais également la figure paternelle que les jeunes enfants de mères célibataires n'avaient jamais eue dans leur vie. Dès que j'étais absent pendant quelques jours auprès de ces familles, les jeunes enfants me cherchaient. Tsaro par exemple me demandait toujours à son grand-père après quelques jours ou semaines d'absence dans sa concession. De même avec un jeune enfant appelé Nini et son frère Dom, qui me demandaient souvent auprès des adultes maternants de sa famille où je me trouvais lorsque je m'absentais du quartier. Lorsque j'étais présent, il voulait jouer avec moi. Mon surnom était devenu *dada vazaha* littéralement père étranger dans cette famille. Mais le mot « père » utilisé par certains membres des familles suivies et leur entourage<sup>13</sup>, surtout les jeunes enfants, dénote un rapprochement et par conséquent la suppression de toute distanciation.

La distanciation, que je voulais instaurer, tombait de mon côté à partir du moment où j'étais engagé progressivement avec ces familles, en devenant l'homme influent, le médiateur, le confident, à qui on peut partager les peines, et le père étranger avec qui les jeunes enfants peuvent jouer. Pendant ces temps d'échange et de discussion, le défi était d'écouter l'histoire personnelle de mes interlocutrices et de ne pas perdre à l'esprit mes questions du canevas d'entretien. En tout cas, en me rendant compte des difficultés encourues par les mères de famille, mon plan d'aller droit au but pour répondre à mes objectifs s'est ralenti, j'ai commencé à saisir cette opportunité pour déconstruire la racine des difficultés des familles pouvant expliquer le problème de retard de croissance en exploitant l'environnement social et physique des jeunes enfants. Même si nous avons anticipé les informations à tenir compte dans les questions préformulées dans les canevas d'entretien à partir de mes connaissances sur les

---

<sup>13</sup> Presque les habitants d'un secteur entier m'ont appelé ainsi.

déterminants de cette forme de malnutrition et de mes expériences, ces confessions m'ont aidé à reformuler, orienter et approfondir ces questions pendant les entretiens pour déconstruire la problématique du retard de croissance.

### **I-1-3- La collecte de donnée auprès des participants démunis : un dilemme éthique pour un chercheur**

Les propos de Blandine Bila (2009, p.11) ont tout à fait leur place dans cette étude anthropologique : « d'une part, des chercheurs en quête d'informations et prêts à s'investir méthodologiquement, éthiquement [...], d'autre part, des participants démunis isolés pour la plupart, et en quête de soutien thérapeutique, financier, relationnel, et bien souvent, le tout à la fois. La précarité matérielle et l'isolement font ainsi de certaines personnes interviewées, des sujets particulièrement attentifs aux intérêts immédiats de la relation d'enquête ». La précarité est probante dans le quartier et comme il a été évoqué un peu plus haut, lorsque j'ai fait la collecte de données de mon Master II dans un des quartiers défavorisés à Antananarivo, j'avais vu que les parents, voire les enfants sont engagés dans les activités génératrices de revenus très tôt dans leur vie. Autrement dit, demander à un individu de participer à une interview de plusieurs heures dans ce quartier serait extrêmement difficile compte tenu de leurs conditions de vie et alors que des kits nutritionnels avaient été distribués aux familles dans le cadre des autres volets de cette recherche en guise de compensation du temps alloué à l'étude. Ces kits sont constitués par du riz, de l'huile alimentaire, du lait en poudre, de la farine infantile instantanée et d'une barre de savon pour le volet clinique et épidémiologique, ainsi que des petits livres et des biscuits pour le volet développement psychomoteur. Les participants avaient alors aussi des attentes vis-à-vis de moi avant de participer à mon enquête. Nous avons prévu des produits de première nécessité (PPN) pour chaque famille à savoir 5kg de riz, 1 litre d'huile alimentaire et 2 barres de savon pour les familles sélectionnées à participer aux différents entretiens. Pour les familles retenues pour les observations, elles ont reçu un deuxième lot de PPN composé également de 5kg de riz, 1 litre d'huile alimentaire et 2 barres de savon.

Le risque était que le kit nutritionnel était considéré comme le « prix » à payer pour acquérir des informations, ce qui va à l'encontre de l'éthique de la recherche, car on « n'achète » pas les informations des interlocuteurs. Pour contourner une telle interprétation, il a été souligné avant le commencement des interviews comme dans les autres volets que ces lots de PPN ou kits nutritionnels n'étaient pas donnés en contrepartie de leur information, mais surtout pour

compenser leur temps « perdu »<sup>14</sup> pendant les entretiens, qui aurait pu être utilisé par les participants pour trouver de quoi vivre. La connaissance de la fourniture de tels PPN était devenue comme une incitation à participer à l'étude anthropologique, car plusieurs mères de famille demandaient délibérément d'inclure leurs jeunes enfants dans l'étude. Je me souviens très bien d'une femme dont son jeune enfant avait participé à d'autres volets de la recherche, et donc, non retenu pour le volet anthropologique, qui me demandait à chaque fois que je la croisais dans la rue, quand est-ce que son jeune enfant serait-il inclus dans cette étude anthropologique ? Dans un tel cas, la participation à l'étude ne serait pas motivée pour le bien des jeunes enfants, mais pour l'intérêt personnel de la mère et de sa famille. Le risque était que si la famille consommait les PPN promis, la mère pourrait refuser par la suite de continuer. Pour éviter cela, les PPN ont été donnés à la fin des séries d'entretiens prévues pour chaque famille, soit 3 à 4 entretiens dans un premier temps.

Contre toute attente, lorsque la fréquentation des participants via des entretiens formels et informels s'est intensifiée, l'intérêt vis-à-vis des PPN était oublié très vite à mesure que je devenais le « père absent » des enfants sans père, ou le « confident » des femmes « malheureuses », la « personne influente » du quartier voire « l'ami » des voisins des familles. Lorsque j'ai entamé les observations, j'ai décidé de donner les PPN avant même que les activités aient commencé, car la confiance s'est installée progressivement entre nous. Ces mères souhaitaient plutôt quelque chose de meilleur pour leur jeune enfant au-delà de simples PPN, c'est-à-dire, la santé et l'éducation. Comme si elles cherchaient un « messager » pour faire passer et « remonter » leur message ou leur appel de détresse à propos de leur précarité en dehors du quartier, car j'étais une personne « intellectuelle » et en relation avec les *vazaha*<sup>15</sup>. Cela n'a pas empêché pour autant d'apporter des aides matérielles directes en cas de difficulté de ces familles. La mère de Haja a été malade très longtemps à un moment donné. Elle s'est installée chez sa sœur et a suspecté son mari et sa famille d'être à l'origine de ce mal lié à la sorcellerie. Heureusement, des chercheurs du projet en mission pour la deuxième fois dans le quartier venant d'*Andafy* ont vu la situation et ont déboursé de l'argent pour qu'elle puisse consulter et se faire dépister entre autres pour le paludisme. Elle a été testée positive au test de diagnostic rapide et a reçu le traitement nécessaire.

Il était ainsi extrêmement difficile de se situer à la bonne distance entre distanciation et engagement avec les interlocuteurs, au cas où l'un cède, le chercheur peut perdre ses objectifs,

---

<sup>14</sup> En revanche, les autres interlocuteurs tels que les soignants, le leader communautaire, l'agent communautaire de santé/nutrition et les différents responsables auprès des ministères, institutions et des ONG n'ont pas reçu de denrées alimentaires

<sup>15</sup> Par contre, je n'ai jamais été considéré comme un médecin.

car trop proche il serait incapable d'observer pour remplir ses objectifs, ou trop éloigné, il pourrait être mal accepté et recevoir de mauvaises informations ou des réponses évasives par rapport à aux questions posées.

Cependant, le fait d'observer toutes les pratiques de la vie quotidienne des habitants a suscité des mécontentements de la part de certains membres du quartier, faute de confiance réciproque. Voici une anecdote qui peut illustrer cette méfiance, et avoir une répercussion sur ma relation avec les membres de la société.

« Un jour, la petite communauté d'un des enfants que j'ai suivis est déserte, il est autour de 14h15, les portes sont fermées, pourtant le matin j'étais là. J'ai demandé à une voisine où se trouve *Nini* ? Elle m'a conduit dans une petite cour, se trouvant 100m plus loin. Cette petite cour est à l'abri des regards, là où l'enfant se trouve effectivement, mais avec tous les autres adultes maternants (la mère, les tantes et d'autres voisines), elles jouent aux cartes avec de l'argent à la mise. À première vue, ma venue n'est pas souhaitée et elles jouent à cet endroit pour que je ne les voie pas, leur colère s'est ressentie à travers leur regard et leur parole à cet instant, après quelques jours, une confiance mutuelle s'est établie, elles ont compris, et commencent à jouer devant moi sans réticence ni peur dans les jours suivants... » (Observation du 26 mars 2018)

Je me rendais compte alors qu'on m'interdisait l'accès à certaines informations, jugées gênantes, qui ne pouvaient pas être comprises par une personne « en dehors » de la communauté. Le « pari » au jeu de cartes est un jeu apprécié par les femmes, mais qui n'a rien à voir avec la santé d'un jeune enfant que j'étais censé investiguer. Ce regard « déplacé » dans un endroit « secret » était synonyme « de se mêler de ce qui ne me regarde pas ». Pendant les premiers jours de rencontre avec les familles, j'ai bien expliqué les intentions de ma venue autour de la santé et les pratiques en rapport avec la propreté, la saleté, mais je n'ai jamais dit que je voulais les observer lorsqu'elles jouaient au « gambling ». Quelques jours après, je me suis retourné auprès de cette famille et leur voisin et j'ai complété en précisant que j'étais désireux de toutes les informations pouvant m'aider à comprendre la dynamique sociale de la communauté et pouvant être en relation avec la santé d'un jeune enfant. J'ai ajouté que je devais m'approprier davantage le langage utilisé dans le quartier, extrêmement codifié. Depuis ce jour d'excuse et d'explication, elles jouaient au « gambling » devant moi tous les jours. Ainsi, il était très important d'attendre le moment opportun pour agir et poser certaines questions ou pour demander certaines explications (Piette, 2020).

## **I-2- Le contact avec le terrain : le recueil de données empiriques**

Le recueil de données à partir d'une approche ethnographique n'est pas toujours facile surtout lorsqu'on demande toujours la neutralité du chercheur, ce qu'on vient de traiter. Ma présence sur le terrain a été préparée en amont avec les responsables des autres volets du projet pour faciliter mon entrée dont la distance sociale avec mes interlocuteurs n'était pas statique comme il a été évoqué, mais, qui demande toujours une entrée ou un premier contact, et puis



une présence en permanence pendant un moment assez long, et une sortie discrète à un moment donné.

### **I-2-1- La population d'étude**

Au niveau communautaire, nous avons travaillé auprès de deux groupes de mères ou familles selon le statut nutritionnel de leur enfant âgée de moins de cinq, c'est-à-dire, 13 mères ayant au moins un enfant en retard de croissance sévère ou modéré (un z-score inférieur à -3.00 ET et/ou inférieur à - 2 ET selon la référence de l'OMS<sup>16</sup>) et 11 autres mères avec au moins un enfant en croissance normale (un z-score supérieur ou égal à - 2,00 ET). Quinze jeunes enfants, que j'appelle les « enfants du projet », ont été choisis avec la collaboration de l'équipe du volet clinique et épidémiologique et celui du volet développement psychomoteur. Ces quinze jeunes enfants ont été choisis selon leur statut nutritionnel en relation avec la croissance caractérisée par selon l'indicateur « taille pour âge<sup>17</sup> » en se référant à la norme de croissance de l'OMS (cf. annexe 1). La taille a été mesurée à l'aide d'une toise et l'âge a été collecté et vérifié à partir des documents officiels, soit l'acte de naissance, soit le carnet de vaccination et/ou de santé. Ces deux informations ont été utilisées pour définir la croissance de l'enfant. Brièvement, quatre-cent-soixante jeunes enfants entre vingt-quatre et cinquante-neuf mois ont été recrutés dans deux centres de santé de la capitale. Selon leur statut nutritionnel, cent des jeunes enfants étaient sévèrement malnutris, cent jeunes enfants malnutris modérément et deux-cent-soixante des jeunes enfants en bonne croissance (Vonaesch *et al.*, *op. cit.*). Les quinze jeunes enfants ont été choisis au hasard en fonction de leur statut nutritionnel dans un des deux quartiers défavorisés ciblés, c'est-à-dire le quartier d'*Ankasina*. Cependant, nous ne voulions pas nous limiter aux familles ou mères des « enfants du projet<sup>18</sup> » dans cette recherche. En effet, ces enfants du projet sont âgés de vingt-quatre à cinquante-neuf mois. Autrement dit, les jeunes enfants de moins de vingt-quatre mois ne sont pas concernés. En outre, ces « enfants du projet » ont subi des prélèvements sanguin, urinaire, fécal et ont subi d'autres tests, entre autres ceux du développement psychomoteur par les autres volets du projet. Ces expériences pouvaient, par conséquent, avoir des influences sur les informations évoquées lors des discussions avec ces familles par peur ou par traumatisme. Une famille a désisté à cause de la peur du prélèvement, de la matière fécale entre autres. Une autre famille a refusé dès le début lorsque le lien entre les autres volets du projet et le volet anthropologique a été évoqué pendant la visite à domicile.

---

<sup>16</sup> Si la valeur du Z-score est inférieure ou égale à -2 ET pour l'indicateur Taille pour âge, l'enfant est en retard de croissance

<sup>17</sup> Un enfant souffrant d'un retard de croissance a une taille petite par rapport à son âge (*Source* : [https://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index\\_41505.htm](https://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41505.htm))

<sup>18</sup> Ces enfants ont subi des prélèvements (sanguin, urinaire, fécal), et des interviews par d'autres volets du projet, pouvant influencer leur attitude et surtout leur réponse pendant les entretiens.

Devant cette inquiétude, nous avons ciblé 9<sup>19</sup> autres enfants âgés de six à cinquante-neuf mois, que je nomme des « enfants hors projet ». Ces enfants n'ont pas participé aux différents volets du projet, mais vivent dans le même quartier. Pour ce faire, nous (moi et mon assistant de coordination) avons collaboré étroitement avec les agents communautaires de santé et/ou nutrition (AC) et le chef du quartier. Une annonce a été réalisée auprès de chaque secteur du quartier pour rassembler les mères et leur jeune enfant dans une localité du bureau administratif du quartier. Pour vérifier leur statut nutritionnel et assurer leur inclusion, nous avons mesuré la taille de ces jeunes enfants à l'aide d'une toise comme la photo 1 le montre et collecté leur âge à partir d'un document officiel (carnet de santé ou copie de naissance). La croissance a été évaluée en comparant leur taille à des valeurs de références de l'OMS selon leur âge et leur genre (cf. Annexe 1).



**Photo 1** : La mesure de la taille d'un jeune enfant à l'aide d'une toise

Dans cette recherche, les personnes en relation directe avec l'enfant sont considérées comme des informateurs clés c'est-à-dire les adultes maternants au sein de la famille et les responsables de la santé infantile. En dehors de la famille, toutes personnes susceptibles d'avoir des informations sur la famille ou l'enfant et le quartier d'une part, et de jouer un rôle dans la nutrition, l'assainissement et l'hygiène d'autre part, ont été interviewées. Ces interlocuteurs sont :

- **Le jeune enfant** : il est le centre de la recherche si bien qu'il est parmi les interlocuteurs le plus important à condition que l'enfant soit en âge de s'exprimer. Il peut fournir des

---

<sup>19</sup> 10 ont été choisis, mais lorsque la collecte de données a été réalisée, nous nous sommes aperçus qu'une des familles venait de s'installer dans le quartier depuis moins de six mois.

informations sur ce qu'il fait. D'ailleurs, selon Julie Delalande « de l'enfant 'dressé' à l'enfant sujet', celui-ci devient une personne, un interlocuteur » (Delalande, 2007, p. 672). Ces enfants n'ont pas été interviewés de manière formelle, mais ponctuelle à la suite des pratiques que je n'arrivais pas à comprendre.

- **La mère** : elle est reconnue comme étant le premier responsable de son enfant. Les soins infantiles sont considérés comme un « véritable travail domestique » des mères dans certaines sociétés africaines comme chez les *Mossi* (Bonnet, 2007).
- **La femme âgée** : à l'instar d'autres régions de Madagascar (Rakotomanana et al., 2018), la grand-mère détient un rôle important dans la surveillance et les soins d'un enfant au sein de la famille dans les quartiers de la ville basse d'Antananarivo. Elle peut être la « personne refuge » pour ses petits-enfants au cas où la mère choisit de vivre avec un nouveau « compagnon » et/ou surveiller l'enfant en cas d'absence de la mère (Rakotomanana, 2017). Pour cette raison, elle a été choisie comme une des informatrices importantes, car elle peut retracer l'histoire de l'enfant et donner des éléments de réponses sur les pratiques de soins mises en œuvre dans la famille, souvent à l'insu de la mère de l'enfant en cas d'absence fréquente.
- **Le père** : il détient des rôles dans l'éducation d'un enfant et des informations sur l'enfant et sa famille.
- **Les agents communautaires de nutrition et de santé** : ces agents interviennent plus spécifiquement dans le domaine de la nutrition de la mère et de l'enfant et de la santé infantile et maternelle. Comme ils sont proches des enfants et des mères dans la vie quotidienne, ils font partie des informateurs clés pour acquérir des informations supplémentaires sur les soins d'un enfant en général dans les familles.
- **Le guérisseur traditionnel des enfants émaciés** : le guérisseur est consulté en cas d'émaciation et des maladies d'enfants liés aux maladies du registre non biomédical. Il consulte les jeunes enfants et les prend en charge tout en prescrivant des remèdes, j'ai pensé qu'il faisait partie des interlocuteurs clés pour la définition et surtout pour la représentation émique (Olivier de Sardan, 1998) de la « malnutrition infantile » et pour les traitements traditionnels.
- **Les institutrices et la directrice de l'école confessionnelle du quartier** : L'école joue un rôle important dans l'apprentissage des jeunes enfants fréquentant l'établissement sur la propreté corporelle. Ils font partie ainsi des informateurs clés sur la question de propreté, surtout celle des jeunes enfants dans ce quartier.

La compréhension des politiques publiques autour de la gestion des ordures ménagères et les matières fécales humaines dans la capitale et dans le quartier d'étude était importante pour avoir un aperçu de manière globale sur la question de l'assainissement et de l'hygiène. Pour ce faire, plusieurs responsables de l'assainissement et de la nutrition ont été interviewés dans le but de comprendre ces politiques ainsi que les difficultés concernant les quartiers défavorisés. Les interlocuteurs étaient des responsables ministériels, des bailleurs de fonds, des institutions nationales impliquées dans la lutte contre la malnutrition infantile, des institutions onusiennes, un responsable de la nutrition auprès de l'IPM, des responsables auprès des ONG travaillant dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo et des responsables administratifs et de la voirie dans le quartier d'étude. Je n'ai pas pu, en revanche, obtenir un rendez-vous avec un responsable auprès du service autonome chargé de l'assainissement de la ville d'Antananarivo (SAMVA) faute de procédure administrative.

- ***La responsable de la gestion des eaux usées auprès du ministre de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures*** : une interview avec elle était importante pour comprendre de manière globale l'historique de la politique sur l'assainissement à Madagascar, Antananarivo et dans les quartiers défavorisés pendant les deux dernières décennies.
- ***Le responsable de la gestion de boue de vidange*** : il est le responsable de la sensibilisation sur les méfaits de la défécation à l'air libre, de la latrinitation et de la gestion des matières fécales humaines, de sa collecte jusqu'aux traitements et à la valorisation. Cet entretien est central pour comprendre la politique de l'État sur la gestion des matières fécales humaines dans les quartiers défavorisés.
- ***Une responsable de la santé, nutrition et population auprès de la Banque mondiale*** : l'entretien a été réalisé pour comprendre la priorisation des projets financés par cette institution de manière globale dans la lutte contre la malnutrition infantile (nutrition, santé et EAH) et surtout son implication dans la question d'assainissement auprès des quartiers défavorisés à Antananarivo.
- ***Les responsables de la nutrition communautaire auprès de l'Office national et régional d'Antananarivo de Nutrition*** : les entretiens avaient pour comprendre la politique de manière globale dans la lutte contre la malnutrition infantile pendant les trois dernières décennies à Madagascar, à Antananarivo et dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo.
- ***Le responsable adjoint de la nutrition auprès du PAM*** : l'entretien avait pour objectif de comprendre la politique et les lieux d'interventions du PAM de manière globale à

Madagascar dans la lutte contre la malnutrition globale et surtout à Antananarivo, notamment dans les quartiers défavorisés.

- ***Le responsable de la nutrition auprès de l'UNICEF*** : il s'agissait de comprendre la politique de l'UNICEF de manière globale à Madagascar et surtout à Antananarivo, notamment dans les quartiers défavorisés. La question de l'assainissement et d'hygiène a été abordée particulièrement pour comprendre la prise en considération de cette thématique dans la lutte contre la malnutrition infantile.
- ***Le point focal de la nutrition à l'IPM*** : l'entretien avait pour but de comprendre de manière globale l'implication de l'Institut dans la lutte contre la malnutrition de manière globale à Madagascar.
- ***Les responsables de l'assainissement et l'hygiène auprès des ONG, GRET et AFC*** : les entretiens auprès des acteurs de ces rares organisations non gouvernementales, travaillant dans la lutte contre la malnutrition dans les quartiers défavorisés, étaient primordiaux pour comprendre leur expérience et la mise en œuvre de projets dans ces quartiers.
- ***Le chef du fokontany*** : il est le premier responsable du *fokontany*. Il détient les informations importantes autour de la politique du quartier sur l'assainissement et l'hygiène. Il nous a fourni des informations sur la structure du quartier, et surtout sur son histoire.
- ***Le responsable adjoint de la voirie auprès du quartier (RF2<sup>20</sup>)*** : l'entretien avait pour but de documenter de manière pragmatique la politique et les pratiques locales sur la gestion des immondices dans le quartier et les confronter à la politique publique à Antananarivo au niveau communal, par rapport au code municipal de l'hygiène.
- ***Un ancien agent de terrain du RF2*** : la discussion avec cette interlocutrice a été importante pour comprendre les pratiques et surtout les difficultés encourues par ces agents de terrain dans la mise en œuvre de leur activité.
- ***Un gardien des déchets ou mpiandry fako auprès d'un bac à ordures*** : la discussion avec cet interlocuteur a été importante pour élucider les enjeux autour de la décharge des déchets du quartier dans « leur » bac à ordures.

---

<sup>20</sup> « Rafitra Fikojana ny Rano sy ny Fanadiovana » ou « Structure de gestion intégrée en eau et assainissement »

Ainsi, j'ai tenté de documenter les différentes stratégies nationales d'assainissement et d'hygiène mises en œuvre dans la capitale, et de les comparer à la situation réelle dans le quartier d'*Ankasina*.

### **I-2-2- L'entrée sur le terrain**

Dans cette recherche, l'objet principal, ne pouvant être dissocié des notions de pratiques sociales, s'articule autour des conceptions de la propreté et de la souillure tout en embrassant plusieurs thématiques allant de l'éducation sociale de l'enfant en passant par l'alimentation jusqu'à la question d'hygiène.

Il y eut une préparation en amont en collaboration avec les autres équipes du projet. Une phase préparatoire a été consacrée à la mise au point des différents canevas d'entretiens, au choix des familles comme il a été évoqué et à la mise en confiance des familles choisies. Une discussion avec l'équipe du volet épidémiologique et clinique du projet a été réalisée pour acquérir les informations de base sur le *fokontany* d'*Ankasina*, c'est-à-dire la situation du retard de croissance, le niveau de sécurité, la modalité de recrutement des enfants et les personnes à contacter. Vers le début du mois de décembre 2017, j'ai commencé la descente sur le terrain avec une série de formalités avec l'aide de l'équipe de ce volet pour rencontrer le président du *fokontany*. Cette rencontre passée sous la forme d'une visite de courtoisie a été consacrée pour expliquer l'objectif et la démarche de l'étude anthropologique et pour demander de collaboration.

En guise de premier contact avec la population locale, et notamment avec les mères, j'ai assisté à la séance de mesure anthropométrique des enfants réalisée par l'équipe du volet clinique dans un petit local du bureau du *fokontany*. L'objectif n'était pas d'apprendre la technique de mesure anthropométrique, mais de me montrer avec cette équipe devant les mères et les agents communautaires de la santé pour que mon visage ne leur soit plus étranger. J'ai profité de cette occasion également pour me présenter devant les agents communautaires de santé qui ne me connaissaient pas encore. La recherche des jeunes enfants choisis par tirage au sort a commencé alors vers la mi-décembre 2017 avec l'aide d'un agent communautaire de santé qui m'a servi de guide pour trouver les logements et m'introduire auprès des familles. Il en a été convenu que ces familles devaient habiter le quartier depuis au moins 5 ans pour pouvoir mettre en relation le contexte d'habitation avec l'état du jeune enfant. Dès la première rencontre, je soulignais que je n'étais pas un médecin, mais un homme qui s'intéressait seulement à la santé des jeunes enfants à travers l'anthropologie (ou *haiolona* en malagasy).

Il est important de souligner que certains logements et personnes étaient très difficiles à trouver, car le logement n'est pas très courant et que les voisins ne se connaissent pas par le vrai nom et/ou prénom, mais plutôt à partir du surnom. Ces désignations substitutives des noms font référence à un événement précis ou à l'apparence physique de la personne comme Manga ou Mainty par exemple littéralement bleu ou noir pour faire référence à la couleur de leur peau. Dans certaines circonstances, ça peut être le diminutif du nom en ajoutant de Ra- au début du nom ou prénom comme Ramika (Mika est le vrai prénom). Pour trouver un ménage, il faut se référer souvent à la mère en disant « tranon'ny mamam'i Ramika » ou « la maison de la mère de Mika ». Cette visite avec l'agent communautaire dans les différents quartiers m'a permis de me familiariser davantage avec les ruelles et avec les habitants proches de l'agent communautaire qui n'hésitaient pas à chuchoter « qui est-ce ? ». Après quelques jours de visite accompagnée, j'ai pu me déplacer seul dans les différents secteurs du quartier avec le temps.

### **I-2-3- La considération éthique et l'obtention du consentement éclairé**

Dans cette recherche, nous avons fait en sorte que les interlocuteurs bénéficient d'une information éclairée et précise sur le déroulement de la recherche avant de commencer les entretiens. Dans un premier temps, l'objectif et le déroulement de la recherche, la durée et la modalité ont été expliqués à chaque participant. Il a été précisé que la participation de chaque individu à cette recherche était libre et qu'il ou elle pouvait quitter la discussion à n'importe quel moment sans obligation de donner une explication ou une raison. Un autre point capital dans la note d'information était l'importance de la confidentialité sur l'identité des participants et surtout sur les informations évoquées. Chaque participant a été doté d'un code ou d'un pseudonyme pour que personne ne puisse le reconnaître et les noms n'apparaissent jamais dans le manuscrit de cette thèse ou autres rapports. Par conséquent, les noms évoqués dans cette thèse sont des pseudonymes. Chaque participant était informé que les données collectées étaient protégées et qu'elles étaient accessibles seulement aux chercheurs concernés directement par cette investigation. Tous les enregistrements audios et les données écrites ont été protégés dans un ordinateur verrouillé par un code d'accès. Chaque participant a été informé sur son droit de refuser à participer à la recherche ou à répondre à des questions, qu'il ou elle aurait jugé gênantes, et d'avoir accès aux résultats finaux de la recherche si besoin. Les notes d'information, en malagasy et français, sont présentées en annexe 2.

Une fois que le participant ou la participante a compris l'objectif et le déroulement de la recherche, et son droit, nous avons procédé à l'obtention de son consentement s'il ou elle voulait participer à l'étude. Un consentement oral a d'abord été demandé et tout de suite après l'accord, nous invitons la personne à signer les formulaires de consentement en malagasy avant

de participer à la recherche selon sa disponibilité, c'est-à-dire un consentement pour les entretiens, l'observation et pour les photos. Ces fiches de consentement en malagasy et en français sont présentées dans l'annexe 3 pour les entretiens et les observations, et l'annexe 4 pour les photos.

Le protocole de cette recherche a été soumis en même temps que celui du projet « Afribiota » au Comité d'Éthique pour la Recherche Biomédicale du Ministère de la Santé publique de Madagascar (CERBM) et a obtenu son approbation le 15 mai 2015. Toute modification devait faire l'objet d'un amendement au protocole soumis au CERBM.

#### **I-2-4- La collecte de données**

Dès le début du contact avec les familles, j'ai fait en sorte que la relation soit nouée avec les autres membres de la famille et leurs voisins à partir d'une attention particulière portée à leurs activités quotidiennes et par des petites discussions provoquées autour de la vie en général. Le but est de ne pas trop s'enfermer avec les interlocuteurs classiques auprès des familles choisies. Ceci m'a permis de gagner la confiance des femmes, entre autres des femmes âgées et des autres voisins ou voisines et surtout de la personne influente du quartier pour faciliter mon intégration dans la communauté pour suivre les jeunes enfants.

Il est important de noter que toute perturbation, comme l'intrusion auprès des familles sans avoir obtenu d'autorisation par exemple, a été évitée, sous peine de créer des désagréments, voire de colères pouvant entraver la recherche dans son intégralité. Face à ce risque, j'ai adopté des stratégies pour ne pas perturber les familles et les interlocuteurs pendant la collecte des données empiriques. Premièrement, des rendez-vous ont été toujours pris pendant les deux premières semaines pour réaliser les observations auprès des familles. Les visites devenaient progressivement inopinées lorsque la confiance avait été établie. J'ai fait en sorte également que la durée de ma présence au sein des familles ne soit pas dérangeante. Pour ce faire, j'ai limité la durée de ma présence d'une à deux heures dans un premier temps pour donner un peu de place à la vie familiale et communautaire. La durée de ma présence a augmenté progressivement avec le temps jusqu'à 5 à 6 heures par jour. Ainsi, plusieurs techniques ont été mobilisées pour décrire et comprendre *in situ* le comportement des gens dans sa complexité.

##### **a) L'entretien semi-directif : face-à-face**

Cette technique a été utilisée de manière globale pour confronter les pratiques aux discours et identifier les concordances et discordances ainsi que les raisons sous-jacentes qui les motivent, et également pour aborder des sujets « intimes » qui ne peuvent être discutés en groupe (Lefèvre et de Suremain, 2002 ; Copans, 1998 ; Beaud et Weber, 1997). La particularité



de cette approche réside dans la « liberté » de réponse laissée à l'interlocuteur. L'entretien semi-directif a été mobilisé à deux niveaux : dans le quartier pour interviewer la population cible sur la question de maternage, la santé infantile et les pratiques autour de l'assainissement, de l'eau et de l'hygiène ; dans les institutions pour discuter avec les différents responsables impliqués dans les politiques publiques, principalement, autour de la gestion de la propreté et des matières fécales humaines, de la lutte contre la malnutrition infantile, en l'occurrence le retard de croissance et les conséquences des crises sociopolitiques secouant le pays pendant les deux dernières décennies sur leur mise en œuvre.

Dans le quartier, la collecte de donnée a commencé avec des entretiens semi-directifs avec les mères des jeunes enfants de mi-décembre 2017 jusqu'à janvier 2018 avec une fréquence de descentes sur le terrain de trois jours par semaine en moyenne. Ces entretiens ont été réalisés sur rendez-vous fixés par les mères suivant leurs disponibilités. Vers la fin de janvier 2018, en analysant les premières informations issues de ces entretiens, les questions ont été reformulées en fonction des réponses obtenues. Il est important de noter que les canevas d'entretien destinés aux mères et aux femmes âgées contiennent plusieurs thématiques, et par conséquent, plusieurs questions pouvant prendre du temps. Devant ce fait, j'ai divisé ce canevas en quatre séances d'entretiens pour les mères et deux pour les femmes âgées, chaque séance correspondant à une thématique particulière. Cette approche m'a permis d'approfondir chaque thématique et multiplier les contacts tout en mettant davantage en confiance l'interlocuteur. Par conséquent, même au-delà des séances d'entretiens, la relation sociale a été maintenue et s'il y avait des points à éclaircir, je n'ai pas eu de problème à revisiter la famille pour approfondir certains faits au fur et à mesure que l'observation dans la communauté avançait. Les entretiens individuels ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'approbation des interlocuteurs pour que les informations soient authentiques et qu'il n'y ait pas de perte. Dans le cas où l'enregistrement vocal n'aurait pas été autorisé, la discussion a été notée dans un carnet. En tout, cent-un entretiens ont été réalisés auprès des membres de vingt-quatre familles et autres acteurs du quartier impliqués directement dans la santé infantile et dans l'assainissement. Les entretiens avec les populations cibles dans le quartier se sont poursuivis jusqu'en janvier 2019 selon ma disponibilité et celle des interlocuteurs dans le quartier.

Auprès des institutions, les entretiens semi-directifs ont été réalisés entre début novembre et fin décembre 2019. Étant donné que l'accès auprès de ces institutions et organisations est régi par des règlements administratifs stricts, une lettre d'introduction (cf. annexe 5) a été préparée par la direction de l'Institut Pasteur de Madagascar pour faciliter l'accès et la prise des rendez-vous aux différents responsables. Cette lettre résume le

déroulement de la thèse tout en soulignant ses objectifs et précise les informations à rechercher dans le cadre des politiques et stratégies en matière de nutrition et surtout d'assainissement, d'eau et d'hygiène. Les rendez-vous ont été fixés soit par téléphone, par mail ou sur place. La durée des discussions est très limitée dans le temps entre 15 à 45 minutes selon la disponibilité des interlocuteurs. Ces entrevues m'ont permis également de collecter des articles ou documents sur les politiques et stratégies mobilisées à Madagascar autour de ces thématiques. En tout, seize entretiens ont été réalisés auprès des responsables de différentes institutions, des organisations et de l'association locale.

Ces entretiens semi-directifs ont été menés suivant un guide préalablement élaboré selon une thématique (Blanchet et Gotman 2012 ; Combessie, 2009). Les canevas d'entretien (cf. annexe 6) varient selon la catégorie de l'interlocuteur que ce soit dans le quartier ou dans les institutions, les organisations ou les associations.

### **b) Les observations**

Historiquement, Bronislaw Malinowski (1963) faisait partie des anthropologues ayant mis en œuvre pour la première fois les observations, directes et participantes, lors de ses séjours dans les îles Trobriand en Nouvelle-Guinée. Il précise bien que cette approche est une « étude complète des phénomènes, et non pas une recherche du sensationnel, de l'original, encore moins de l'amusant et du bizarre » (Malinowski, 1963, p.68). À partir de cette technique, il a pu comprendre, de l'intérieur, les comportements, les croyances et les rituels importants dans la vie de cette société grâce à une immersion dans la vie quotidienne du groupe. Ainsi, il s'agit d'« un outil de cueillette de données où le chercheur devient le témoin des comportements des individus et des pratiques au sein des groupes en séjournant sur les lieux mêmes où ils se déroulent » (Martineau, 2005, p. 6). Dans cette thèse, cette technique tient une place importante, car je m'intéresse à des pratiques autour de la propreté et de la souillure, ce qui nécessite une « activité rétinienne » (Laplantine, 2006, p. 9) et de la rigueur. Stéphane Martineau (2005) souligne quatre « tâches incontournables » pour utiliser effectivement cette technique : la présence permanente ou quasi permanente du chercheur dans le milieu d'étude tout en s'adaptant aux conditions de vie, la nécessité d'une attention importante pour pouvoir observer les événements, l'enregistrement des faits observés, et l'interprétation des données tout en tenant compte de ce qui se passe vraiment, c'est-à-dire « la fiction rationnelle » (Martineau, 2005, p. 7 ; Affergan, 1999).

Deux types d'observations ont été réalisés lors de cette recherche. Lors du premier contact avec le *fokontany* et les 24 familles pendant le séjour dans le quartier, plusieurs

observations directes ont été faites pour avoir toujours une idée générale sur l'environnement, la situation d'hygiène et le mode de vie de la population en général comme il a été évoqué un peu plus haut. En revanche, l'observation participante a été mise en œuvre une fois que l'intégration a été faite auprès des familles qui ont accepté ; l'utilisation de cette technique était facile grâce à la collaboration et la présence des membres de ces familles dans le quartier. Un guide d'observation a été élaboré en amont des activités pour faciliter l'approche et l'intégration (cf. annexe 7).

À partir de février à septembre 2018, l'observation et les entretiens ont été mis en œuvre ensemble avec une fréquence de terrain de quatre jours par semaine en moyenne jusqu'en juin, et deux jours en moyenne de juillet au septembre 2018. Ces observations participantes, ont été réalisées à raison de 2 à 3 jours par semaine en moyenne, et à différents moments de la journée : de 7 à 11h, de 11 à 14h, et de 14 à 16h. Malheureusement, les observations nocturnes n'étaient pas possibles compte tenu du problème d'insécurité dans le quartier et de l'insuffisance d'espace pour dormir au sein de la famille. Ces observations se sont portées sur l'enfant en premier lieu, c'est-à-dire la pratique de propreté, les pratiques autour de l'évitement d'une souillure, la modalité d'alimentation, et son interaction avec son environnement et son entourage. Dans cette démarche, j'ai organisé mes observations selon les trois points suivants : le corps, la maisonnée et l'environnement proche (la cour, les ruelles jusqu'aux canaux d'évacuation et/ou les rizières). Le déplacement dans une pluralité de lieux a permis de multiplier les angles d'observation. Cette approche a facilité les observations à la fois sur le « corps » du jeune enfant et son entourage physique ainsi que sur les autres acteurs, notamment les adultes maternants, en interaction avec l'enfant. Un tel déplacement m'a permis de mettre en perspective les différents lieux du *fokontany* : espace domestique, terrains de jeu, et ruelles. Les observations ont été alternées dans la journée pour cibler plusieurs familles à la fois sans trop perturber leur vie, surtout au début de la recherche.

Ces observations ont été réalisées sans une grille préalablement préparée pour ne pas passer à côté d'une information, aussi banale qu'elle soit, pouvant être importante. Au fur et à mesure que le terrain a avancé, certaines observations ont été orientées selon une thématique bien précise dans le but d'un approfondissement. Les faits et les discours spontanés ont été notés systématiquement dans un « carnet » de terrain (Lefèvre et de Suremain, 2002 ; Arborio et Fournier, 2012). Pour ne pas créer de confusion pour chaque famille, j'ai noté les informations dans des « carnets » différents, propres à chaque famille et un autre carnet pour les événements du *fokontany*. Il est important de souligner que dans certaines circonstances, la signification des gestes, des comportements, des mots ou des phrases spontanés n'a pas été

toujours claire. Dans une telle circonstance, Jean-Pierre Olivier de Sardan (1995, p.8) précise bien que « Rapprocher au maximum l'entretien guidé d'une situation d'interaction banale quotidienne, à savoir la conversation, est une stratégie récurrente de l'entretien ethnographique, qui vise justement à réduire au minimum l'artificialité de la situation d'entretien, et l'imposition par l'enquêteur de normes méta-communicationnelles perturbantes ». Premièrement, certains faits, aussi banaux qu'ils soient, nécessitent des questions immédiates d'une manière informelles à l'acteur lui-même ou à quelques témoins de l'évènement pour pouvoir comprendre dans son intégralité la signification des gestes ou des comportements. Sans ces questions, nous pouvons saisir un acte sans pouvoir comprendre sa signification et la raison pour laquelle un tel acte a été mis en œuvre. Souvent, les discussions libres en groupe s'animaient suite à ces questions et les gens donnaient plus d'informations spontanément. Ces interactions individuelles et collectives informelles n'ont pas été enregistrées étant donné qu'il s'agissait des discussions, des gestes ou des paroles spontanés, et souvent en plein air. En revanche, les réponses ont été notées systématiquement dans le carnet de terrain. Ces informations issues des observations sont complémentaires et ont été souvent vérifiées à partir des entretiens semi-directifs et vice-versa.

Six jeunes enfants et leur famille respective et leur voisin ont été choisis : trois en croissance normale et trois autres en retard de croissance sévère. Le choix des enfants réside dans le statut matrimonial de la mère, la structure familiale et la localisation dans le quartier :

- Deux enfants et leur famille (un garçon sévèrement malnutri appelé Tsaro et une fille en croissance normale appelée Avo) se trouvant dans le secteur I, vivent au milieu de la rizière et des étangs. Ces deux enfants sont toujours en contact avec de l'eau pendant la saison de pluie et le quartier est sujet à des inondations récurrentes. Ces deux mères ont été abandonnées par leur compagnon<sup>21</sup> lorsqu'elles étaient enceintes de ces enfants. Ces enfants n'ont pas eu beaucoup de contact ou ne connaissent pas leur père. Tsaro vivait dans un foyer monoparental appartenant à une grande famille élargie, tandis qu'Avo vivait auprès d'une famille nucléaire et monoparentale.
- Les deux enfants (une fille au seuil de la malnutrition appelée Mami et une fille sévèrement malnutrie appelée Manga) vivant respectivement dans les secteurs II et III qui se trouvent proches des rizières. La caractéristique de ce quartier est la rareté de latrine. Les deux mères se sont séparées de leur compagnon. Bien que l'enfant vive avec leur mère, ils connaissent leur père et entrent en contact de temps à autre

---

<sup>21</sup> J'utilise le terme compagnon, car leur union est libre, sans mariage civil ou religieux.

avec lui. Manga vivait auprès d'une grande famille élargie et Mami vivait dans une famille élargie restreinte.

- Les deux derniers enfants, une fille sévèrement malnutrie appelée Nini et un garçon en bonne croissance appelé Haja, vivaient dans le secteur IV. La spécificité de ce quartier est la faible disponibilité d'eau potable. Le jour, le débit d'eau dans les pompes publiques est très faible. L'eau est disponible seulement très tôt le matin. En outre, ce quartier est à l'abri de l'inondation pendant la période de pluie. Nini vivait dans une grande famille élargie et Haja vivait dans une famille nucléaire.

Bien que Haja et sa famille aient été choisis pour réaliser des observations participantes, cette activité n'a pu être réalisée à cause des violences conjugales que la mère de Haja subissait fréquemment, et des absences fréquentes du jeune enfant et de la mère dans le quartier. En revanche plusieurs entretiens informels ont été réalisés avec la mère pour comprendre la situation et l'histoire de la famille et surtout du jeune enfant.

### **c) La cartographie des espaces**

Pour pouvoir appuyer les données empiriques et l'analyse de ces données, nous (l'assistant de coordination et moi) avons pris les coordonnées géographiques à l'aide d'un GPS des lieux montrant les dispositions relatives aux pratiques d'hygiène, les structures d'assainissement et les lieux d'interaction des enfants tels que les latrines, les lavoirs, les dépôts d'ordures, les canaux d'évacuations, les sites de défécation ou de déversement de matière fécale, les bornes-fontaines et les lieux de fréquentation des enfants observés. Pour ce faire, nous avons collaboré avec l'agent communautaire de santé, nous servant de guide, dans la prise des points GPS dans différents endroits du quartier. Nous avons également pris des photos des infrastructures afin d'analyser l'interaction des habitants, surtout des jeunes enfants avec ces endroits dans leur quotidien. En outre, les coordonnées géographiques de ces lieux nous ont servi de données pour créer des cartes du *fokontany* montrant ces infrastructures et les points sensibles liés à la propreté et à l'interaction des enfants avec ces milieux. Pour avoir un aperçu général sur le nombre de latrines dans le quartier et démontrer son insuffisance, nous avons tenté de recenser les latrines en prenant leur point GPS. Des cartes du quartier montrant les espaces et les infrastructures liées à la question de l'assainissement et de l'hygiène ont été établies avec l'aide du Groupe Santé et Géomatique (Sagéo) de l'Unité d'Épidémiologie et de Recherche clinique de l'Institut Pasteur de Madagascar pour montrer la disposition de ces infrastructures dans l'espace. Les points GPS sont placés dans la carte du quartier reconstitué à partir de *Google Earth* et ajusté sur *Openstreetmap*.

Cette pluralité de méthode m'a servi à trianguler les informations à partir de plusieurs points de vue (Pourtois et Desmet, 2007). Cette technique de triangulation est une démarche de vérification de données et vise ainsi à affirmer et confirmer les résultats en croisant les propos de différentes sources ou interlocuteurs autour d'une information par exemple, d'une part, et les méthodes de recueil de données, d'autre part (Yana, 1993 ; Aubin-Auge *et al.*, 2008).

#### **d) L'exploitation des documents et l'analyse de contenu**

Pour contextualiser la situation d'insalubrité et la situation socioéconomique des habitants dans les quartiers défavorisés, l'analyse de documents a été réalisée principalement pour décrire l'histoire et la trajectoire socioéconomique des habitants des quartiers défavorisés pendant les trois derniers siècles à Antananarivo. Les documents ont été recherchés en ligne ou dans les bibliothèques à Bordeaux selon un plan de questions établies au préalable pour pouvoir expliquer la vulnérabilité de ces habitants pauvres de quartiers défavorisés, c'est-à-dire leur origine, la dynamique de peuplement de leur milieu de vie, la politique coloniale et postcoloniale, et la paupérisation de ces populations aboutissant en tout à ce qu'on entend par discrimination sociale et raciale à cause de leur origine servile. Les documents, composés notamment d'ouvrages, des thèses, des articles, voire de chansons, issues de l'histoire, de l'économie, de la géographie et de la sociologie, ont été triés et sélectionnés selon les thématiques abordées. L'accessibilité aux ouvrages était particulièrement difficile à Madagascar, mais facile en France dans les bibliothèques universitaires. En revanche, avec la survenue de la covid -19 en mars 2020 et les mesures sanitaires imposées, l'accessibilité à ces documents était devenue difficile. Heureusement, plusieurs ouvrages ont été sélectionnés et collectés avant la fermeture des universités et de leur bibliothèque. Une des difficultés était la validation de contenu des documents et l'analyse des informations pour mettre en place l'évolution de l'histoire dans le temps.

Pour comprendre la situation autour de la gestion des déchets ménagers à Antananarivo et dans les quartiers défavorisés, j'ai également analysé le contenu des journaux, des documents juridiques et des documents stratégiques et nationaux autour de l'assainissement et d'hygiène. Il s'agissait de procéder à une analyse de contenu qui « est une technique de recherche servant à la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications » (Berelson, 1952, p.18, cité dans Bonville, 2006). Il s'agit de « disséquer » les informations véhiculées, au-delà d'une simple lecture, pour comprendre la signification. Il faut admettre dans ce cas que cette technique ne permet pas d'identifier si les informations véhiculées sont exactes ou non. Dans ce sens, j'ai vu à travers la télévision, entendu via la radio et les discussions avec les proches et amis, et ai vécu dans le quotidien, les problèmes sur la

gestion des ordures ménagères à Antananarivo. Les documents ou les journaux m'ont servi de preuves et de confirmations sur la situation.

### **I-3- Analyse des données**

Les entretiens et les observations ont été codifiés pour faciliter le repérage des informations, selon une thématique donnée, de chaque support audio, et fichier Word (cf. annexe 8). Pour pouvoir exploiter les matériaux, nous avons dû les transcrire et traduire en français dans la mesure du possible. Cependant, le problème de langue et de perte ou de changement de sens pendant la traduction ne devrait pas être un obstacle dans les analyses des données, car je travaille directement sur la transcription. Premièrement, une grille d'analyse a été élaborée dans la mesure du possible pour chaque catégorie d'interlocuteur afin de pouvoir réaliser la pré-analyse dans un premier temps et l'analyse proprement dite dans un second. Pour ce faire, un tableau a été développé et divisé en plusieurs lignes en fonction des thématiques. Ensuite, des vérifications des transcriptions et des traductions ont été réalisées. Un entretien sur 10 a été systématiquement réécouté et revérifié. En ce qui concerne les notes d'observations et les informations issues de discussions individuelles ou collectives informelles, je les ai transcrites systématiquement pour pouvoir les exploiter au fur et à mesure que le terrain avançait. Troisièmement, l'analyse de contenu des discours et des documents a été réalisée suivant l'analyse thématique qui consiste tout d'abord à découper les textes en unité d'analyse de base (thème ou fragment de discours). Chaque transcription a été imprimée et lue pour pouvoir faire la codification suivant la thématique et la sous-thématique. Ainsi, après la codification, les unités de base de tous les entretiens correspondant aux mêmes thématiques et/ou aux sous-thématiques ont été regroupées en catégories homogènes. La grille d'analyse a été remplie à partir des informations regroupées dans la mesure du possible, c'est-à-dire issues des entretiens, des discussions informelles et des observations. Une fois remplie, la grille d'analyse nous sert de « base de données » qualitatives, exploitables à n'importe quel moment. Finalement, la phase d'interprétation des données procède à la triangulation des différentes catégories d'information et à leurs confrontations avec les théories existantes.

Pour les exploitations des données secondaires, les mêmes principes ont été adoptés en me basant sur l'analyse par thématique. Après avoir identifié les thématiques recherchées, les documents ont été identifiés et lus de manière intégrale pour les articles en relation avec les thématiques ; la table des matières et l'introduction pour les ouvrages dans un premier temps avant de s'attarder sur les parties traitant les thématiques recherchées. Les mêmes catégorisations d'informations ont été notées et rassemblées systématiquement dans des cahiers pour former des catégories et relues à plusieurs reprises pour comprendre leur signification et

leur implication. Les données issues de ces analyses sont surtout descriptives en mettant en exergue l'évolution des situations dans le temps suivant les contextes.



## **Chapitre 2 : Histoire des quartiers défavorisés à Antananarivo** **: une population vulnérable**

Les habitants des quartiers défavorisés étaient victimes de discrimination raciale<sup>22</sup> et sociale depuis toujours. Discrimination raciale, car les habitants de manière globale sont perçus d'emblée comme des descendants d'esclaves ; et discrimination sociale, car ils sont considérés comme pauvres, agressifs, impolis... et surtout « sales ». Pour comprendre ces situations, il est important de se plonger dans l'histoire d'Antananarivo sur les hiérarchies sociales, pendant les trois derniers siècles. Tout est lié à l'utilisation massive d'esclaves dans les travaux des champs à travers la politique rizicole en *Imerina* pendant le XIXe siècle. Plusieurs monarques africains avaient recours à la traite d'esclaves et au rapt pour assurer leur croissance économique et leur développement militaire. La reproduction d'esclaves était ainsi devenue un enjeu militaire majeur à travers la reproduction marchande (achat dans les marchés) et la reproduction guerrière via la *razzia* ou le rapt et la reproduction « biologique » (Meillassoux, 1975). Les deux dernières sont importantes dans le cadre de cette thèse pour mieux expliquer la traite d'esclaves à Antananarivo durant le XIXe siècle et comprendre les situations dans les quartiers défavorisés. Mais qu'est-ce qu'un esclave ?

Par définition, il s'agit d'un individu qui est « arraché » par la violence à son « milieu social d'origine » (*Ibid.*, p. 21) pour devenir d'abord un « capturé » avant de devenir un « esclave » dans son lieu d'assignation. Le processus de l'esclavage est caractérisé par la désocialisation, à cause de la rupture brutale des liens sociaux (filiation, conjugalité...) avec les siens à la suite d'un rapt d'une part, et la dépersonnalisation d'autre part à cause de son assimilation à une « marchandise » comme un objet ou un bétail et de la perte de son identité à l'issue de la vente. Ce « capturé » est ainsi disponible économiquement et socialement, selon Claude Meillassoux (*Ibid.*). Économiquement, car il peut être affecté à réaliser n'importe quelle tâche selon le bon vouloir de son maître. Socialement, car le seul lien autorisé est celui envers son maître. « C'est par cette double insertion économique et sociale que le capturé devient esclave à proprement parlé... » écrivait Claude Meillassoux (*Ibid.*, p. 21).

L'origine des esclaves dans un pays donné peut emprunter plusieurs voies : la traite transcontinentale et le rapt. Pour la traite, une des plus importantes était la traite transatlantique pendant laquelle, plusieurs millions de « captifs » africains ont été déportés dans plusieurs pays du nord pour devenir esclaves à partir du XVe siècle (Nganga, 2021). Mais l'océan indien, en passant par Madagascar, a connu également une traite importante d'esclaves vers la fin du XVIIe et le début du XVIIIe siècle à la demande des Mascareignes. Des esclaves ont été envoyés massivement de l'Afrique de l'Est, entre autres par les marchands musulmans, en

---

<sup>22</sup> Voir l'œuvre de Catherine Guérin-Fournet, C. (2018). La figure du descendant d'esclave urbain dans les œuvres littéraires merina (Madagascar) : quelles représentations pour cette assignation identitaire subalterne.

passant dans un premier temps à Madagascar avant de les expédier définitivement vers leur destination finale. Selon Pier Larson (1997 cité dans Regnier et Somda, 2018), autour de 70000 esclaves ont été envoyés dans ces îles pendant cette période. Le royaume *Merina* a participé activement à cette traite et perpétué également des razzias d'esclaves à l'intérieur du pays à partir de 1820.

Les pouvoirs coloniaux se sont précipités à l'abolition des esclaves au début de l'annexion des pays africains. Pourtant, d'après Claude Meillassoux (1975), l'État colonial français a du mal par exemple à qualifier si ce qui existait en Afrique était de l'esclavage ou de la captivité. Pour soutenir sa politique d'abolition dans les colonies selon la Convention internationale de Bruxelles (1889-1890), l'État colonial a dû faire plusieurs enquêtes en 1894 et entre 1903 et 1904 dans plusieurs territoires pour définir s'il s'agissait d'esclavage ou de captivité. C'était à partir de 1906 que les administrations coloniales n'ont plus reconnu la captivité et ont qualifié la détention des êtres humains dans plusieurs pays africains comme de l'esclavage. Une telle abolition avait une répercussion fatale sur la vie et l'avenir de ces personnes serviles et leurs descendances qui étaient isolées socialement et n'avaient aucune capacité intellectuelle de vivre et évoluer indépendamment d'une part, et de développer leur habitat respectant tous les règlements d'aménagements domaniaux, d'autre part. Ces populations se trouvaient rapidement dans des situations de grandes vulnérabilités sur le plan social, économique et sanitaire.

Dans le présent chapitre, l'ampleur de l'esclavage en relation avec la politique rizicole à Antananarivo et la naissance des quartiers dits « défavorisés » sera développée dans un premier temps. La paupérisation coloniale et la discrimination raciale et sociale postcoloniale de ces populations seront documentées dans un deuxième temps. Enfin, une analyse sur la pauvreté et l'insalubrité continuelle et sur ses conséquences sur la santé des habitants sera réalisée en troisième lieu.

## **II-1- La politique rizicole et le besoin d'esclaves pendant le XIXe siècle**

La hiérarchie à Antananarivo est marquée par une « stratification sociale verticale » d'une part (Van den Heuvel et Evers, 2007), et une catégorisation raciale fondée sur la couleur de la peau, d'autre part. Le « haut » (de la ville, de la montagne...) représentait le lieu de la souveraineté, de la sécurité et de la richesse à Antananarivo. Les personnes « importantes » et aisées préféraient vivre dans la « haute ville » tandis que les couches issues des classes défavorisées se rassemblaient dans les parties basses des collines. Le destin de la population des quartiers défavorisés n'est pas dû au hasard, mais reflète fortement ce système de souveraineté et de politique adoptée depuis des siècles à Antananarivo, soit un système qui

exploite les « sujets » pour le bien-être et la survie des souverains. La politique à l'égard de la riziculture est une illustration parfaite de la politique de domination chez les *merina*, non seulement entre « souverains » et « sujets », mais également entre « hommes libres » et « esclaves ». La compréhension de cette politique rizicole constitue un fil rouge important pour comprendre l'origine de la situation des habitants des quartiers défavorisés d'Antananarivo. La géographie joue un rôle important dans cette situation. La région de l'*Imerina* est formée par une région montagneuse avec plusieurs collines (les douze collines sacrées de l'*Imerina*) d'une part, et par une région basse formée notamment par des vallées et de vastes plaines marécageuses.

Maurice Bloch (1983) et quelques historiens ont décrit et analysé le système de pouvoir à Antananarivo. Selon Hildebert Isnard (1953), cité par Maurice Bloch (*ibid.*), le système de pouvoir relatif à l'exploitation des « sujets » à Antananarivo a connu deux types d'évolution selon l'engagement direct ou indirect de l'État dans la culture et la production de riz : un « État de type archaïque » et un « État en voie de développement ». L'État archaïque, soit avant l'arrivée d'*Andrianamponimerina* au pouvoir (1787-1810), se définit par la non-implication directe des souverains habitant en haut des collines dans la culture et la production de riz. Dans le royaume *merina*, la culture du riz se faisait dans les vallées avant le XVIII<sup>e</sup> siècle (Ellis, 1832) et rassemblait deux catégories d'acteurs principaux, d'un côté, les souverains qui vivaient isolés dans leur forteresse sur les collines, et de l'autre côté, leurs « sujets libres », soit les paysans appartenant à « un groupe de descendance » vivant dans un espace bien limité appelé *dème*<sup>23</sup>. Ces derniers s'installaient autour des vallées rizicoles et travaillaient les terres pour la culture de riz irrigué. Les habitants de ces *dèmes* avaient un mode d'organisation communautaire très similaire à celui des quartiers défavorisés actuellement. Chaque *dème*, relativement fermé par rapport aux autres, avait son identité et était endogame. Ils avaient chacun une gouvernance spécifique à partir d'une assemblée d'anciens, pour l'organisation des travaux communautaires tels que le nettoyage et l'entretien des canaux d'irrigation par exemple, et pour la gestion des conflits internes. La relation entre les habitants des *dèmes* et leurs souverains se concrétisaient seulement au moment de la moisson. Les souverains quittaient alors leur forteresse pour demander et récupérer leur part de la récolte. Selon Maurice Bloch (1983, p. 270), « [les souverains] tiraient leur subsistance des paysans par des prélèvements non formalisés, consistant en « dons » continuels des agriculteurs qui se considéraient comme placés sous leur tutelle [...]. Le rapport de force se construisait par rapport à la situation

---

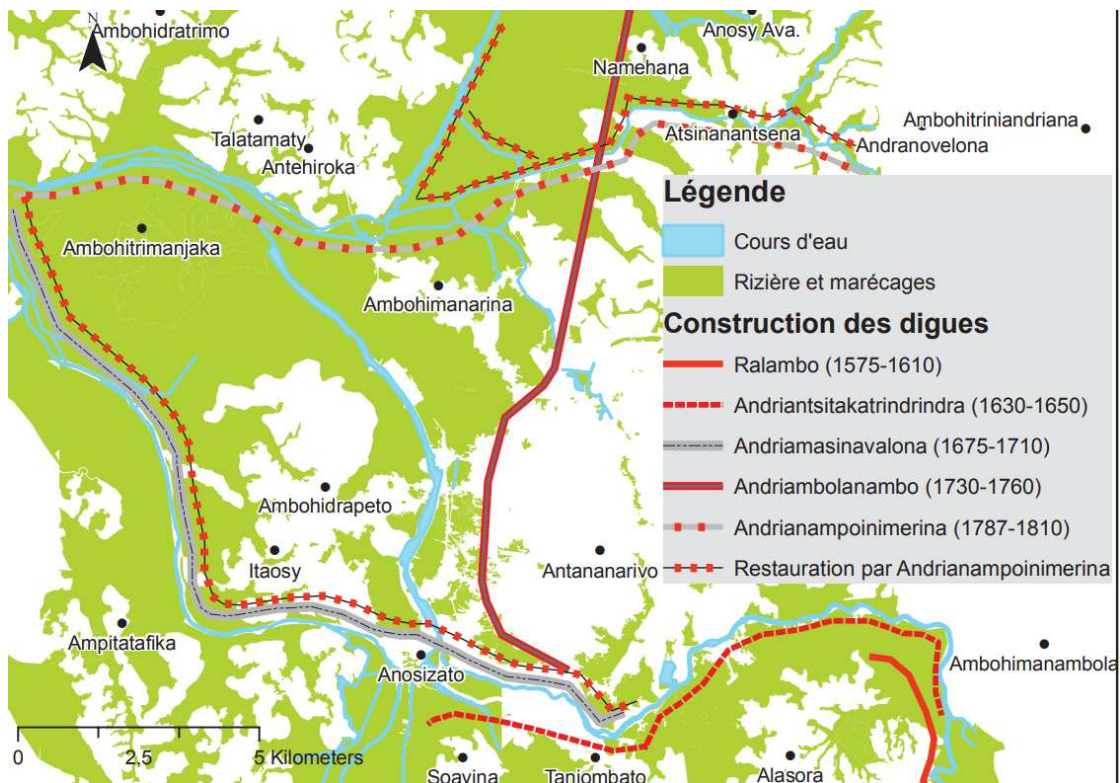
<sup>23</sup> Probablement le système du *dème* s'est maintenu dans le système de *fokontany* à partir d'*Andrianamponimerina* et jusqu'actuellement.

géographique, sans tenir compte encore de la couleur de la peau. Ceux qui voulaient devenir des « seigneurs » quittaient leur dème, situé dans la zone basse, avec leur partisan et s'installaient sur une colline, entraînant en guerre contre les souverains gouvernant la colline en question pour s'approprier « l'autorité » de ces derniers. Maurice Bloch n'est pas très explicite sur les « dons » des paysans en faveur des souverains ; il s'agirait probablement de la contrepartie de leur protection militaire au cas où les dèmes, sous leur tutelle, subiraient des attaques. La situation actuelle des quartiers d'Antananarivo reflète encore ce classement social et la hiérarchie spatiale entre les quartiers de la ville haute et ceux de la ville basse.

Le développement de la culture vivrière, entre autres le riz, faisait partie des stratégies pour assurer l'essor économique de plusieurs pays africains pendant le XIXe siècle. À part le fait qu'il s'agissait du principal aliment de base des populations, sa production avait un enjeu majeur dans les échanges et les commerces extérieurs, permettant une construction d'un État « fort » grâce à l'échange économique avec l'étranger (Dresch, 1949 ; Chauveau, 1985). L'État *merina* ou encore le « royaume de Madagascar » a adopté une telle stratégie (Sanchez, 2014). Dans le royaume *merina*, l'arrivée au pouvoir du roi *Andrianamponimerina* a marqué les prémices de l'expansion d'un État « en développement » grâce aux différentes conquêtes. Il a changé complètement de stratégie politique entre les souverains et leurs sujets autour de la production rizicole. Il visait à augmenter considérablement la production de riz en lien avec l'expansion du royaume *merina*. Pour y arriver, il fallait mettre en exploitation de nouveaux espaces, en l'occurrence les marais, et impliquer directement les souverains dans la production de riz dès le début jusqu'à la moisson. Cette politique ambitieuse a permis le développement du royaume *merina* et son expansion vers les autres régions de Madagascar tout au long du XIXe siècle (*ibid.*).

Pendant ces temps, la production de riz continuait dans les vallées avec l'implication des habitants des dèmes, mais suivie de près et contrôlée cette fois-ci par l'État. En parallèle, la monarchie *merina* avait transformé l'étendue de la plaine marécageuse d'Antananarivo en rizières dites royales. Pour ce faire, il était impératif de construire des canaux d'irrigation et de renforcer la construction des digues pour drainer les marais et protéger les terres des inondations. La construction des digues a commencé vers le XVIIe siècle et a été achevée sous le règne d'*Andrianamponimerina* (Raison, 1972). La carte 1 montre ces constructions de digues dans la plaine d'Antananarivo par les différents rois *merina*.

Ainsi, cette production royale de riz dans la zone des marais pouvait se faire tout au long de l'année. À l'inverse de la production de riz dans les vallées, une grande partie de celle de la plaine allait directement dans les greniers de l'État.



**Carte 1** : Les constructions de digues autour de la plaine d’Antananarivo par les rois *merina* (source : Carte de G. Mantaux, R de M. n°39-40, p.12, in Lebourdieu, 1977, reporté sur fonds BD 500 FTM, montrée dans Ravelomanantsoa, Burnod et Tonneau, 2012, p. 19)

La réalisation de cette politique rizicole nécessitait trois conditions particulières : (i) le changement de lieu de la capitale, d’*Ambohimanga* à Antananarivo ; (ii) une main-d’œuvre importante pour l’irrigation et les travaux de terrain ; (iii) la mise en place d’une bureaucratie. Le changement de capitale s’est accompagné de la mobilisation de l’armée à courte distance pour surveiller de près les travaux et la récolte dans la plaine d’Antananarivo. Le besoin accru de main-d’œuvre s’est traduit, soit via la corvée imposée aux paysans libres vivant dans les demeures proches des rizières royales, soit via le recours massif aux esclaves. L’origine de la population des quartiers défavorisés d’Antananarivo, localisés dans la plaine ouest du palais de la Reine, est liée d’une manière ou d’une autre à cette deuxième option. Après l’abolition de l’esclavage par le pouvoir colonial, plusieurs anciennes personnes serviles s’installaient dans la plaine d’Antananarivo.

### **II-1-1- Le peuplement de la plaine d’Antananarivo et l’acquisition des esclaves**

Après les différents aménagements et surtout le remblayage des marais, une partie de la plaine était devenue habitable. Il a fallu installer des sentinelles pour surveiller les digues. Pour ce faire, la monarchie octroyait une parcelle de terre aux militaires et leur famille près des digues pour cultiver et assurer leur subsistance. Selon Hildebert Isnard (1955), c’était le début du

peuplement des plaines d'Antananarivo, suivi par l'arrivée des centaines de familles paysannes libres vivant dans des régions périphériques. Ces familles « [...] se regroupèrent en communautés sur les îlots latéritiques qui émergent au milieu des alluvions : les croupes de *Soavina*, *d'Itaosy*, *d'Ambohidrapeto*, *d'Ambohitrimanjaka*, *d'Ambohimanarina*, *d'Ambohijanaka* se couvrirent de maisons, de plantations installées en terrasses sur les pentes, tandis qu'aux alentours, les plaines humides consacrées aux rizières restaient vides et nues » (*ibid.*, p. 14-15). Avec une forte volonté de peuplement de ces zones, la monarchie, en la personne du roi *Andrianamponimerina*, avait mis en place un vaste programme de lotissement de terres. Il a divisé la population de l'*Imerina* en six tribus dont quatre se trouvaient dans la plaine d'Antananarivo. Chaque tribu était subdivisée en plusieurs groupes de population appelés *fokon'olona* libre vivant dans un espace délimité, nommé *fokon'tany*<sup>24</sup>. La présence de ces *fokon'olona* proches de la plaine était importante pour la monarchie, car ils contribuaient à la réalisation des activités de construction et d'entretien des canaux d'irrigation, des digues, des chemins vicinaux, à la répartition des eaux d'irrigation, etc. Ces paysans ont reçu des parcelles de terre à cultiver ainsi, appelées *hetra* ou littéralement impôt, pour subvenir aux besoins de leur famille. Avec le *hetra*, les familles devaient payer l'impôt annuellement à l'État, sous forme d'une quantité de riz (Isnard, *ibid.* ; Raison, *op. cit.*).

Dans un premier temps, la monarchie imposait une corvée royale de quelques jours par semaine aux habitants libres des villages ou des demeures périphériques et proches des rizières royales pour les activités agricoles. Pourtant, face à l'étendue des rizières, le nombre des travailleurs s'avérait insuffisant pour atteindre l'objectif de l'État. Le recours au travail des esclaves<sup>25</sup> devenait une priorité. Pour en acquérir, l'État étendait son territoire et faisait des prisonniers de guerre. Cela exigeait un État fort et unique capable d'unifier la partie centrale de Madagascar afin de pouvoir aller à la conquête d'autres régions de Madagascar. Selon Georges Condominas (1961, p. 274) « à partir des rizières ainsi obtenues [*Andrianamponimerina*] nourrit une grande armée et entama une campagne assez réussie contre ses voisins dont il s'appropriera les terres ». Il fallait également un recrutement d'hommes libres pour le service militaire. L'État a décrété ainsi la possibilité pour les hommes libres d'assurer une corvée dans les champs royaux ou de faire le service militaire (Condominas, *Ibid.*). Mais cela marquait une évolution du rapport entre les paysans et l'État en passant d'une exploitation directe à une exploitation indirecte dans la production rizicole. Autrement dit, si les paysans ou les sujets

---

<sup>24</sup> C'était le début du concept fokontany.

<sup>25</sup> L'esclave pouvait être un prisonnier de guerre ou avoir fait l'objet d'un enlèvement. L'esclave pouvait être également l'issue d'une sanction pénale à cause d'une dette, d'un délit ou d'un crime. On peut naître également esclave de parents esclaves. Enfin, une personne vendue peut devenir esclave (Bloch, 1979 ; Rafidinarivo Rakotolahy, 2000)

travaillaient directement pour le compte des souverains dans les activités agricoles (fournir des produits et être leur main-d'œuvre) pendant la période des « États archaïques », les souverains se procuraient des esclaves pour réaliser les travaux des champs à leur place pendant les États en développement (Bloch, 1983).

Le roi *Radama Ier* (de 1810 à 1828) a continué l'œuvre de son père (*Andrianamponimerina*) en annexant les autres royaumes de Madagascar à celui de l'*Imerina* pour acquérir davantage d'esclaves pour les activités rizicoles royales à Antananarivo et pour les traites transfrontalières d'esclaves contre des armes de guerre. Brièvement, *Radama Ier* a reçu des aides en matériels de guerre et l'appui de conseillers militaires venant de la Grande-Bretagne après des négociations aboutissant, entre autres, à la première abolition de la traite d'esclaves en 1817 (Paillard, 1996 ; Rafidinarivo Rakotolahy, 2000). Ainsi dotée d'équipements modernes et de nouvelles connaissances sur la guerre, la conquête des autres régions de Madagascar, notamment dans le sud-ouest (Schlemmer, 1983), devenait facile pour l'armée *merina*. En même temps, la monarchie contribuait également à l'exportation d'esclaves vers d'autres pays pour obtenir davantage de munitions et d'armes (Bloch, 1979, Regnier et Somda, 2018). En d'autres termes « [...] les *merina* furent ainsi capables de maintenir et surtout d'accélérer le rythme de leurs conquêtes, produisant plus d'esclaves, libérant plus de *merina* pour en faire des soldats, faisant plus de conquêtes, plus d'esclaves et ainsi de suite [...] » (Bloch, 1983 :276). Des esclaves sont également importés en même temps de l'Afrique de l'Est, ayant atteint un point culminant vers la moitié du XIXe siècle, pour renforcer davantage la main-d'œuvre à Antananarivo (Campbell, 1989). La carte 2 montre l'expansion de la conquête de l'armée *merina* entre 1810 et 1861.

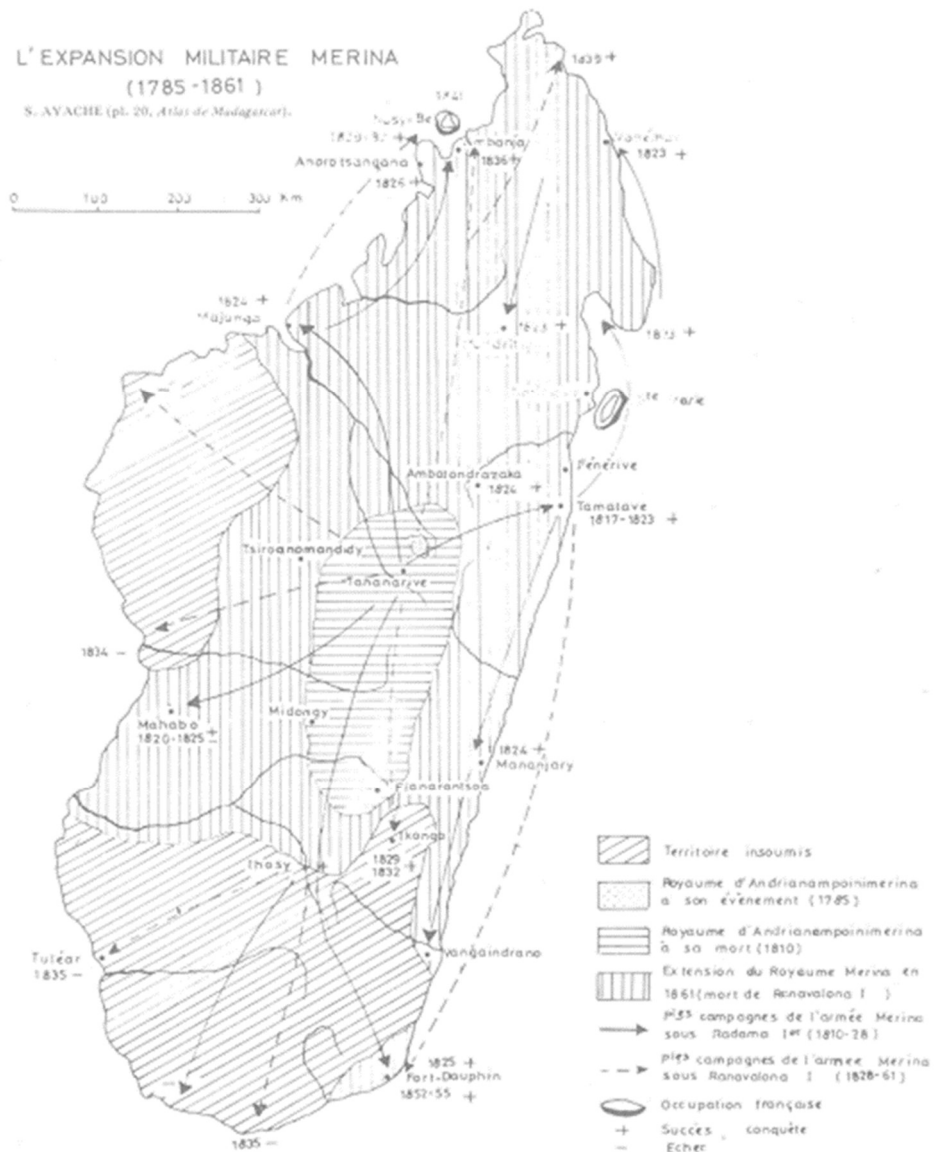
La plupart des sujets avec la couleur de peau foncée étaient classés à la base de la hiérarchie sociale, des esclaves. Ce statut, fondé notamment sur l'apparence physique, ne concernait pas seulement Madagascar à cette époque, mais également plusieurs pays du Nord. Samuel George Morton (1839), à l'origine du « racisme scientifique », a comparé la taille des crânes humains à travers le monde pour justifier l'esclavage des personnes noires. Il en concluait notamment, «*It would be natural to suppose that people with heads so small and badly formed would occupy the lowest place in the scale of human intelligence (...)* » (Morton, 1839, p. 99). La monarchie *merina* avait hiérarchisé le statut de ses sujets en fonction de l'apparence physique. Ainsi dans le royaume *merina* « les sujets, hommes et femmes, se répartissaient en quatre grandes catégories : les esclaves (*andevo*), les « noirs » libres (*mainty*<sup>26</sup>),

---

<sup>26</sup> « Anciens serviteurs royaux admis à pénétrer dans l'enceinte du Rova, guerriers prestigieux, musiciens... » (Guérin-Fournet, 2002, p. 46).



les « blancs » libres de la roture (*hova*) et les « blancs » apparentés au souverain (*andriana*), assimilables à des nobles » (Rajaonah, 2003, p. 65-66).



**Carte 2 :** L'expansion militaire *merina* pendant la conquête des autres régions de Madagascar pendant XIXe siècle (Source : Atlas de Madagascar (1905) montrée dans Ayache, 1981)

Les quartiers défavorisés d'Antananarivo sont nés dans la partie ouest de la plaine du palais de la Reine à la suite de l'annexion de Madagascar en 1896. La majorité des anciens esclaves et leurs descendants, assignés comme « subalternes », commençaient à peupler cette plaine.

## II-1-2- La naissance des quartiers défavorisés : villages oubliés

Quelques semaines seulement après l'annexion de Madagascar par la France, l'abolition générale<sup>27</sup> de l'esclavage a été décrétée le 26 septembre 1896. Cette décision fut un désastre pour la monarchie *merina* et surtout pour les détenteurs d'immenses terrains cultivables. Mais les esclaves libérés, quant à eux, n'avaient également aucune idée de comment faire pour gagner leur vie compte tenu de leur compétence très limitée et leur force sociale très faible. Dans ce sens, il est important de comprendre l'attribution de métiers aux sujets libres ou non libres avant la colonisation de Madagascar. L'œuvre de Faranirina Rajaonah (2003) intitulé « Prestige et métier dans la société malgache. A Tananarive aux XIXe –XXe siècles » relate très bien ces faits en précisant que « [...] dans le royaume merina, le prestige social était étroitement lié à la hiérarchie des statuts » (*ibid.*, p. 65).

Pendant la première moitié du XIXe siècle, les métiers dits « nobles », « honorables » et « stratégiques » revenaient seulement aux *olo-manga* littéralement « personnes bleues », c'est-à-dire les élites et les hommes libres au service du roi comme les « Maitres des rituels, gardiens des talismans royaux, devins, conseillers et chefs de guerre » (*ibid.*, p.67). Vers la deuxième moitié de ce même siècle, les métiers d'instructeurs et de pasteurs, qui se développaient, étaient réservés également aux hommes libres. Autrement dit, « [...] seuls les « blancs », nobles ou roturiers, capables de se présenter avec armes et uniformes, ont une chance de faire rapidement carrière » (*ibid.* p. 67). En revanche, la plupart des esclaves ont été utilisés dans des tâches subalternes telles que le travail dans les mines et les activités agricoles (Bloch, 1979 ; Rafidinarivo Rakotolahy, 2000). L'abolition en 1896 ne changeait rien à cette situation, car le pouvoir colonial lui-même, bien qu'étant réticent au début, avait fini par tenir compte de l'importance des critères de rang des *Malagasy*. Par exemple, jusqu'à la fin de l'année 1940, le pouvoir colonial recrutait presque exclusivement ses fonctionnaires parmi les merina libres (*ibid.*) et les anciens esclaves étaient astreints aux travaux obligatoires pénibles (Rafidinarivo Rakotolahy, 1999).

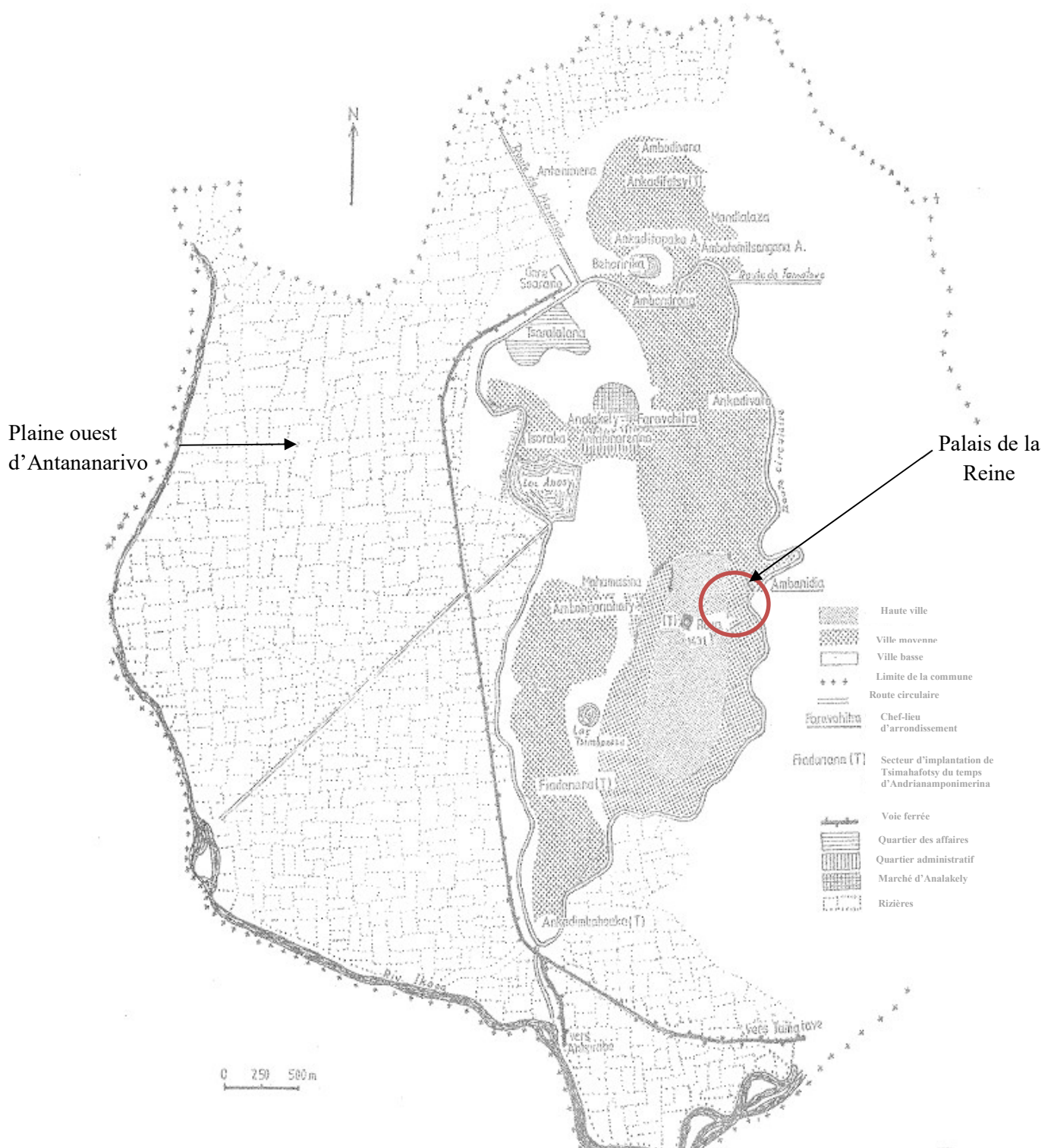
Ainsi, d'après Maurice Bloch (1979) dans son œuvre intitulé "*Modes of Production and Slavery in Madagascar : Two Case Studies*", les ex-esclaves avaient trois solutions possibles après l'annexion pour mener leur vie. Premièrement, certains sont retournés vivre dans les terres de leurs ancêtres ; il s'agissait de ceux qui avaient été récemment capturés et ayant encore de la famille pouvant les accueillir. Deuxièmement, certains esclaves libérés à Antananarivo préféraient rester auprès de leurs anciens maîtres dans de « nouveaux villages » installés près

---

<sup>27</sup> Une abolition partielle a été réalisée en 1877 (Rafidinarivo Rakotolahy, 2000).

de ceux de leurs ex-proprétaires. Ils continuaient de travailler pour le compte de leurs anciens maîtres en devenant des métayers ou des servants à domicile. Le métayage devenait alors l'acte d'amodiation mobilisé par les propriétaires de la terre à Antananarivo pour continuer à faire exploiter leurs terres d'une part et, d'autre part, pour pouvoir se livrer à d'autres activités génératrices de revenus notamment dans le commerce et les activités administratives. Dans ces conditions, les anciens esclaves exploitaient les terres à leurs propres frais et livraient un tiers de la récolte à leurs anciens maîtres (*ibid.* ; Isnard, 1955). Pour Jean-Pierre Raison (1972, p. 117), la plupart des anciens esclaves étaient moins enthousiastes pour l'agriculture, non par l'ignorance « [...] de techniques agricoles, mais plutôt par le manque de force sociale, et d'organisation ». Pourtant, cette forme d'arrangement perdure pour certains habitants des quartiers défavorisés d'Antananarivo où les rizières sont encore exploitées. Troisièmement, la plupart des anciens esclaves quittaient définitivement leurs anciens maîtres pour entamer une nouvelle vie et s'installer dans des terres inhabitées jusque-là, c'est-à-dire, dans les parties basses des collines notamment au nord et à l'ouest de la plaine d'Antananarivo (Rajaonah, 1997 ; Guérin-Fournet, 2002, 2018). Toujours dans la première moitié du XXe siècle, plusieurs personnes nées libres, n'ayant pas la possibilité de s'enrichir ailleurs, choisissaient également de peupler ces nouvelles terres. Ainsi, les plaines d'Antananarivo ont vu naître plusieurs villages indépendants des uns aux autres, selon l'origine des habitants. La plaine d'Antananarivo, appelé communément *Betsimitatatra*, est très vaste. Ce qui nous intéresse ici est le peuplement de la plaine ouest où se trouvent les quartiers défavorisés, dans le contrebas de la colline où se dresse le « palais de la Reine » à Antananarivo. La carte 3 montre cet emplacement de cette plaine ouest d'Antananarivo dans les années 1930.

Cette vague de migration interne du haut de la ville vers la partie basse fut une première étape du peuplement de cette plaine. L'aménagement de la ville par l'autorité coloniale attirait une foule d'immigrants venant des zones rurales et d'autres régions de Madagascar tout au long du XXe siècle. L'œuvre de Catherine Guérin-Fournet (2002) décrit l'urbanisation d'Antananarivo suite aux grands travaux d'aménagement du pouvoir colonial, conduisant à la surpopulation de certains quartiers d'Antananarivo, notamment dans les parties inondables de la ville. Dans sa description, elle a spécifié six types de quartiers dont trois se trouvent dans la plaine ouest, soit la partie inondable d'Antananarivo, à savoir les quartiers dits « spontanés », les faubourgs populaires, et les quartiers planifiés. Les quartiers « spontanés » et les faubourgs populaires correspondent à ce qu'on entend par « quartiers défavorisés » ou péjorativement « bas quartiers » à cause de la forte proportion d'habitants pauvres, des inondations et de leur emplacement.



**Carte 3** : Antananarivo dans les années 1930 (source : Esoavelomandroso, 1985, p. 340-341)

Les quartiers spontanés sont des lieux d'habitation, pour la plupart, issus des constructions illicites qui ne respectent aucun plan d'aménagement, sans titre de propriété et/ou permis de construire. Les faubourgs populaires sont les lieux où l'on trouve de l'artisanat, des

petits commerces, le marché, et qui servent de lieux d'habitation également. Ces quartiers ont pris naissance dans la plaine marécageuse et à l'emplacement des rizières remblayées à la hâte pour la construction des bâtiments industriels, des gares, et des différentes voies, surtout ferroviaires.

Ces grandes constructions requièrent une population ouvrière venant des autres régions de Madagascar et obligée de s'installer dans les faubourgs et dans les autres quartiers de la plaine, faute de place sur les collines. Très rapidement, selon Hildebert Isnard (1955, p. 27), « [...] les maisons se pressent sans solution de continuité, le long des routes, des chaussées qui bordent les canaux [...] », avec une grande proportion de population défavorisée. À part les ouvriers, ces quartiers attiraient également « [...] de petits commerçants, des artisans [...] de petits fonctionnaires et employés, et une foule d'inactive » (Guérin-Fournet, 2002, p. 339). Vers la deuxième moitié du XXe siècle, avec une politique favorisant l'exode rural et la migration des fonctionnaires venant d'autres régions de Madagascar vers la capitale, une autre vague de migrants encore plus démunis s'installait dans ces quartiers populaires où les loyers sont peu élevés. Certains endroits, qui les accueillait, ont été rebaptisés d'ailleurs « les cités des imbéciles », illustrant à quel point la discrimination a été flagrante envers cette couche sociale défavorisée à Antananarivo (*ibid.*).

Ces différentes vagues de peuplement des zones marécageuses d'Antananarivo montrent à quel point sa population était hétérogène en termes de niveau socioéconomique et d'origine. Néanmoins, ces quartiers étaient perçus depuis toujours par les autres habitants d'Antananarivo comme les quartiers des gens d'ascendances serviles. Dans le quartier d'*Ankasina*, un exemple d'un quartier spontané où j'ai effectué mes enquêtes, cohabitent de simples commerçants, des métayers, des lavandières, des porteurs d'eau, et des fonctionnaires. Souvent, la population la plus aisée vit dans des maisons en dur, le long des routes ; tandis que les plus précaires vivent au cœur du quartier sur des digues ou près des marécages (Guérin-Fournet, 2002). Dans d'autres quartiers comme *Manaritsoa-centre*, un faubourg populaire, Nathalie Rabemalanto et ses collègues (2016, 2018) ont pu identifier quatre types de ménages en fonction du niveau de vie socioéconomique, de la scolarisation et de la structure familiale des ménages : (i) des familles nombreuses avec un niveau de vie moyen et une scolarisation assez faible ; (ii) les ménages des jeunes pauvres vivant dans des cabanes ou des maisons en dur, avec un niveau de vie faible et un niveau scolaire primaire ; (iii) les ménages des femmes seules, isolées, souvent âgées, vivant dans des maisons en dur ; (iv) les ménages plutôt aisés vivant dans des maisons en dur avec plusieurs pièces et ayant un niveau socioéconomique supérieur par rapport aux autres types de ménages.

Les mêmes processus ont été rapportés dans d'autres pays. Avec l'explosion démographique à la suite de la demande importante de main-d'œuvre et le besoin important d'espace pour s'installer et s'épanouir en milieu urbain, l'urbanisation s'est accélérée sous la colonisation. L'indulgence de l'État a conduit à la « bidonvillisation » et à la taudification de certains espaces dans la ville. Nombre de quartiers de villes africaines n'ont pas échappé à cette situation, par exemple, du quartier de *Douar Doum* à Rabat au Maroc (Pétonnet, 1972), de certains quartiers de *Bobo-Dioulasso* au Burkina Faso (Bouju, 2010), ou encore du quartier de *Rumde Ajia* à Garoua au Cameroun (Guitard, 2015). Ces quartiers précaires et populaires se caractérisent souvent par une pauvreté importante et une « poubellisation » exagérée de leur milieu de vie. Les habitants de ces quartiers sont souvent perçus comme des citadins « indisciplinés » (*ibid.*) et subissent des discriminations importantes par d'autres groupes de classe sociale différente.

## **II-2- La paupérisation coloniale et la manipulation postcoloniale**

La monarchie *merina* avant l'annexion française avait catégorisé les sujets en quatre statuts sociaux différents, *andriana*, *hova*, *mainty libre*<sup>28</sup> et *andevo*. Après la suppression de l'esclavage, cette hiérarchie s'est progressivement simplifiée tout au long du XXe siècle en distinguant les habitants de la ville haute et ceux de ville basse à Antananarivo, c'est-à-dire en différenciant *fotsy* ou blanc, sans se soucier d'*andriana* ou *hova*, de *mainty libre*, *andevo* ou immigrants des autres régions côtières de Madagascar. Autrement dit, tous ceux qui avaient la peau foncée, et qui vivaient dans les quartiers défavorisés et populaires, étaient « perçus » comme des personnes d'ascendance servile (Ramamonjisoa, 1984 et Ramanantsoa, 1997). « Ces quartiers [défavorisés ou plus précisément ses habitants] sont marqués par des expériences de vie commune et spécifique telles que la confrontation à l'insalubrité et à la surpopulation des logements, à l'incertitude liée à la propriété de l'espace, au sous-équipement en infrastructure, à l'expérience du sous-emploi » (Roubaud et Wachsberger, 2006, p. 86-87). Les maux de la population de ces quartiers défavorisés n'étaient pas dus au hasard si nous analysons sur le long terme leur situation avant et pendant la colonisation en termes d'identité, d'éducation et d'infrastructures liées à l'assainissement, et après l'émancipation d'une manière globale, surtout pendant les deux premières Républiques de Madagascar.

### **II-2-1- Les quartiers oubliés au cœur d'une urbanisation : discrimination continue**

Tout a commencé par la perte d'identité des anciens esclaves, conduisant à une honte pour eux-mêmes et une stigmatisation par les autres habitants d'Antananarivo. Margaret Brown

---

<sup>28</sup> Ou *les mainty enin-dreny* littéralement les noirs des six mères.

(2004) évoquait les trois choses importantes que les *malagasy* ont à cœur pour être perçus comme « libres », mais que les personnes à l'origine servile ne possèderaient pas, à savoir la « présence » des ancêtres dans la vie des vivants, *tahin'ny razana*, littéralement « bénie par les ancêtres » ; la connaissance de son identité sociale via son lignage (ancêtres, lignées, nom de la famille) et l'existence de terres ancestrales transmises d'une génération à l'autre ou *tanindrazana*<sup>29</sup> pour être inhumées. En d'autres termes, « pour être un être social pleinement fonctionnel, un individu doit être capable d'identifier ses ancêtres et de maintenir des liens physiques avec eux par l'intermédiaire de leurs terres agricoles et/ou de leur tombe » (*Ibid.*, p. 619). C'est la raison pour laquelle, ils sont considérés ou se considèrent eux-mêmes, comme des *olona very* littéralement des « personnes perdues », car ils ne connaissent pas leurs ancêtres et ni leurs terres d'origine. Devant la honte encourue, plusieurs anciens esclaves et leur descendance tentent par exemple de dissimuler leur origine en créant des liens familiaux avec des personnes de statut supérieur par mariage ou adoption, ou en construisant des tombeaux de famille dans une terre inconnue, marquant en quelque sorte la présence d'un *tanindrazana* (*ibid.* ; Evers, 1999). Pour Antananarivo, comme il a été évoqué, plusieurs anciens esclaves ont entamé justement une nouvelle vie dans la plaine à cause de l'absence de *tanindrazana* et de la méconnaissance de leurs ancêtres. Malheureusement, ces derniers n'ont pas pu dissimuler leur origine à cause, entre autres, de la loi coloniale. Par exemple, à partir de 1926, la construction du tombeau a été proscrite dans la plaine d'Antananarivo. La honte et la discrimination continuaient ainsi et devenaient prégnantes dès leur installation dans ces plaines d'Antananarivo (Guérin-Fournet, 2018). De son côté, le pouvoir colonial n'a fait que légitimer ce rabaissement et creuser davantage le fossé entre les personnes d'origine servile et les personnes nées libres dans un premier temps, et les habitants pauvres des quartiers populaires de la plaine et les habitants riches des quartiers collinaires dans un deuxième temps. Le plus flagrant était le délaissement ou l'oubli de la population de ces « quartiers spontanés » et « faubourgs populaires » pendant la période coloniale.

Bien que les quartiers de la ville basse aient été surpeuplés très rapidement, l'autorité coloniale restait indifférente envers eux en termes d'éducation, de réglementation sur l'aménagement et d'infrastructures d'assainissement, contrairement aux quartiers collinaires et à ceux de la ville moyenne. En 1925, dans un des quartiers populaires d'Antananarivo, le quartier d'*Anosisoa*, sur les 2921 enfants entre 7 et 14 ans, seulement 431 ont été admis à l'école étant donné la capacité d'accueil très limitée de l'établissement scolaire. Bien que la population

---

<sup>29</sup> Souvent il s'agit du lieu où se trouve le caveau familial qui se trouve en général en dehors de la ville d'Antananarivo. Mais pour certains, leur *tanindrazana* se trouve dans la ville d'Antananarivo (Guérin-Fournet, 2002)

veuille procéder à la construction d'autres bâtiments scolaires sur ses propres fonds, l'autorité coloniale refusa leur demande. Toujours dans un de ces faubourgs populaires, le quartier d'*Isotry*, avec 50 000 habitants en 1950, n'a disposé que d'une seule école, construite en 1909, et réservée aux garçons. Malgré les demandes incessantes des directeurs successifs de l'école sur la nécessité notamment de construction d'autres bâtiments scolaires entre autres pour les filles, le pouvoir colonial n'en a pas tenu compte (Randriamaro, 2009, p. 473). Avec une telle situation, cette population des quartiers populaires ne fut jamais « armée » à acquérir un niveau scolaire avancé pour résoudre leur problème de pauvreté à long terme.

Mais cet abandon concerne également la discipline, l'aménagement et les infrastructures permettant de minimiser le problème d'inondation. La plupart de ces quartiers ont été construits à la suite du remblayage à la hâte des rizières pour l'urbanisation rapide de la ville (cf. photo 2 pour illustration). Selon l'explication de Catherine Fournet-Guérin, le système d'évacuation d'eau de la plaine d'Antananarivo n'était pas à la hauteur :

« [...], ces travaux d'aménagement, entamés dès le XIXe siècle, ne mettent pas la plaine alluviale à l'abri des inondations, car elle est fermée au nord-ouest par le seuil rocheux de Bevomanga-Farahantsana qui freine l'écoulement des eaux vers l'aval. La pente de l'Ikopa qui draine la plaine est extrêmement faible, de l'ordre de 0,15 %. Cela provoque d'une part des dépôts d'alluvions considérables dans la plaine (jusqu'à trente mètres d'épaisseur) et donc la formation de marécages, et d'autre part des inondations très importantes à la saison des pluies, de décembre à mars. La plaine devient alors « miroir d'eau » et l'eau monte dans la ville basse, en dépit de la construction de digues, envahissant les habitations jusqu'à un mètre de hauteur. L'extension de l'agglomération dans la plaine pose donc de redoutables problèmes à la population qui y réside et constitue un défi pour les aménageurs. » (Fournet-Guérin, 2002, p. 82)



**Photo 2** : Des maisons dans la plaine du Betsimitatatra et rizière en voie de remblaiement  
(Source : photo d'Hildebert Isnard, 1955)



Non seulement l'écoulement de l'eau vers l'aval est freiné par un seuil rocheux de *Bevomanga-Farahantsana*, mais la pente du fleuve *Ikopa* qui assure le drainage de la plaine n'est pas suffisante. La monarchie *merina* n'a jamais pensé que cette plaine deviendrait à un moment donné une ville habitable ; le système de drainage établi naguère était fait seulement pour évacuer l'eau des rizières. Par conséquent, la plaine est toujours sujette aux dépôts d'alluvions importants, entraînant la formation de marécages et des inondations pendant chaque saison des pluies et surtout à la suite du passage des différents cyclones à Antananarivo (Ognard, 2018, p. 300). Ce point était connu du pouvoir colonial qui a réalisé des travaux d'aménagement. Au début du XXe siècle, l'État colonial a tenté dans un premier temps d'élargir les exutoires de *Bevomanga-Farahantsana*. Ce faisant, le lit du fleuve *Ikopa*, reliant ces deux localités, a été creusé de 1,60m à 3m avec 80m de large et 5km de long. Un barrage a été construit ensuite dans le sud de la plaine, dans le quartier de *Tanjombato*, permettant de retenir les eaux du fleuve *Ikopa*. L'eau ainsi retenue est déversée par la suite dans le canal d'*Andriatany*<sup>30</sup>, creusé entre 1908 et 1914, qui débouche dans l'*Ikopa* inférieur. Pendant la même période, les digues ont été renforcées et prolongées sur les bords des fleuves traversant la ville d'Antananarivo. Apparemment, ces grandes constructions n'ont pas pu empêcher la grave inondation de frapper les quartiers de la ville basse d'Antananarivo en 1959, qui ont pâti le plus avec plusieurs habitations détruites (Isnard, 1955). Après ce désastre, plusieurs projets d'aménagement ont été mis en place par l'État Malagasy pour y remédier, entre autres, la construction des cités en dur, le curage des canaux de drainage, etc. Mais ces efforts, en termes d'aménagement et d'assainissement pendant la période coloniale et au début de l'indépendance, devenaient très rapidement vains face aux travaux continuels d'aménagement pour implanter les usines textiles, les autres infrastructures industrielles et surtout au développement incessant des quartiers dits « spontanés » et « faubourg populaire » tout au long du XXe siècle.

Tout cela a pesé sur le devenir des habitants de ces quartiers pauvres, très peu éduqués, fortement discriminés pendant la colonisation et après l'émancipation du pays. La discrimination raciale et l'exclusion sociale envers cette population reposent aussi sur d'autres critères. À part la couleur de la peau foncée, marquant d'emblée l'ascendance servile et la hiérarchie en fonction de la topographie (haut vs bas), la pauvreté, l'insalubrité, le désordre et le bruit étaient avancés par les autres habitants de la ville d'Antananarivo pour les rejeter davantage (Guérin-Fournet, 2002, p. 367 ; Ricaldi Coquelin, 2010). Certains habitants de ces quartiers regrettent profondément d'y vivre à cause de ces faits précités et expriment leur souhait de vivre dans la haute ville (*Ibid.*). Un autre travail de Catherine Guérin-Fournet (2018),

---

<sup>30</sup> Le canal d'*Andriatany*, de 13km de long, traverse la plupart des quartiers défavorisés d'Antananarivo.

intitulé « La figure du descendant d’esclave urbain dans les œuvres littéraires merina (Madagascar) : quelles représentations pour cette assignation identitaire subalterne », donne plus de précisions sur ce mépris et ce rabaissement des habitants de ces quartiers défavorisés. Ces derniers sont dominés, humiliés et évincés dans tous les domaines de leur vie à cause de leur statut jugé « inférieur », car ils sont considérés comme pauvres, très peu éduqués et « sales ». Nous avons vu qu’il existe quand même la volonté d’y implanter d’autres établissements scolaires. Cette situation a donné l’occasion aux politiciens après l’indépendance de Madagascar de manipuler cette population.

## **II-2-2- Les soulèvements populaires : instrumentalisation permanente**

La discrimination raciale et l’exclusion sociale des habitants des quartiers défavorisés sont connues de tous à Antananarivo et surtout par les politiciens. Ces habitants sont devenus souvent des acteurs dans la plupart des soulèvements populaires à Antananarivo. Les politiciens ont jeté de l’huile sur le feu pour « motiver » les jeunes des quartiers défavorisés pour servir leurs intérêts. Ces jeunes se sont constitués en véritable « milice », pendant les mouvements politiques à Antananarivo de 1972 jusqu’en 2009.

Juste après l’indépendance de Madagascar en 1960, les partis politiques prétendaient combattre les inégalités sociales. Mieux encore, ils militaient en faveur des *mainity*, les habitants noirs à Antananarivo, ainsi du Parti des déshérités de Madagascar (Padesm) ou du Parti social-démocrate du Président de la Première République. D’ailleurs, certains partis politiques, comme le MFM ou *Mpitolona ho amin’ny Fanjakan’ny Madinika*, littéralement militants pour le pouvoir du prolétariat, évoquent cette volonté de protéger les habitants des quartiers défavorisés (Gardini, 2015). Jean-Rolland Randriamaro (2009) et Marco Gardini (2015) ont analysé les prémices de l’exploitation et de la manipulation de ces jeunes à des fins politiques, sur fond de discrimination raciale et de chômage. L’intérêt des politiciens se portait également sur le nombre important de cette population, que ce soit dans les affrontements avec les forces de l’ordre dans les rues en tant qu’hommes de main, ou pour le nombre de voix qu’ils espéraient obtenir lors des élections. De leur côté, les jeunes des quartiers défavorisés espéraient retrouver leur dignité après plusieurs années de stigmatisation et surtout pouvoir exprimer leur ressentiment vis-à-vis de cette discrimination sociale et raciale. Ainsi dans un premier temps, pendant la première République, l’association ZWAM ou *Zatovo Western Andevo Malagasy* littéralement les Jeunes esclaves western Malagasy a vu le jour. Il s’agissait « [...] des jeunes chômeurs, peu scolarisés, qui vivaient dans les quartiers pauvres de la capitale et aimaient la boxe, le rugby et les [films] westerns » (Gardini, *Ibid.*, p. 29). Ils espèrent un changement dans leur statut, leur condition de vie et surtout une « deuxième indépendance » selon Jean-Rolland

Randriamaro (*op. cit.*) à la suite de l'accord de coopération Franco-Malgache. Ces jeunes chômeurs des quartiers défavorisés, d'origine servile ou non, à côté des étudiants, des travailleurs et des enseignants, participaient activement au mouvement politique intitulé cette fois-ci ZOAM ou *Zatovo Orin'Asa Malagasy*, littéralement jeunes chômeurs malgaches. Les jeunes des quartiers défavorisés se donnaient corps et âmes à la cause et affrontaient dans des conflits parfois sanglants les forces de l'ordre de la Première République entre le 13 et 15 mai 1972, conduisant au renversement du régime. Le mouvement était dissout peu de temps après que les politiciens aient pu obtenir ce qu'ils voulaient.

La Deuxième République en 1975 ne tarda pas à mettre en œuvre une nouvelle exploitation et manipulation. Ce régime mettait en place cette fois-ci une véritable « milice » composée des jeunes chômeurs, d'origine servile, des quartiers défavorisés appelés TTS ou *Tanora Tonga Saina*, littéralement « Jeunes conscientisés ». La Deuxième République s'affichait de nouveau comme le véritable protecteur de la population pauvre en général, et notamment celle des quartiers défavorisés à Antananarivo. L'État a été d'ailleurs rebaptisé comme un « *fanjakan'i madinika* », littéralement le pouvoir des petits ou des prolétaires. L'anarchie a été encouragée dans ces quartiers défavorisés pour favoriser le désordre total (Fournet-Guérin, 2002). Dans ce sens, ce groupe de choc appelé TTS a été mis en place par le ministère de la Population et utilisé à des fins de répression violente contre quiconque qui s'opposait au régime. Plusieurs cas de violences, de viols et de pillages envers les habitants d'Antananarivo et surtout les adversaires politiques du régime ont été perpétrés. Cette situation a débouché sur un affrontement sanglant et mortel entre les pratiquants des Kung-fu et le TTS en 1984. En guise de représailles, senti très offensé, l'État, via les militaires, a ordonné un assaut contre les pratiquants de kung-fu en juillet 1985 (Razafindrakoto, Roubaud et Wachsberger, 2017, p. 113 ; Raison-Jourde, 1993). Ceci montre encore une fois, la manipulation de cette population pauvre des quartiers défavorisés d'Antananarivo. Mais après ces événements, certains jeunes de ces quartiers défavorisés se sont sentis profondément déshonorés. La discussion de Marco Cardini avec quelques anciens militants de ZOAM et de TTS montre clairement un regret de ces jeunes d'avoir participé à des actes ignobles et d'avoir été des « marionnettes » politiques (Cardini, *op. cit.*). Contre « une poignée de riz » ; comme l'a évoqué, Marco Cardini (*ibid.*, p. 32) avec les promesses politiques, les habitants pauvres d'Antananarivo offrent leur soutien indéfectible sous différentes formes pendant ces moments forts (*ibid.*). Les exemples de ZOAM et de TTS montrent à quel point les violences pendant ces mouvements n'ont pas seulement discrédité les jeunes des quartiers défavorisés, mais également renforcé le stéréotype des autres habitants de la ville à leur regard ; ce qui expliquerait probablement le retrait de ces jeunes des quartiers défavorisés de la scène politique

dans les années 1990. Pourtant, une nouvelle génération ne tarda pas à entrer en scène à nouveau pendant le conflit postélectoral de 2002 et surtout pendant le changement (anti)constitutionnel de 2009.

En revenant au pouvoir dans la Troisième République, les dirigeants de la Deuxième République à l'origine du TTS n'ont pas oublié les méthodes politiques d'antan face à la population des quartiers défavorisés. Pendant la période de conflit postélectoral de 2001-2002, des jeunes *mainty*, issus des quartiers pauvres, ont été recrutés dans une association informelle appelée *Bemiranga*. La mise en place de cette association se fondait encore sur l'exclusion sociale et l'ostracisme des habitants des quartiers défavorisés (Andry, 2003). Avec une « poignée d'argent », ils s'apprêtaient à provoquer des agitations pendant la manifestation populaire de 2002 (Roubaud et Wachsberger, 2006). Cette situation marque une fois de plus l'instrumentalisation politique de cette population en exploitant la pauvreté et la ségrégation auxquelles ils faisaient face depuis toujours.

Enfin, lors de la crise sociopolitique de 2009, l'opposition politique se positionnait encore une fois en tant que « protecteur » de la population pauvre, toujours celle des quartiers populaires d'Antananarivo. Cette crise sociopolitique constitue le « remake » de la manifestation populaire de 1972, mettant en avant la protection et la valorisation des habitants pauvres, notamment ceux des quartiers défavorisés d'Antananarivo. Les politiciens se sont souvenus encore des problèmes d'inégalité sociale et de pauvreté et ont utilisé une fois de plus cette population pour assouvir leur désir de prendre le pouvoir. Denis Alexandre Lahiniriko dans son analyse politique intitulée « *Madagascar dans la tourmente. Difficile sortie de crise* » qualifie ce soulèvement de « mouvement populaire minoritaire », connu sous le nom de « mouvement orange ». Apparemment, ce mouvement a été perçu comme une revanche des *mainty* des quartiers défavorisés contre les *andriana* et qui « sont devenus les rois de Tana[narive] pendant plusieurs semaines, ils se servaient dans des magasins auxquels ils n'auraient jamais eu accès » (International Crisis Group, 2010, p. 4). Plusieurs centaines de jeunes issus des quartiers pauvres de la ville basse, connue sous le nom de « gros bras », ont été mobilisés pour perpétrer des actes de violences, de pillage et de vandalisme. Dans un premier temps, « des violences gratuites et agressions crapuleuses contre les passants » se multipliaient dans les quartiers défavorisés (Galibert, 2009, p.143). Mais tout a empiré le lundi 26 et le mardi 27 janvier 2009 pendant lesquels plusieurs centres commerciaux à Antananarivo, et dans d'autres régions de Madagascar, ont été pillés. Les magasins de vente et de stockage de denrées alimentaires appartenant au Président déchu n'ont pas échappé à ces actes de vandalisme (*ibid.*).

Jusqu'à l'éviction du Président, les manifestants des quartiers défavorisés d'Antananarivo ont donné corps et âmes pour avoir leur revanche jusqu'à l'élection présidentielle de 2018.

À travers ces différentes crises politiques, hormis celle de 1991, les habitants des quartiers défavorisés ont été explicitement instrumentalisés pour soi-disant rétablir leur dignité face à la discrimination sociale et raciale et pour soulager leur pauvreté. Pourtant, force est de constater qu'aucune amélioration n'a été observée dans la vie de ces habitants de la première crise de 1972 jusqu'à présent, car les promesses pour une vie meilleure, une vie loin de la pauvreté et de la discrimination sociale et raciale, n'ont pas été tenues. Au contraire, les différentes crises n'ont fait que ternir davantage l'image de cette population et ajouter au rejet à leur égard fait de violence et d'agressivité.

### **II-3- La pauvreté et l'insalubrité continues**

Ces différentes crises ont plongé Madagascar dans une spirale de problèmes socioéconomiques cycliques à laquelle les habitants pauvres des quartiers défavorisés d'Antananarivo n'échappent pas. Autrement dit, ils étaient à la fois des acteurs dans les soulèvements populaires, mais aussi des victimes potentielles dans ces affaires, car les crises n'ont fait qu'accroître les inégalités entre les différentes couches sociales au sein des quartiers défavorisés et à Antananarivo en général. En d'autres termes, les manifestations politiques ont contribué à plonger les classes sociales pauvres dans l'extrême pauvreté.

#### **II-3-1- Le cycle infernal de pauvreté : les pauvres s'appauvrissent !**

En dehors de tous les soulèvements populaires ordinaires, il est important d'évoquer la crise économique des années 1980 qui a marqué fortement l'ensemble de la population d'Antananarivo. Depuis l'indépendance, l'État Malagasy s'enfermait progressivement dans une politique d'étatisation entre autres des industries de transformation et de commercialisation du riz. Entre 1975 et 1982, la politique de la Deuxième République, de type autarcique, loin des investisseurs étrangers, a priorisé les investissements dans les industries nationales tout en baissant le prix du riz à payer aux producteurs. Cette décision a démotivé les producteurs à vendre leur riz à bas prix. Au début des années 1980, comme plusieurs pays dans le monde, Madagascar a été plongé également dans une crise économique grave. Pour y remédier, l'État s'est mis d'accord avec les bailleurs de fonds pour appliquer une politique d'ajustement structurel, promouvant entre autres la libéralisation du commerce. Cette situation a favorisé la mise en place d'une compétition entre l'État et le secteur privé. En prenant l'exemple du riz, l'aliment de base des Malagasy, l'État avait fixé le prix du kilo à 220 francs *malagasy* au début de 1985 dans les points de vente, notamment au niveau des *fokontany* ; tandis que les prix

pratiqués étaient le double auprès des marchands privés. Puis les points de vente de l'État ont connu une rupture de stock de riz ; le marché fut laissé au seul secteur privé qui vendait les denrées alimentaires à un prix exorbitant. Cette situation fut à l'origine d'une pénurie alimentaire sans précédent dans la capitale (Blanc-Pamard, 1985 ; Waltisperger et Meslé, 2005, Fournet-Guérin, 2002). Selon Chantal Blanc-Pamard (*op. cit.*, p. 329), la pénurie est due à « un 'refus de vente' du côté du paysan et le 'peu de zèle' de l'organisme collecteur ».

Nombre de familles pâtissaient de cette inflation brutale et de cette pénurie alimentaire dans la capitale, bien que les informations sur l'impact de cette crise ne soient pas précises pour l'ensemble de la population d'Antananarivo. On peut aisément supposer que les habitants pauvres des quartiers défavorisés ont beaucoup souffert de cette situation. L'analyse du système politique d'antan peut le démontrer d'une manière indirecte. La deuxième République, comme il a été mentionné, s'affichait comme le défenseur de la population pauvre des quartiers défavorisés, les points de vente étatiques au niveau des bureaux de *fokontany* ressemblaient aux « *tsena mora* » littéralement « épicerie bon marché » d'aujourd'hui dont l'objectif était la vente de denrées alimentaires à des prix très raisonnables. Sans aucun doute, la disparition soudaine de ces points de vente étatique, suivie de la hausse des prix et de la pénurie de denrées alimentaires, n'épargnait pas la population pauvre des quartiers défavorisés. L'analyse de Dominique Waltisperger et France Meslé (*op. cit.*) décrit les conséquences graves de cette crise liée à la pauvreté de la population d'Antananarivo entre l'année 1976 et 2000. Le taux de mortalité était important chez les jeunes enfants de 1 à 15 ans autour de l'année 1986, à cause des carences alimentaires et des maladies infectieuses telles que la diarrhée et le paludisme. La pauvreté et l'insalubrité (cf. infra) dans ces quartiers ne faisaient que favoriser ces maladies et les carences alimentaires. Entre 1976 et 1986, l'espérance de vie a diminué de 13 ans pour les hommes et de 8 ans pour les femmes à Antananarivo, illustrant ainsi la très grande vulnérabilité de la population. Il est difficile d'avoir des précisions sur le cas des habitants des quartiers défavorisés.

Pour pouvoir avoir un aperçu plus précis de l'impact négatif des crises politiques sur la population des quartiers défavorisés d'Antananarivo, les analyses des informations recueillies par les économistes, sociologues et géographes sur le contrecoup du conflit postélectoral de 2002 et de la crise politique de 2009 sont importantes. Après la crise économique qui a secoué le pays dans les années 1980, l'ouverture de l'État malagasy aux entreprises dans des zones franches a pris son essor dans les années 1990. Mireille Razafindrakoto et François Roubaud (2002) décrivent les avantages et les contraintes de ces zones franches dont la plupart ont été créées à Antananarivo. Les entreprises s'installant dans ces zones ont contribué au

développement local et à la diminution du taux de chômage. En 1998, en plein essor, elles embauchaient 50 000 salariés travaillant directement dans les usines. Elles ont été également à l'origine d'emplois indirects pour fournir des intrants et des prestations ponctuelles, soit environ 35 000 emplois en 1998, avec un total, tous emplois confondus, de 85 000. D'un point de vue économique pendant cette même année, ces entreprises franches ont contribué largement à l'amélioration du produit intérieur brut (PIB) à hauteur de 7 %. Mais ces entreprises ont été pointées du doigt par les médias à cause des rythmes de travail imposés, jusqu'à 53 heures par semaine, et les faibles rémunérations, les moins élevées au monde, selon Catherine Fournet-Guérin (2002). C'est pour cette raison que *le turnover* de ces salariés était très important. Ces entreprises franches embauchant surtout une main-d'œuvre très peu qualifiée. Ces usines des zones franches se sont implantées en général dans des quartiers précaires avec un fort taux de chômage et une forte proportion de jeunes très peu qualifiés (ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale, français, 2004). En ce qui concerne la composition des salariés dans les entreprises des zones franches, selon la loi française en 1996 portant sur la clause destinée à la génération d'emplois aux habitants d'un quartier précaire, au moins 20% des salariés doivent être constitués par les habitants du quartier où l'entreprise est installée<sup>31</sup>. À Antananarivo, les quartiers d'*Andraharo* et *Ankorondrano* sont devenus des zones industrielles avec des usines sur des franchises urbaines œuvrant dans le textile, puisant une grande partie de leur main-d'œuvre dans ces quartiers défavorisés (Rakotomalala, 2018).

Le conflit postélectoral de 2002 a secoué les zones franches à Antananarivo, leurs salariés et leur famille vivant dans les quartiers défavorisés. Les blocus économiques et routiers imposés à la capitale ont entraîné la fermeture de plusieurs usines avec 50 000 licenciements et 30 000 ouvriers au chômage technique. La mise en place des barrages sur les routes nationales desservant la capitale a empêché l'approvisionnement en matières premières et l'écoulement des produits manufacturés (Razafindrakoto et Roubaud, 2002 ; Marguerat, 2003). Le développement d'emplois informels illustre la conséquence de cette perte d'emplois dans le secteur formel. Selon l'étude multinationale intitulée « Santé, inégalités et ruptures sociales » ou SIRS de l'IRD, le secteur informel était devenu très important, avec 60 % des actifs occupés après la crise en 2003, contre 53 % en 2001. Ces activités s'opèrent dans des conditions très précaires avec une très faible rémunération (Parizot *et al.*, 2005). Autrement dit, ces travailleurs des secteurs informels ont connu une dégradation de leur qualité de vie. Dans les quartiers défavorisés, après la perte d'emploi, plusieurs personnes issues des familles vulnérables ont opté pour la vente d'aliments cuits dans des gargotes. L'œuvre de Chantal Blanc-Pamard et

---

<sup>31</sup> Source : Le Sénat français : <https://www.senat.fr/rap/r01-354/r01-3549.html#toc99>, consulté le 5 juin 2020

Hervé Ramiarantsoa (2003) donne une belle description de cette résilience via ces activités informelles après la crise de 2002 dans les quartiers pauvres d'Antananarivo :

« Dans les ruelles des quartiers pauvres de la périphérie de Tananarive, chaussées de terre battue toujours défoncées, égouts encombrés, maisonnettes délabrées... Rien ne semble avoir changé en apparence. Et pourtant... Pour certains marchands des rues, les clients se font rares, que ce soit pour le vendeur de légumes, le boucher ou le poissonnier. Les consommateurs réduisent leurs achats dans tous les domaines. La nourriture, plus couteuse que d'habitude, est le premier poste d'économie pour les familles appauvries. Par contre, le commerce d'aliments cuits s'est développé. Dans les quartiers de classe moyenne, le manioc, bon marché et remplissant l'estomac, s'est imposé. Des ménagères s'installent même dans la rue avec une marmite de manioc bouilli dans l'attente d'éventuels clients. Le soir, des gargotes envahissent les trottoirs, les rues s'animent. Certes présente avant la crise, ces modes de restauration rapide se sont multipliés, proposant un bol de soupe, un morceau de poulet grillé, ou encore un plat à base de pâtes chinoises. La clientèle est surtout masculine, d'âge adulte. Par ces petits commerces de plats cuisinés, les femmes assurent aussi à leur famille une nourriture en leur en réservant une partie. Autant d'initiatives liées aux pénuries de sel, sucre et huile qui ont duré plusieurs semaines. » (Blanc-Pamard et Ramiarantsoa, 2003, p. 184-185)

À partir de cette observation, les auteurs démontrent la vulnérabilité des familles pauvres dans les quartiers défavorisés et leur mode d'adaptation face à l'impact de la crise telle la priorisation de l'achat de nourriture dans les dépenses et le développement des activités informelles génératrices de faibles revenus comme les gargotes nocturnes. Dans une telle circonstance, les jeunes enfants subissent les effets des privations et deviennent des aides pour les adultes pour pallier les manques de la famille. L'étude de Marie Morelle (2007) évoque la présence et la mobilisation de ces enfants, souvent issues des quartiers défavorisés, dans la rue afin de chercher de l'argent pour le compte de leur famille. D'une manière globale, cette augmentation du nombre de gargotes nocturnes et la mobilisation des autres membres des familles soulignent les stratégies de résilience déployées face à une crise. Ainsi, Mireille Razafindrakoto et François Roubaud (2005) évoquent la mobilisation de main-d'œuvre secondaire dans le ménage, les femmes et les enfants par exemple, et le changement de comportement de consommation tout en mettant en œuvre des stratégies de substitution des lieux d'achat pour les produits alimentaires les moins chers.

Sept ans après, les habitants pauvres de ces quartiers défavorisés ont payé une fois de plus un lourd tribut pendant la crise de 2009-2013. La suspension de l'AGOA (*African Growth and Opportunity Act*) en décembre 2009 avec les États-Unis, permettant une exportation sans droits de douane, a ébranlé les entreprises des zones franches dans la branche textile à Antananarivo. La conséquence fut catastrophique, car plus de 40 000 ouvriers, dont une majorité de femmes, ont été licenciés à Antananarivo. En plus de cela, 300 000 autres emplois liés indirectement à ces activités ont été supprimés également (Banque mondiale, 2014). La plupart de ces victimes résident dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo. Plusieurs habitants des quartiers précaires recourent ainsi aux emplois informels après la perte de leur travail salarié. Dans le *fokontany* de *Manarintsoa-Est* par exemple, selon l'étude de Nathalie



Rabemalanto (2018), les femmes, ayant perdu leur emploi auprès des entreprises des zones franches, étaient devenues des lavandières permanentes ou sporadiques, ou des chômeuses. Dans le même quartier, un chef de ménage et sa femme étaient devenus respectivement responsables d'un taxiphone et gargotière après la perte de leur emploi. Dans le même contexte, mais cette fois-ci dans le quartier d'*Antohomadinika*, après la perte de leur emploi, les femmes étaient devenues des lavandières, des couturières ou des femmes de ménage pour pallier les besoins de leur famille (Mouvement international ATD, QUART MONDE, 2010). Ces pertes d'emplois formels ne font qu'accentuer bien entendu la pauvreté de certains ménages dans ces quartiers défavorisés. Autrement dit, l'inégalité sociale entre les riches et les pauvres s'étend de plus en plus après chaque crise politique et économique. Dans ce sens, l'œuvre de Nathalie Rabemalanto, Jean-Étienne Bidou, et Isabelle Droy (2016) dans le *fokontany* défavorisé de *Manarintsoa-centre* démontre que l'impact de la crise de 2009 est plus particulièrement ressenti seulement pour certaines catégories de ménages du quartier. Dans ce quartier de *Manarintsoa-centre*, les auteurs ont pu catégoriser quatre types de ménages en fonction de leur composition et de leur statut socioéconomique : ménages « jeunes et pauvres », « femmes seules », « familles nombreuses » et ménages « plus aisés ». Les auteurs ont classé la pauvreté des ménages à partir des informations obtenues en « sévèrement pauvre », « pauvre », « plutôt pauvre » et « non pauvre ». La crise de 2009 a appauvri davantage une grande partie des ménages de « femmes seules » et de la catégorie « plutôt pauvre » et « pauvre ». Des ménages « sévèrement pauvres » apparaissent dans les catégories de ménage « jeunes et pauvres » et à « famille nombreuse ». En revanche, les ménages « plus aisés » n'ont pas subi de changement particulier de leur statut socioéconomique. D'une manière ou d'une autre, cette pauvreté est marquée d'abord par une recrudescence de l'insécurité et des vols dans le quartier (*Ibid.*).

À part la pauvreté et la discrimination sociale et raciale, une autre gangrène ronge cette population : l'insalubrité généralisée, l'exposant plus que jamais à des maladies liées à la contamination par le milieu de vie.

### **II-3-2- La « poubellisation » et la peste dans les quartiers défavorisés**

Les habitants des quartiers défavorisés rencontrent des problèmes d'hygiène abominables à cause des inondations et de la « poubellisation » de l'espace public. L'histoire montre que leur sort était scellé en matière d'assainissement et d'hygiène depuis longtemps, à cause du mauvais système d'évacuation d'eau, du peuplement spontané et anarchique (cf. supra), de l'insuffisance d'infrastructures et du choix politique de certains dirigeants surtout dans les années 1980.

Les infrastructures dédiées à l'assainissement et aux bonnes pratiques d'hygiène, s'agissant des latrines et des bennes à ordures par exemple, sont non seulement insuffisantes, mais vieilles. Selon le rapport de l'ONU habitat en 2010, 64% des ménages des quartiers de la plaine d'Antananarivo possèdent une installation sanitaire précaire et 30% de leur population font leurs besoins à l'air libre (ONU-Habitat, 2010). Jean-Michel Wachsberger (*op. cit.*) a démontré que 2% seulement de la population dans les quartiers défavorisés possèdent à domicile une latrine avec une fosse septique. Cette rareté des latrines est liée aux contraintes socioéconomiques des familles, aux croyances et au problème d'espace. Prenons le cas du quartier d'*Andranomanalina Isotry* comme illustration (Rakotomanana, 2017), la vidange d'une latrine coûte 50 000 Malagasy Ariary<sup>32</sup> (Ar), soit environ 14 € pour évacuer les matières fécales. Ce montant est difficile à supporter pour une seule famille. Ainsi l'utilisation d'une latrine par plusieurs familles est devenue de plus en plus commune pour partager le coût de la vidange. Deuxièmement, certains habitants ont peur de l'effet de la souillure causée par le contact avec les matières fécales humaines (cf. infra). Ces habitants refusent, par conséquent, de nettoyer ou d'entretenir la latrine pour éviter un tel contact ; avec le temps, la latrine en question finit par être abandonnée à cause de sa dégradation. Enfin, la plupart des habitants dans ces quartiers préfèrent construire un habitat plutôt qu'une latrine. Signalons que 87% des habitants de ces quartiers préfèrent y vivre malgré la précarité matérielle, l'insalubrité et la pauvreté. Leur quartier leur procure résilience, mais aussi sécurité face à la discrimination sociale, voire raciale que ces gens subissent. Pendant et après les crises politiques, la facilité d'accès aux différentes activités informelles constitue également une des raisons qui les poussent à rester dans leur quartier grâce à l'insertion sociorelationnelle<sup>33</sup> (*Ibid.*). Les aides mutuelles constituent un avantage pour pallier les différents problèmes quotidiens. Toujours à *Andranomanalina Isotry*, les habitants tissent des relations, à travers différents réseaux, familiales, amicales et vicinales pour atténuer le poids de la pauvreté pendant les moments difficiles. Le décès d'un membre du quartier est un exemple qui illustre cette solidarité. À travers une association vicinale, les amis et les voisins font une cotisation visant à aider la famille du défunt pour l'achat d'un linceul et contribuer aux dépenses dédiées à l'alimentation des invités pendant les veillées mortuaires<sup>34</sup>. Une autre pratique montrant une telle solidarité vicinale est la fameuse tontine connue localement sous le terme *ankandray*. Ce système de microcrédit local est une cotisation journalière ou hebdomadaire entre amis ou familles, régie

---

<sup>32</sup> Le salaire minimum à Madagascar est passé de 200 000Ar (soit 46 €) à 250 000Ar (soit 58 €) à partir du 1er mai 2022 (Source : <https://agoramada.com/t/decret-sur-laugmentation-de-salaire-mai-2022-a-madagascar/6330>).

<sup>33</sup> Les habitants entrent, comme une stratégie de survie, dans les différents réseaux, familial, amical et de voisinage, pour atténuer les problèmes dans leur quotidien.

<sup>34</sup> Les veillées durent parfois jusqu'à 3 jours durant lesquels la famille doit pouvoir offrir à manger aux visiteurs.

par des règles consensuelles, permettant à chaque membre de rassembler un montant d'argent important pour mettre en place un petit projet, un commerce par exemple. Les relations familiales et vicinales permettent aussi la mise en place des entraides journalières (*Ibid.*). Le propos d'Emile Durkheim (1897, p. 224) a ici toute sa place : « dans une société cohérente et vivace, il y a de tous à chacun et de chacun à tous un continuel échange d'idées et de sentiments et comme une mutuelle assistance morale, qui fait que l'individu, au lieu d'être réduit à ses seules forces, participe à l'énergie collective et vient y reconforter la sienne quand elle est à bout. ».

Chaque *fokontany* devrait pouvoir disposer d'une benne à ordures. Pourtant, la répartition spatiale est très inégale et ne tient pas compte de la taille du quartier ni de l'importance de sa population. Les quartiers résidentiels possèdent par exemple plus de bennes que les quartiers défavorisés populaires. D'ailleurs, beaucoup de quartiers précaires n'ont pas leur propre benne à ordures (Raharinjanahary, 2011). Le cas d'*Andranomanalina Isotry* par exemple avec 7879 habitants en 2016, partage une seule benne avec quatre autres quartiers défavorisés avoisinants (Rakotomanana, *op. cit.*).

Le point culminant de cette situation date de la Deuxième République, avec sa politique de laisser-faire. Cet'État d'antan se vantait de donner le pouvoir aux « petits » (*fanjakan'ny madinika*), favorisant le « désordre » dans les quartiers défavorisés dont le résultat était particulièrement catastrophique en matière d'assainissement et d'hygiène. D'après Catherine Guérin-Fournet (2002), les consignes des responsables, de la Commune Urbaine d'Antananarivo, « [...] étaient de ne rien interdire, de laisser les gens se livrer comme bon leur semblait à leurs activités [...]. (*ibid.*, p. 190). Les commerces informels gagnaient du terrain et chacun pouvait jeter ses ordures n'importe où. La municipalité assurait le ramassage d'ordure d'une manière très sporadique et n'atteignait plus les espaces publics comme les ruelles et les espaces découverts à l'intérieur de ces quartiers. Il n'y avait plus d'amendes pour les gens qui urinaient dans la rue ou jetaient leurs ordures dans l'espace public. Les campagnes de sensibilisation sur le respect de l'hygiène avaient été délaissées ; et par-dessus tout, les curages des canaux d'évacuation des eaux n'étaient plus réguliers. L'organisation « anarchique » de ces quartiers rendait difficile la collecte de déchets et notamment des décharges sauvages à cause de l'exiguïté des ruelles. Certains quartiers défavorisés de l'ouest de la plaine d'Antananarivo ne bénéficiaient pas de ramassage des déchets de manière régulière, faute de logistiques et/ou de matériels nécessaires à la collecte selon les responsables au sein des ministères concernés et de la Commune Urbaine d'Antananarivo (Raharinjanahary, *op. cit.*).

Les venelles, les canaux d'évacuation et les espaces publics servent de dépotoirs, de lieux de miction, de défécation et surtout de déjections (Rakotomanana, *op. cit.*). Prenons le cas du canal d'*Andriantany*, dont la construction servait à drainer l'eau de la plaine pour éviter les inondations, il est devenu le lieu de décharge et de déjection de ses habitants. Tous les canaux d'évacuation traversant ces quartiers ont subi le même sort (Ratsitoherina, 2014 ; Rakotomanana, *op. cit.*). Avec les inondations pendant la saison des pluies, leurs habitants sont exposés à la fange, aux eaux stagnantes, aux matières fécales et aux ordures ménagères pendant la montée de l'eau. Certains d'entre eux sont contraints d'abandonner leurs demeures pour se réfugier dans des écoles publiques ou d'autres établissements d'accueil pendant les moments forts. Cette situation a donné du fil à retordre aux responsables successifs de la Commune Urbaine d'Antananarivo depuis la fin de la Deuxième République. Avec la politique d'ajustement structurel de la Banque Mondiale, la collecte des déchets et la gestion des eaux usées ont été attribuées au Service autonome de Maintenance de la Ville d'Antananarivo ou SAMVA pour améliorer la situation, mais sans succès (Raharinjanahary, *op. cit.*).

La situation s'est aggravée pendant les crises sociopolitiques, le ramassage des déchets fut défaillant pendant les moments forts de la crise de 2002 et 2009 (*ibid.* ; Razafiarisoa, Nirina et Klaus, 2009). En matière d'assainissement, d'une manière globale, selon « le rapport d'évaluation de l'élaboration de schémas directeurs d'assainissement de huit centres urbains secondaire de Madagascar », le taux d'utilisation des infrastructures est passé de 53 % en 2004 à 46% en 2012 (Banque Africaine pour le Développement & Facilité Africaine d'eau, 2015). Dans le quartier de *Manarintsoa-centre* par exemple, l'accès à l'eau potable avait connu une forte dégradation après la crise politique de 2009 : 27% des ménages rencontraient des difficultés d'approvisionnement en eau potable en 2013 contre 7% en 2010. Plusieurs bornes-fontaines ont cessé de fonctionner faute d'entretien (Rabemalanto, Bidou et Droy, *op. cit.* Rabemalanto, *op. cit.*).

### **II-3-3- Une « trappe » aux maladies infectieuses et au retard de croissance**

En tenant compte de cet environnement malsain, dans lequel les habitants « choisissent » de vivre à cause de la discrimination sociale et raciale, les risques de maladies liées aux mauvaises conditions sanitaires et de malnutrition infantile sont très importants. La qualité de l'eau utilisée, y compris auprès des bornes-fontaines qui constituent la plus importante source d'approvisionnement en eau potable, est loin d'être bonne.

Les activités polluantes (défécation en plein air, déjections) contaminent les eaux dans les quartiers défavorisés. L'œuvre de Carole Ognard (*op. cit.*) donne un aperçu général sur les risques sanitaires hydriques auxquels les habitants de ces quartiers précaires d'Antananarivo

font face. Elle a travaillé dans les quartiers de *Mahavoky Besarety, Andravohangy, Anosibe Ambohibarikely, Anatihazo Isotry, Amboditsiry, Manjakaray IIC*. Le quartier d'*Anatihazo Isotry* attire particulièrement notre attention, car il est proche de notre zone d'étude de cette thèse, dans la plaine de la partie ouest du palais de la Reine. Cette auteure combine les effets de contextes tels que « la densité, le taux d'équipement de la ville en services [...] délinquance, l'habitat précaire [...] les pratiques et les représentations [...] la présence d'*Escherichia coli* et d'entérocoques » et les données démographiques et socioéconomiques à savoir « l'âge [...] le sexe, le taux de chômage » (*ibid.*, p. 269 -270). La prégnance des risques varie d'un quartier à l'autre, mais en ce qui concerne *Anatihazo Isotry*, elle est surtout marquée par la présence importante de pathologies diarrhéiques, respiratoires et cutanées dues certainement à la mauvaise qualité de l'eau utilisée par la population. L'eau contient des taux importants d'*Escherichia coli* et d'entérocoques, bactéries d'origine fécale. Le risque de contamination fécale des eaux est avéré dans ces quartiers défavorisés. Les résultats des recherches de Rindra Randremanana et ses collaborateurs (2001) ont démontré que la population des quartiers des Arrondissements 1 et 4, où se concentrent ces quartiers défavorisés, sont les plus à risque de maladies infectieuses à cause de l'environnement malsain, la grande proximité des habitants dans un espace relativement restreint et le risque important d'inondations récurrentes. L'épidémie de choléra, qui a frappé Madagascar en 1999, illustre la vulnérabilité de cette population. Parmi les premiers cas notifiés à Antananarivo, certains résidaient dans les quartiers défavorisés comme les *fokontany* d'*Ankazomanga* et *Isotry*. Le point de départ de l'épidémie a été la province de Mahajanga, dans le nord-ouest de Madagascar ; le choléra a atteint la capitale le 23 avril 1999. Une des observations épidémiologiques sur une fillette hospitalisée a démontré cette défaillance liée à l'hygiène. Pourtant, elle n'avait jamais voyagé dans les zones d'où l'épidémie est partie ; en revanche, elle a consommé « des fruits, rapportés de Mahajanga par un oncle apparemment en bonne santé », qui ont été « insuffisamment lavés » avant la consommation (Raobijaona *et al.*, 1999, p.72). La peste bubonique est une autre maladie qui montre la vulnérabilité de la population de ces quartiers défavorisés d'Antananarivo. L'épidémie de 1921 a frappé de plein fouet les quartiers défavorisés de la plaine ouest d'Antananarivo avec comme point de départ le quartier d'*Anatihazo* (ou *Anatihazo Isotry* aujourd'hui) le 1<sup>er</sup> juillet de cette année et s'est répandue très vite dans tous les quartiers précaires de la plaine ouest (Esoavelomandroso, 1981). Puis 80 ans plus tard, Hélène Guis (2003) a rapporté les risques d'incidence de peste toujours dans ces quartiers précaires à savoir le quartier d'*Antohomadinika, Tsenabe Isotry, Andranomanalina Isotry, Ampefiloha, Analakely, Andravoahangy Tsena, Anosibe, Andavamamba, et ce de Manjakaray*, entre 1998

et 2001. En 2014, des cas de pestes et un mort ont été notifiés dans la capitale, notamment dans les quartiers défavorisés<sup>35</sup>.

À cause de l'effet de contamination par le milieu de vie et de la pauvreté, les jeunes enfants de moins de 5 ans de ces quartiers, comme il a été évoqué un peu plus haut, sont sujets à la malnutrition, notamment au retard de croissance ou à la malnutrition chronique : 59,4% de forme modérée et 24,9% de forme grave. Il s'agit d'une prévalence alarmante en matière de santé publique, dépassant largement celle de la capitale, estimée à 49,3% (PAM et ACF, 2019) et celle de la moyenne nationale qui est de 42% en 2018 (MICS, 2019).

L'analyse historique sur ces quartiers défavorisés a montré que le sort de leur habitant a été scellé depuis longtemps en matière d'éducation, de pauvreté et d'insalubrité de manière globale. Cette analyse a permis de contextualiser la situation actuelle dans ces quartiers et de mieux comprendre les pratiques des habitants pour s'adapter à leur situation. On peut en conclure jusqu'ici qu'ils sont victimes de l'histoire et surtout de la politique de l'État de manière globale avant, pendant et après la colonisation. Pour en être sûr de cette conclusion, il est temps maintenant de déconstruire de manière spécifique la question sur la ou les politiques autour de la gestion de déchets (ordures ménagères et matière fécale humaine) à Antananarivo et surtout dans ces quartiers défavorisés.

---

<sup>35</sup> Sources : [https://www.lexpress.fr/actualites/1/monde/madagascar-la-peste-est-arrivee-dans-la-capitale-antananarivo\\_1625515.html](https://www.lexpress.fr/actualites/1/monde/madagascar-la-peste-est-arrivee-dans-la-capitale-antananarivo_1625515.html) ; [EN IMAGES. Madagascar : au cœur d'un bidonville contaminé par la peste - Le Parisien](#).

### **Chapitre 3 : Politique publique de la gestion des ordures ménagères dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo**

Au moment où une situation est devenue un problème collectif, le processus de la mise en place d'une action publique dans le but de le résoudre est envisageable ; « c'est [...] désigner l'action menée par une autorité publique (seule ou en partenariat) afin de traiter une situation perçue comme posant un problème. [...] Les politiques publiques sont une action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique, à la direction de la société, à la régulation de ses tensions, à l'intégration des groupes et à la résolution des conflits » écrivaient Pierre Lascoumes et Patrick Le Gallès (2012, p.7). Pourtant, dans sa phase d'exécution, « toute politique publique se veut en principe cohérente et efficace. Aucune ne l'est totalement, dans aucun pays du monde » selon Jean-Pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (2014, p. 16). La réalisation des activités prévues dans ces politiques peut « ignorer » certains territoires pour des raisons de difficultés ou peut se heurter à des registres normatifs locaux, pratiques<sup>36</sup> et/ou sociaux. Par rapport à ces normes sociales locales, Emile Durkheim (1950, 2014) mettait en avant les questions de « règles de conduite » renvoyant aux règles techniques et règles morales ou faits moraux. Il les distingue, car toutes « règles de conduite » ne sont pas forcément morales et que les conséquences de la violation d'une règle ne sont pas les mêmes. Il y a deux raisons qui incitent un individu à respecter un règlement local (moral) au détriment d'un règlement étatique autour d'une politique publique. Ces règles morales déterminent les normes qui impliquent deux caractères importants pour leur respect par les usagers, l'*obligation* et la *désirabilité*. En d'autres termes, l'individu respecte une règle ou une norme, car non seulement il est obligé, mais il veut le faire. Cela implique deux forces importantes, c'est-à-dire la force contraignante (en relation avec l'obligation) et la force motivationnelle (en relation avec la désirabilité). La force contraignante met en garde l'individu contre les sanctions (châtiments) par les membres de la société ou par une force invisible dans le cas d'un sacrilège. En ce qui concerne la force motivationnelle, les normes sociales priment sur les normes étatiques à cause, entre autres, de la prégnance du « sacré » (ou la crainte de la souillure). Autrement dit, la protection de la sacralité rend efficaces les normes sociales au détriment des normes étatiques. La deuxième raison qui motive les gens à observer les règles et les normes sociales est le respect de la « conscience collective » ou « conscience commune », se définissant comme « l'ensemble des croyances et sentiments communs à la moyenne des membres d'une même société » (Durkheim, 2013, p.46). L'individu s'efforce d'observer ces règles pour ne pas offenser cette « conscience collective » d'une part, et pour être reconnu en conséquence comme un membre entier de « sa » société, d'autre part.

---

<sup>36</sup> Dans le cadre de cette thèse, nous ne nous intéressons pas à cette norme pratique qui se définit comme « les pratiques routinières des acteurs de développements ou des agents de santé locaux dans la mise en œuvre de leur travail, des normes qui s'écartent des normes étatiques.



Dans ce chapitre, la difficulté de la mise en œuvre de la politique, de manière globale à Antananarivo, sur la gestion des ordures ménagères et de matières fécales sera traitée dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les règlements municipaux (étatiques) seront analysés en fonction de leur inapplicabilité dans le quartier d'*Ankasina* en matière de gestion d'immondices. Enfin, les normes sociales dans la gestion de ces insalubrités seront documentées.

### **III-1- La stratégie en matière d'assainissement non pour les quartiers défavorisés**

Dans la lutte contre les différentes maladies d'origine hydrique, les institutions internationales ont décidé de placer au même degré d'importance le secteur « eau potable », les secteurs « assainissement » et « hygiène » dans le cadre de l'initiative *Water, sanitation and Hygiene* (OMS, 1981). Les institutions internationales ont fixé « un rang de priorité plus élevé au financement de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement... » à la suite de la résolution n°A/RES/45/181 de l'Assemblée générale de l'ONU en décembre 1990 (ONU, 1990, p.119). Le droit à un environnement propre et sûr est ainsi perçu comme étant important pour le développement et la survie de tout le monde, et notamment des enfants, selon l'article 24 de la convention relative aux droits de l'enfant de l'UNICEF (2012) et l'objectif 6 de l'Objectif de Développement Durable visant à « Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable ». Madagascar a ratifié ces conventions et adopté l'Agenda 2030 du développement durable. Dans ce sens, l'État avait annoncé son adhésion officielle à ce programme en 2002. Le premier document d'envergure nationale en matière d'assainissement, d'accès à l'eau potable et à l'hygiène le « DIORANO-WASH » a été adopté en avril 2008. Quelques mois après la présentation officielle de ce document phare, l'État malagasy a décidé de mettre de plus en plus en avant le secteur assainissement en élaborant le Programme National d'Accès à l'Eau Potable et l'Assainissement (PNAEPA), Période 2008 – 2012 en juin 2008 (ministère de l'Énergie et des Mines, 2008) et la Politique et Stratégie Nationale de l'Assainissement (PSNA), adoptée le 10 novembre 2008 et qui n'a connu aucune mise à jour jusqu'en 2019. L'un des objectifs de cette politique est de « organiser et promouvoir les actions d'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène sur l'ensemble du territoire malagasy » (État malagasy, 2008, p. 2).

La PSNA de Madagascar veut assurer, entre autres, la gestion des ordures ménagères et les matières fécales en milieu urbain par la mise en place « d'une organisation institutionnelle pragmatique et opérationnelle » et « la priorisation nationale de la sensibilisation à l'hygiène ».

### III-1-1- Qui est le responsable de la gestion des déchets à Antananarivo ?

« [Le partage de responsabilité] n'a pas permis de travailler convenablement (...) c'est par ce qu'il s'agit d'une responsabilité interministérielle, nous n'avons pas entrepris tous les volets dans une seule chaîne... nous étions dans la difficulté dans la coordination (...) » (une responsable auprès du ministère chargé de l'Assainissement)

Dans les années 1990, il a été convenu que l'administration communale pouvait recourir au service d'un établissement public ou privé pour la collecte des déchets<sup>37</sup>. L'administration communale à Antananarivo a eu le SAMVA sous son autorité pour réaliser ces activités. Les textes juridiques et stratégiques ultérieurs ont soutenu cette position hiérarchique de la mairie vis-à-vis du SAMVA. Le Code de l'eau de 1999<sup>38</sup> a précisé, par exemple, dans son article 16, que « [l]'élimination des déchets des ménages s'effectue sous la responsabilité des communes, qui peuvent financer en totalité ou en partie les coûts du service conformément à la réglementation en vigueur ». L'administration communale est ainsi le responsable direct du ramassage des ordures ménagères via le SAMVA à Antananarivo Renivohitra<sup>39</sup>.

En 2009, l'État<sup>40</sup> malagasy a proposé une refonte de cet établissement dans son organisation et sa structure. Il a été placé financièrement sous la tutelle du ministère des Finances qui subventionne une grande partie de son fonctionnement. Ce décret a souligné également dans son article premier que le SAMVA est « ... un établissement public à caractère industriel et commercial placé sous l'autorité du Maire de la Commune Urbaine d'Antananarivo ... ». (Cité dans État Malagasy et Banque mondiale, 2019). Un établissement public à caractère industriel et commercial ne devrait pas recevoir une subvention de l'État. Seule une entité à caractère public national peut jouir de cette aide. Ce fut seulement en 2019 que l'État a légiféré sur le caractère « Public et national » de cet établissement<sup>41</sup>. Le SAMVA a été placé techniquement ainsi sous la tutelle de trois ministères, c'est-à-dire le ministère chargé de l'Aménagement du territoire, de la Décentralisation, celui de l'Assainissement et parallèlement sous l'autorité de l'administration communale. Les mots « tutelle » et « autorité » diluent les responsabilités de l'entité ayant deux responsables : l'administration communale d'un côté et les différents ministères de l'autre. Selon le rapport de la Cour des comptes en 2019, les textes

<sup>37</sup> Article 2 de la loi n°95-053 du 3 octobre 1995 (Source : <https://jwf-legal2.fr/gd/Lois-213.htm>, consulté le 2 juillet 2021)

<sup>38</sup> Source : [Madagascar - Loi n°1998-29 du 20 janvier 1999 portant Code de l'Eau \(www.droit-afrique.com\)](http://www.droit-afrique.com), consulté le 2 juillet 2021

<sup>39</sup> Antananarivo Renivohitra est la capitale, elle correspond à un seul district formé par une seule commune et six arrondissements.

<sup>40</sup> Décret n° 2009-1166 du 15 septembre 2009, évoqué dans le rapport de cour des comptes (2018-2019)

<sup>41</sup> Article 6 de la loi n°2018-037 du 8 février 2019, Source : <http://www.dgfag.mg/wp-content/uploads/2019/10/loi-sur-les-epn-version-scan.pdf> (Consulté le 2 juillet 2021)

mettent l'administration communale comme premier responsable dans la pratique, mais il est probable que l'État via les différents ministères, aurait plus d'autorité sur le SAMVA, car les ministres peuvent désigner, par arrêté, leurs suppléants auprès du conseil d'administration de cet établissement et nommer le Directeur général via un décret du conseil des ministres. De plus, l'État finance une grande partie de son fonctionnement (Cour des comptes, 2019). Cette situation ambiguë mettait l'établissement SAMVA très mal à l'aise dans la mise en œuvre de sa mission, car il ne savait plus qui était son véritable « chef hiérarchique » : les différents ministères ou l'administration communale. De plus, les responsabilités des autorités hiérarchiques n'étaient pas claires (administration communale ou ministères) lors des différentes périodes où il y avait eu des entassements d'ordures. Lors de l'épidémie de peste pulmonaire à Antananarivo vers la fin de l'année 2017 par exemple, la Tribune Madagascar,<sup>42</sup> le 4 octobre 2017, faisait état des « critiques véhémentes de la part de l'exécutif et notamment de la part du Premier ministre, après que la responsabilité de l'[administration communale] [...] dans la propagation de l'épidémie de peste ». L'administration communale a riposté que la collecte d'ordures ne relevait plus de sa compétence directe, mais de celle du SAMVA se trouvant sous la tutelle des ministères. Les mêmes scénarios se sont reproduits lors des différentes périodes électorales, le 7 novembre 2018 (élection présidentielle) par exemple, « les déchets s'amoncellent dans plusieurs quartiers d'Antananarivo » (Arena R., Tribune Madagascar du 28 septembre 2018<sup>43</sup>), puis le 27 novembre 2019 (élection communale), « Insalubrité urbaine : Antananarivo et ses montagnes d'ordures », titrait un journal de la presse quotidienne nationale, le 22 novembre 2019<sup>44</sup>. Face à cette situation, des réorganisations ont été réalisées au niveau des ministères dans le but d'améliorer le système de coordination, en créant des directions pour y rassembler les activités d'assainissement. Dans ce même sens, le SAMVA a été dissout en février 2021 et ses activités et employés ont été affectés auprès d'un service de l'administration communale pour que cette dernière assure de manière « verticale » la coordination des activités dans le ramassage des ordures ménagères à Madagascar.

### **III-1-2- Difficulté d'application de la politique dans les quartiers défavorisés**

À travers la PSNA, « la priorisation nationale de la sensibilisation à l'hygiène » est une des orientations stratégiques. Ce qui intrigue dans cette phrase est le mot « national », impliquant forcément toutes les zones c'est-à-dire les zones urbaines et les milieux ruraux en

---

<sup>42</sup> Source : <https://www.madagascar-tribune.com/La-CUA-demande-la-tutelle-de-la,23326.html> La tribune de Madagascar est une presse nationale quotidienne

<sup>43</sup> Source : <https://www.madagascar-tribune.com/Les-dechets-s-amoncellent-dans-plusieurs-quartiers-d-Antananarivo.html> consulté le 17 février 2019

<sup>44</sup> Source : <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2019/11/22/insalubrite-urbaine-antananarivo-et-ses-montagnes-dordures/> , consulté le 17 février 2021

général sans faire de distinction ou d'exception. Pour comprendre un peu cette logique, la déconstruction du mot « assainissement » et l'attente des observateurs y compris des partenaires en retour sont importantes. Dans la PSNA, l'assainissement a été défini comme « l'ensemble des interventions destinées à assurer la salubrité des zones habitées et à limiter les impacts de la pollution sur l'environnement (PSNA, 2008, p. 2). Dans ce sens, toutes les zones devraient bénéficier des actions visant à assurer la salubrité des zones habitées » sans faire la distinction entre zone rurale ou milieu urbain. Même les quartiers défavorisés devraient en bénéficier dans le but d'assurer « la salubrité de leur zone habitée ». Autrement dit, la sensibilisation en hygiène devrait être réalisée de manière équitable tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Pourtant, les activités prévues par l'État via les ministères responsables, en matière d'assainissement, se différencient entre une zone rurale et un milieu urbain, en se basant sur le stéréotype selon lequel « (...), les personnes qui vivent en milieu urbain sont « censées » connaître cela (...) Nous, la population en milieu urbain, sommes censés utiliser tous des latrines (...) » disait un responsable auprès du ministère chargé de l'assainissement. Selon un autre responsable « (...) Concernant l'assainissement de base, c'est surtout dans la zone rurale, ce que je viens de dire que nous sommes censés [connaître cela ici] ... ici (en milieu urbain), on ne parle plus d'assainissement de base, mais plutôt de la question de latrinisation ou la construction d'infrastructures collectives d'assainissement (...). Nous ne focalisons plus sur la question de sensibilisation, mais plutôt sur ce que la population devrait faire, c'est la construction de latrines et autres (infrastructures) ».

La sensibilisation à l'hygiène de base ou « l'activité soft » sur l'utilisation de latrines et l'interdiction de la défécation à l'air libre, sont ainsi réservées aux populations des zones rurales, mais non aux habitants du milieu urbain à cause de toutes les difficultés sur la collaboration et l'engagement des citoyens. En 2008, le ministère de l'eau à travers un service d'appui à l'assainissement a mis en place, par exemple un projet visant à mettre un terme à la défécation en plein air par le biais de l'approche « community led total-sanitation » (CLTS) ou « l'assainissement total piloté par la communauté ». Cette action met l'accent sur un processus de changement de comportement des habitants d'une communauté donnée, par l'intermédiaire d'un facilitateur local ou externe, en matière d'assainissement plutôt que dans la construction de toilette (Kar et Chambers, 2008). Cette approche plus ou moins osée<sup>45</sup> vise à faire apprécier et analyser par les membres d'une communauté, *de visu*, les résultats de leur propre pratique sur la défécation en plein air. Pour ce faire, des visites des lieux de défécation sont programmées dans le but de provoquer des « chocs », « dégoûts », voire de la « honte » pour un changement

---

<sup>45</sup> Osée car on demande à une population donnée de juger ces propres pratiques.

de comportement ultérieurement (*Ibid.*, p. 7). « Le CLTS a été fructueux en milieu rural, en revanche en milieu urbain, il est difficile de collaborer avec la population, la mentalité des gens dans la zone rurale est différente de ceux du milieu urbain. En milieu rural, si on met en place une personne locale en tant que leader dirigeant et coordonnant les activités, il peut sensibiliser les gens à ne pas faire cela [faire la défécation à l'air libre] et à bâtir des latrines. Une organisation est mise en place dans la communauté, il n'est pas difficile de faire cela. Ici en milieu urbain cependant, il est un peu difficile de mettre en place un tel processus, il faut toujours recourir à l'application de la loi et c'est là qu'on a une difficulté (car il n'y a pas de loi encore) » (un responsable du ministère chargé de l'assainissement).

Le choix de développer cette approche pour les zones rurales sous-entend l'importance de la défécation en plein air en zone rurale davantage qu'en milieu urbain en général. Cependant, cette pratique reste très répandue dans les quartiers défavorisés de la zone urbaine d'Antananarivo. Selon l'ONU-Habitat (2010) 30% des habitants dans ces quartiers font leur défécation/miction en dehors de l'habitation et des toilettes publiques (ONU-Habitat, 2010). Intervenir plus dans les zones rurales et périurbaines plutôt qu'en milieu urbain est lié à la collaboration difficile entre les acteurs du projet et les citoyens. La mise en œuvre du CLTS nécessite une collaboration étroite et à long terme avec les membres d'une communauté. Un responsable de l'assainissement auprès de l'ONG GRET a évoqué par exemple le souci de travailler en milieu urbain, surtout dans les quartiers défavorisés, en disant que « [...] la vérité, nous avons peu d'interventions dans les quartiers précaires ici à Antananarivo, c'est très rare, très rare, nous évoluons plutôt dans les zones périurbaines et rurales à cause de la simplicité sur l'approche territoriale, il est facile d'y intervenir, d'orienter les populations vers les activités du projet [...]. Tandis qu'en milieu urbain c'est la complexité... ». On dirait que ces difficultés subjectives orientent le choix des activités en fonction des zones, et vont à l'encontre de celles prévues dans la stratégie nationale. « Ici en milieu urbain, il n'y a plus trop de sensibilisation « spécifique », mais c'est dans la zone rurale qu'on fait plus dans le ministère. Par contre pendant la célébration de la journée mondiale, il y a une sensibilisation sur l'utilisation de la toilette (...) le 29 novembre et c'est pareil pour le lavage des mains, le 16 octobre » (un responsable auprès du ministère de l'assainissement).

Dans tous les cas, la sensibilisation de base sur l'hygiène est rudimentaire et très occasionnelle en milieu urbain et se fait uniquement pendant les journées internationales. Les projets de constructions des infrastructures sont en revanche prioritaires tels que ceux des toilettes publiques, des toilettes familiales améliorées, des bornes-fontaines et des lavoirs. Pourtant, l'utilisation de ces infrastructures reste toujours payante, ce qui limite son utilisation

dans les quartiers défavorisés. En tout cas, la méfiance des bailleurs perdurait et a eu des répercussions dans ce secteur. « (...) il y a eu des bailleurs de fonds qui n'ont rien fait [auprès du ministère], ils ont fait quand même, mais sans passer à travers le ministère (...) directement au niveau de la communauté ou au niveau des *fokontany* (...) » (un responsable de la gestion de boue de vidange auprès du ministère de l'assainissement).

### **III-1-3- Problèmes, financier et foncier, à travers les crises politiques ressentis dans les quartiers défavorisés**

Jean de la Harpe (2015), évoquant « le cercle vicieux de l'aide traditionnelle » dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, souligne le choix stratégique des donateurs en fonction des contextes du pays récipiendaire. Les bailleurs préfèrent les aides par projets aux aides sectorielles ou par programme au cas où le pays concerné aurait une mauvaise planification, des problèmes de gouvernance et de coordination... Ils opèrent directement auprès des ONG ou associations sans passer par l'organe ministériel. L'Agence Française de Développement (AFD) a opté, par exemple, pour cette solution avec un appel à projets appelé « financement des projets des ONG (FISONG)<sup>46</sup> » à Antananarivo. À titre d'exemple, le projet d'Assainissement Innovant en milieu Urbain ou « PAIU » ou *Fanatsaràna ny Faripiainan'ny Mponina Andrenivohitra amin'ny Fandrindràna ny Fahadiovana sy Fidiovana* « FAMAFA », a été mis en œuvre par l'ONG CARE International-Madagascar et ses partenaires dans 12 *fokontany* défavorisés entre avril 2013 et octobre 2016 (Care International, 2016). Ce projet a visé à l'amélioration des conditions de vie et sanitaires des populations vulnérables. Plusieurs acteurs locaux (les agents de pré-collecte de déchets, vidangeurs de latrine...) ont reçu des formations sur les stratégies permettant l'autofinancement des associations locales à travers l'adhésion des ménages au système en payant la redevance mensuelle, par la mobilisation des maçons locaux pour la construction des latrines, l'acquisition des techniques de supervision effective, etc. Le projet a permis également la construction de plusieurs infrastructures, latrines, site de traitement de boues de vidanges... Un des inconvénients de ce genre d'aide est l'absence de fonds alloués aux services, pouvant avoir certainement des retentissements sur le fonctionnement des entités étatiques. Comme il a été évoqué un peu plus haut, l'administration communale à Antananarivo a eu recours au service d'un établissement public ou privé pour la collecte des déchets<sup>47</sup> dans les années 1990. L'administration communale à Antananarivo a eu

---

<sup>46</sup> Ce programme a été créé en 2007, permettant des partenariats entre des ONG internationales et l'AFD le cofinancement de projets innovants sur différents secteurs. (Source : <https://www.afd.fr/fr/ressources/etude-sur-la-facilite-dinnovation-sectorielle-pour-les-ong-fisong>)

<sup>47</sup> Article 2 de la loi n°95-053 du 3 octobre 1995 (Source : <https://jwf-legal2.fr/gd/Lois-213.htm>, consulté le 2 juillet 2021)

le SAMVA sous son autorité pour réaliser ces activités. Le financement de cet établissement est assuré par l'État, l'administration communale via la redevance d'ordures ménagères (ROM) et la Région d'*Analamanga*<sup>48</sup>. Avant 2009, 60% des fonds venaient de la ROM, 30% de l'État et 10% de la Région d'*Analamanga*<sup>49</sup>. Depuis 2009, 60 % des fonds venaient de l'État, 30% de la ROM et 10 % de la Région d'*Analamanga*. Le rapport de la Cour de Comptes de l'État Malagasy et de la Banque mondiale en 2019 a soulevé un problème financier auprès de cette entité, qui n'arrivait plus à ramasser de manière effective les déchets dans la ville d'Antananarivo par manque de moyens. À ce titre, il a contracté une dette de 7 milliards d'Ariary (1 520 000 €) envers ses prestataires<sup>50</sup> selon le ministre de l'Eau, de l'Énergie et des Hydrocarbures de l'époque<sup>51</sup> en 2017 et un arriéré de 4,25 milliards d'Ariary (924 000 €) en 2018 (Cour des comptes, 2019). Pour cette même année, il a affiché un déficit de 2 milliards d'Ariary (435 000 €)<sup>52</sup>. Cette entité se trouvait ainsi dans l'incapacité de louer, de réparer et d'acheter des camions de ramassage. Le nombre de camions opérationnels oscillait entre 22 et 26 depuis 2001 malgré l'augmentation importante du volume des déchets produits à Antananarivo Renivohitra. Parmi les 26 camions utilisés en 2018, le SAMVA n'en possédait qu'un seul, tous les autres étaient des locations. Les prestataires furent obligés de retirer leurs camions faute de paiement. Ce fut seulement à partir de 2019, à la suite de l'élection du nouveau Maire que l'État a doté l'établissement SAMVA de 16 camions. Cette dotation lui a permis de se libérer des charges de la location. Ces 16 camions n'arrivaient pas pourtant à ramasser les 2800 m<sup>3</sup> de déchets produits chaque jour dans la ville. Seulement 1225 m<sup>3</sup> pouvaient être collectés tous les jours. Le circuit, pour gagner du temps, privilégie le ramassage sur l'axe principal du centre-ville vers le point de décharge finale, à l'est de la capitale. Les bacs à ordures dans cet axe sont ainsi desservis ; en revanche, tous ceux qui se trouvent à l'opposé de cette direction, dans les zones exigües et éloignées, c'est-à-dire dans les quartiers défavorisés, sont délaissés et desservis très irrégulièrement. Les déchets s'entassent, par conséquent, dans ces quartiers populaires et provoquent des odeurs nauséabondes (Raharinjanahary, 2011). La contrainte financière a engendré également la diminution progressive des bennes à ordures opérationnelles. En 2001, l'administration communale possédait 450 bacs à ordures ; ce nombre a diminué progressivement à 330 en 2014, 322 en 2015, 317 en 2016, 291 en 2017, 280 en 2018

---

<sup>48</sup> Analamanga est une des 23 régions (22 avant) à Madagascar, ces régions constituent les « Collectivités Territoriales Décentralisées et des circonscriptions administratives ». Antananarivo Renivohitra appartient à la Région Analamanga.

<sup>49</sup> Source : <https://jwf-legal2.fr/gd/D-e2-crets-374.htm> consulté le 2 juillet 2021

<sup>50</sup> L'établissement SA loue entre autres des camions pour ramasser des ordures.

<sup>51</sup> Source : <http://www.midi-madagasikara.mg/societe/2017/12/30/samva-7-ar-milliards-de-dettes-impayees/>

<sup>52</sup> L'établissement SA a utilisé 12 335 143 790 Ar ce qui est loin de son besoin, estimé à 14 000 000 000Ar. Il y a eu un déficit : de 2 000 000 000Ar

et finalement 273 en 2019 (le SAMVA cité dans la Cour de Comptes, 2019, et Raharinjanahary, *op. cit.*). De plus, « [ces bacs à ordures] sont répartis d'une manière qui ne dépend pas de la taille de l'arrondissement, du nombre de *fokontany* et de leurs quartiers ni du nombre d'habitants » selon Rindra Raharinjanahary (*op. cit.*, p. 56). Les quartiers précaires n'en bénéficient que très peu.

Cette raréfaction de bennes est liée également au problème foncier auquel doit faire face l'administration communale et aux constructions « illicites », ne respectant aucune règle d'aménagement et obstruant ainsi les voies publiques dans ces quartiers. Par manque de « réserves foncières » pour implanter leur benne à ordures, l'administration communale est obligée de louer des parcelles à des particuliers, lesquels peuvent retirer à tout moment leur terrain pour diverses raisons telles que le projet de construction et/ou la nuisance occasionnée par l'entassement de déchets faute de collecte régulière. Cette deuxième raison s'articule avec le ramassage irrégulier de déchets dans ces quartiers précaires (cours des comptes, 2019 et Raharinjanahary, *op. cit.*). Ces circonstances provoquent le retrait définitif de la benne à ordures. Le *fokontany Ankasina*, n'échappe pas à cette réalité et aux conséquences néfastes des pratiques des habitants qui s'ensuivent.

### **III-2- La gestion de déchets et de matières fécales humaines dans le quartier d'*Ankasina* : à l'épreuve des normes sociales**

Le *fokontany* d'*Ankasina* a perdu définitivement deux bennes à ordures durant les deux dernières décennies. La première a été retirée à cause de la construction d'une école ; tandis que l'autre, se trouvant à la proximité d'une école privée et confessionnelle, a été enlevée à cause des odeurs nauséabondes causées par les déchets entassés. Ce quartier ne possédait plus qu'une seule benne à ordures pour 21 660<sup>53</sup> habitants en 2020 et partagée avec les habitants de plusieurs autres quartiers. Le *fokontany Ankasina* est divisé en quatre secteurs, comme la carte 4 le montre. La distance de chaque secteur par rapport à ce dépotoir formel varie de moins de 500m pour le secteur I, à 200m pour le secteur II, de plus de 800m pour le secteur III, et de plus de 1000m pour le secteur IV. Ces distances peuvent influencer la pratique des habitants de chaque secteur. Les habitants des secteurs III et IV n'arrivent jamais par exemple à atteindre la benne principale pour se décharger de leurs déchets. Pour remédier à cette contrainte, l'administration communale, avec l'aide de ses partenaires, a mis en place dans les années 1990 une organisation citoyenne, appelée « *Rafitra Fikojana ny Rano sy ny Fanadiovana* » ou Structure de gestion intégrée en eau et assainissement connu sous le sigle de RF2. Au début des

---

<sup>53</sup> Source : la fiche monographique du *fokontany* en 2020



années 1990, 144 *fokontany* sur 192, ont pu mettre en place leur propre RF2 ; ce nombre a diminué avec le temps et n'a été que de 44 dans les années 2010. Les agents du RF2 effectuent la précollecte des ordures ménagères au sein des ménages en faisant du porte-à-porte dans la mesure du possible <sup>54</sup> et/ou auprès des bacs à ordures amovibles (cf. photo 3). Ils acheminent ensuite ces ordures vers la benne à ordures principale grâce à une charrette (cf. photo 4) ou une brouette.

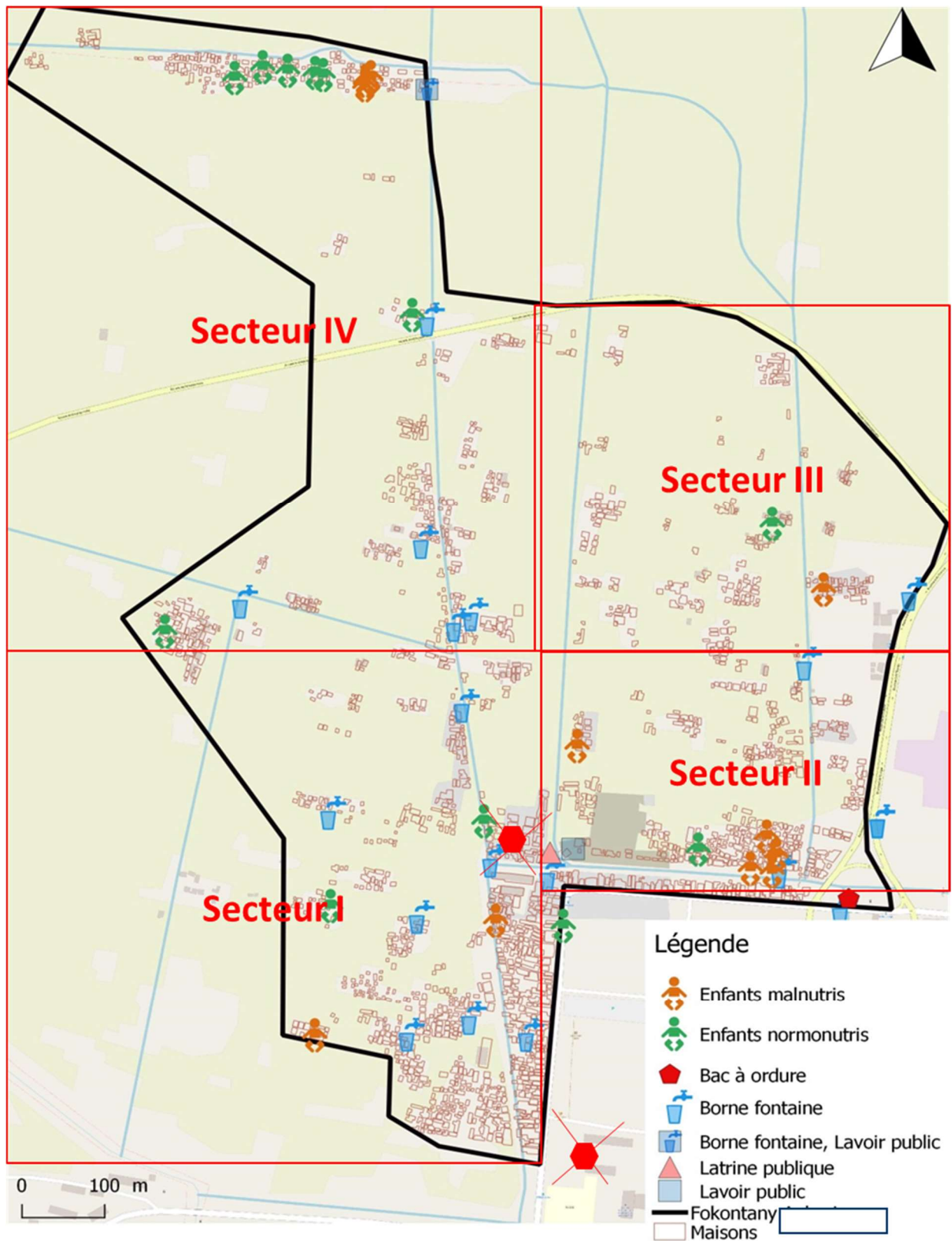
Pour avoir plus de précision sur cette association locale de voirie, celle du *fokontany* d'*Ankasina* sera analysée. Son RF2 est constitué par un bureau permanent et une équipe sur le terrain. Le bureau permanent est composé d'un président, un vice-président, deux régisseurs et un trésorier ; tandis que l'équipe sur le terrain est constituée par six personnes chargées du curage des canaux d'évacuation secondaires et tertiaires, et de la précollecte de déchets. Ces agents travaillent en demi-journée du lundi au samedi. Leur salaire est imputé à la redevance mensuelle versée par les usagers bénéficiant de leur prestation, c'est-à-dire de 500 Ar (0,11 €) par ménage, 1000 Ar (0,22 €) par petit commerçant, 5000 Ar (1,11 €) par restaurant et grand commerçant, et 20 000 Ar (4,44 €) par établissement scolaire. Cette association est équipée de 10 bacs à ordures amovibles en 2020, installés dans plusieurs points du quartier, entre 8 et 16h du lundi au vendredi : cinq dans le secteur II, trois dans le secteur I et deux autres entre les secteurs I et III. En revanche, les secteurs III et IV en sont dépourvus à cause du problème d'accessibilité.



**Photo 3** : Un bac à ordures amovible dans le *fokontany* d'*Ankasina*

---

<sup>54</sup> Il s'agit surtout des ménages les plus accessibles, car les agents de FR2 utilisent des charriots pour collecter les déchets en faisant du porte-à-porte.



Carte 4<sup>55</sup>: Le fokontany d'Ankasina et ses infrastructures en eau, assainissement et hygiène

<sup>55</sup>La Carte a été élaborée en collaboration avec le service SAGEO de l'Unité d'Epidémiologie de Recherche Clinique à l'IPM, (fond de base Google Earth et Openstreetmap).



**Photo 4** : Une charrette de transport des déchets ménagers vers la benne à ordures principale

Ces secteurs se trouvent au milieu des rizières et des étangs où la communication est assurée par des passerelles en bois. L'état délabré de ces ponts ne permet pas le passage des brouettes ou des charrettes pour y installer les bacs et les récupérer avec les ordures ménagères. Plusieurs familles dans ces deux secteurs refusent ainsi de payer la redevance mensuelle à cause de cette situation.

Les habitants de ces secteurs, III et IV, abandonnent ainsi leurs déchets dans les canaux d'évacuation, les rizières et les dépotoirs informels faute de bacs à ordures de proximité. Les agents de RF2 s'efforcent, par conséquent, de travailler le samedi matin pour tenter d'évacuer les déchets dans les zones humides<sup>56</sup>. Du fait de l'étendue et du nombre important de zones humides, six travailleurs<sup>57</sup> ne parviennent pas à nettoyer tous les déchets accumulés. Même dans les secteurs I et II, bénéficiant de la présence des bacs à ordures amovibles, une grande partie des habitants continuent de déverser leurs ordures dans les espaces collectifs vu le nombre et le volume très limité de ces récipients. Dans le secteur I, par exemple abritant 8066 habitants, soit 1795 ménages, en 2020, les trois bacs amovibles installés ne peuvent contenir que très peu de volume de déchets, d'autant plus que les agents de terrain ne les vident de leurs contenus qu'une seule fois par jour. Le ramassage des ordures à domicile, en faisant du porte-à-porte, s'avère une solution pour remédier à cette situation, mais cette option n'est applicable qu'auprès des ménages se trouvant le long des grandes ruelles à l'extérieur du quartier. À l'intérieur, le

---

<sup>56</sup> Ce qui fait qu'une grande partie de déchets dans le quartier sont sous formes humides.

<sup>57</sup> Ils se donnent la main pour les activités de curage tous les samedis.

passage des charrettes ou brouettes est difficile à cause des ruelles et venelles exigües et de l'état délabré des passerelles. La modalité d'installation de ces bacs amovibles peut favoriser également l'abandon des ordures dans les espaces collectifs. Ces récipients sont retirés pour les préserver du vol le samedi, le dimanche et les jours fériés.

Un autre point important est l'incapacité des agents RF2 à ramasser les ordures dans les dépotoirs informels familiaux, lesquels ne relèvent pas de leur fonction. Plusieurs grandes familles élargies, vivant dans une concession, développent leur propre dépotoir informel.

### **III-3- Les règlements locaux à l'opposé des règlements municipaux**

L'administration communale possède un document de travail connu sous le nom de code municipal d'hygiène (CUA, 2020<sup>58</sup>). Son chapitre 2, intitulé « propreté des domiciles, lieux et espaces publics », est composé, entre autres de la section 1 « les habitations et dépendances », la section 2 « ordure » et de la section 6 « Mesures diverses pour la préservation de la salubrité publique ». Ce document précise les différents règlements à observer dans la gestion des ordures ménagères et les excréta à Antananarivo. Chaque section est constituée par des articles fixant les règlements. L'inobservance de certains de ces règlements est passible de sanctions pécuniaires, pouvant varier en fonction de l'ampleur de l'infraction. Voici quelques extraits de règlements qui régissent les habitants dans ces pratiques :

« **ARTICLE 11** : Il est formellement interdit de faire fonctionner des fosses perdues jusqu'à complète obstruction. Les vidanges des fosses perdues ne peuvent s'effectuer qu'après autorisation de la Commune urbaine sur demande écrite déposée un mois avant les opérations. Les vidanges ne peuvent s'effectuer que pendant la nuit, excepté le cas des vidanges réalisées par des professionnels autorisés avec des matériels spécialisés [...] ».

« **ARTICLE 14** : Les ordures doivent être portées chaque jour hors des habitations et déposées dans des bacs prévus à cet effet de 16 h 00 mn à 20 h 00 mn [...] ».

« **ARTICLE 16** : Les dépôts des boues, des immondices solides, des urines ou matières fécales et généralement tous corps ou matières dures [...] dans les bacs à ordures, sont interdits. Ces objets sont transportés par les soins des propriétaires ou entrepreneurs aux décharges publiques ou éventuellement par les services de Voirie contre redevance. Il est également interdit de jeter sur les voies et leurs dépendances

---

<sup>58</sup> Il s'agit de la mise à jour du document en 2013.

telles que trottoirs, canaux et égouts d'évacuation d'eaux usées, des eaux insalubres, des immondices, boues, ordures ménagères, matières fécales [...] »

« **ARTICLE 17** : Les responsables des *fokontany* veillent à ce que les canaux d'évacuation des eaux usées dans les ruelles de sa circonscription soient fonctionnels et dépourvus d'eaux stagnantes et de déchets. »

« **ARTICLE 31** : Le respect de la propreté est un devoir et une obligation de tout un chacun. Tout fait d'uriner ou de jeter des matières fécales, en dehors des infrastructures réservées à cet effet, de cracher en tous lieux, de laisser un animal faire ses besoins dans la rue sont strictement interdits sous peine d'assainir immédiatement les lieux et ses environs ».

L'observance des articles 14, 16 et 17 dans le quartier d'Ankasina est difficile vu la raréfaction des bennes à ordures (principales et amovibles). Le déversement des ordures et la déjection dans les canaux d'évacuation signifient qu'une grande partie des déchets sont sous forme humide après le curage. L'article 16 interdit pourtant le dépôt de ces fanges dans les bennes à ordures principales. Alors la question se pose, comment les agents de RF2 gèrent-ils ce genre de déchets ? À première vue dans la pratique, ils respectent l'article 16 du code municipal d'hygiène, car les déchets humides ne vont pas dans la benne à ordures principale, mais plutôt au bord des canaux d'évacuation et dans les dépotoirs informels. Mais cette pratique ne se base pas pour autant sur l'article 16, inconnu des agents du RF2, mais plutôt sur une autre logique sociale.

La récupération et la revente des objets constituent une activité génératrice de revenus pour certains habitants du quartier. Selon Jacky Bouju et Fatoumata Ouattara, « la récupération et le recyclage à travers le changement fonctionnel ou la modification technique [...] sont le domaine du pauvre, recherche d'une utilité marginale où l'ingéniosité se déploie et donne aux objets déchus une seconde chance de survie et de participation à l'économie domestique » (2002, p.28). Dans le *fokontany d'Ankasina*, les collecteurs s'intéressent aux objets métalliques, en aluminium et en cuivre, aux bouteilles et récipients en plastique, aux restes alimentaires, et aux restes de charbon de chauffe<sup>59</sup>. Plusieurs acteurs sont concernés : les agents du RF2, *le mpiandry fako* ou les gardiens de déchets, l'employé du SAMVA ou le gardien de la benne à ordures, les *mpandanja vy* littéralement les peseurs de métaux, l'acheteur des articles et les éleveurs de cochons étant les acheteurs des restes alimentaires. Par peur de la matière fécale

---

<sup>59</sup> Les restes de charbons sont utilisés par les ménages pour préparer les repas familiaux.

humaine, et ses dangers, ces *mpiandry fako* et les autres acteurs n'acceptent pas la présence des fanges dans « leur » benne à ordures ou bacs à ordures amovibles. Devant cette situation, selon le règlement local, la décharge des ordures humides, souillées surement, dans les bacs à ordures est proscrite. À titre d'exemple, les habitants d'un secteur entier ont été sanctionnés par les responsables de la voirie locale à cause des déjections déposées dans les bacs à ordures amovibles. Les matières fécales dissimulées dans des sacs en plastique sont parvenues jusqu'à la benne à ordures principale et ont contrarié notamment les *mpiandry fako* exprimant leur mécontentement auprès des membres du bureau du RF2. Ce dernier a appliqué une sanction, qui n'a rien à voir avec celle du code municipal d'hygiène, sur les habitants d'un secteur entier en les privant de leurs bacs à ordures amovibles pendant des jours. Une punition qui favorisa la pollution des espaces collectifs du quartier. Dans tous les cas, l'article 16 de l'administration communale, condamnent de manière indirecte les habitants du quartier à vivre avec leurs propres immondices humides, car le code municipal ne mentionne aucune solution dans la gestion de cette forme de déchets en contrepartie à l'interdiction de son dépôt dans les bennes à ordures principales. En ce qui concerne la gestion des excréta, l'observance des articles 11 et 31 est difficile à respecter à cause de la raréfaction de latrines d'une part, et l'utilisation banale de latrines à fosse, d'autre part. À cause de cette situation, la pratique de défécation et la miction à l'air libre sont perçues comme légitimes (cf. chapitre 5), surtout pour les jeunes enfants qui ne peuvent pas encore utiliser les latrines à fosse.

La transgression de ces règlements devrait être passible de sanctions pécuniaires selon le code municipal d'hygiène. D'après son article 88 par exemple, l'inobservance de l'article 14 équivaut à une sanction pécuniaire de première catégorie, c'est-à-dire le paiement d'une amende de 5000 Ar (1,11 €) après un avertissement. De même pour les articles 11, 16 et 31 dont le non-respect, selon l'article 89, entraîne une sanction pécuniaire de deuxième catégorie, soit le paiement de 50 000Ar (11,11 €). Pour pouvoir les appliquer, l'administration communale devrait avoir à sa disposition des inspecteurs d'hygiène (ou des polices d'assainissement) qui devraient faire des visites inopinées sur le terrain pour surveiller la mise en application des règlements et rapporter au niveau municipal tous les dysfonctionnements observés sur le terrain autour de l'utilisation d'une latrine à fosse perdue par exemple. Pourtant, « [...] l'absence des polices d'assainissement, ou des agents verbalisateurs, ceux qui appliquent les sanctions, est une autre faille !! (...) qui n'existe pas encore, ils pourraient sanctionner les gens qui salissent la voie publique et jettent les eaux usées sur les canaux à ciel ouvert (...) » (un responsable du ministère de l'Assainissement).

La seule sanction pécuniaire, d'origine locale, connue dans le quartier, est celle qui interdit la pratique de déjection dans les canaux d'évacuation. Les affiches locales mentionnent « *manary maloto amin'ny lakan-drano (canal) = 30 000Ar* » c'est-à-dire le fait de déverser le *maloto*, qui connote les matières fécales humaines, dans les canaux = 30 000Ar). La défécation et la miction en plein air et le dépôt d'ordures ménagères dans les canaux d'évacuation ne sont pas passibles d'une sanction particulière. Cette seule règle morale n'a pas d'influence majeure en matière d'*obligation* et de *désirabilité* sur les habitants, car la pratique est très banale. La sanction en elle-même est négociable, voire inapplicable au nom du lien social, ou le *fihavanana*<sup>60</sup> (Sandron, 2008). Il n'y a plus ainsi de respect de la « conscience collective » ou « conscience commune » en matière de gestion de la matière fécale humaine (Durkheim, *op. cit.*). La relation sociale prime toujours dans ce genre de quartier où la précarité règne. Une partie de la population craint plus la souillure à la matière fécale (cf. chapitre 5) que les différentes sanctions pécuniaires imposées par l'administration communale et/ou l'administration locale.

---

<sup>60</sup> « Le *fihavanana* à Madagascar est un système de règles, normes et coutumes qui régissent la dynamique de la société locale, édicte les comportements interpersonnels, les modes de sociabilité et les stratégies anti-risque [...] » (Sandron, 2008, p. 507).

## **Chapitre 4 : Les 24 jeunes enfants**



Les 24 jeunes enfants et leur famille respective vivent dans le quartier d'*Ankasina* depuis au moins 5 ans. Ils se répartissent dans les quatre secteurs du quartier et appartiennent à des familles différentes en matière de structure et de situation matrimoniale de leurs mères. Ces jeunes enfants, 10 petits garçons et 14 petites filles étaient âgés de 6 à 57 mois au moment de leur inclusion dans le projet « Afribiota » et pour l'étude anthropologique. Nous avons tenté de décrire l'histoire de ces jeunes enfants et celle de leur mère respective surtout pendant les 1000 premiers jours (c'est-à-dire dès la conception jusqu'au 24<sup>e</sup> mois du jeune enfant) pendant laquelle un jeune enfant est susceptible de développer facilement un retard de croissance compte tenu de la situation dans laquelle il vit et évolue, c'est-à-dire la santé de la mère, la santé du jeune enfant et son alimentation, la situation relationnelle entre le jeune enfant et son entourage, la situation familiale et sociétale de manière globale. Avant de travailler sur ces différentes thématiques, il est important de connaître brièvement ces jeunes enfants, à savoir, la structure familiale et la situation familiale dans laquelle ils évoluent, l'histoire de leurs santé et de leurs pratiques alimentaires. Les noms utilisés sont fictifs pour respecter l'anonymat de ces jeunes enfants. Dans ce sens, le tableau suivant récapitule les informations autour de ces 24 jeunes enfants et leur famille respective.

**Tableau :** Les 24 jeunes enfants et leur famille respective

Non Fictif	Âge <sup>61</sup>	Sexe	État nutritionnel	Structure familiale	Situation matrimoniale de la mère	Principal donneur de soins	Première boisson (Mois ou jour)	Début de diversification alimentaire (Mois)	État de santé avant son 12 <sup>e</sup> mois	État de santé entre 12 et 24 mois
Solo (Projet)	49	M <sup>62</sup>	Modérément malnutri	Grande famille élargie matricentree	Séparée	Grand-parent paternel	La mère ne sait pas à quel moment	La mère ne sait pas exactement (3e mois)	Maladies fréquentes : toux, fièvre et diarrhée	Maladies fréquentes : même maladie
Tsoa (Projet)	35	M	Sévèrement malnutrie	Nucléaire	Union libre	Mère et fille ainée	6 <sup>e</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : otite, toux et diarrhée	Maladies fréquentes : même maladie
Domo (Projet)	40	F <sup>63</sup>	Sévèrement malnutrie	Grande famille élargie patrilocale	Séparée	Autres adultes maternants et mère	Pendant les 3 premiers jours après la naissance et à partir du 6 <sup>e</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : cardiaque, toux diarrhée, fièvre	Maladies fréquentes : même maladie
Chrisse : sœur de Domo (Hors projet)	16	F	Normonutrie	Grande famille élargie patrilocale, puis restreinte	Séparée	Autres adultes maternants	Pendant les 7 premiers jours et à partir du 6 <sup>e</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois		
Nini (Projet)	42	F	Sévèrement malnutrie	Grande famille élargie matricentree	Union libre	Autres adultes maternants et mère	Dès la naissance	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : toux, diarrhée, <i>alofisaka</i> <sup>64</sup>	Maladies fréquentes : même maladie

61 Au début du projet

62 Masculin

63 Féminin

64 Emaciation extrême

Tsaro (Projet)	34	M	Sévèrement malnutri	Grande famille élargie matricentree	Mère célibataire	Autres adultes maternants	À partir du 7 <sup>e</sup> jour après la naissance	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : otite, toux, diarrhée et <i>alofisaka</i>	Maladies fréquentes : même maladie
Manga (Projet)	49	F	Sévèrement malnutrie	Grande famille élargie matricentree	Mère séparée	Autres adultes maternants	Depuis la naissance	Vers le 1 <sup>er</sup> mois	Maladies fréquentes : toux et diarrhée et <i>alofisaka</i>	Nsp
Francine (Projet)	26	F	Sévèrement malnutrie	Grande famille élargie patrilocale	Mariée	Grand-mère paternelle, maternelle et mère	Depuis la naissance	Avant 6 <sup>e</sup> mois, mais la mère ne sait pas à quel moment	Maladie peu fréquente : toux,	Maladies peu fréquentes : toux et diarrhée
Riana (Projet)	57	F	Modérément malnutri	Élargie restreinte	Union libre	Autres adultes maternants	La mère ne sait pas	La mère ne sait pas	Maladie fréquente : toux	Maladie fréquente toux
Mami (Projet)	52	F	Au seuil de la malnutrition	Élargie restreinte	Séparée	Mère et la sœur aînée	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Maladie très peu fréquente : toux et diarrhée	Maladie très peu fréquente : toux et diarrhée
Jona (Hors projet)	17	M	Sévèrement malnutri	Grande famille élargie patrilocale	Union libre	Autres adultes maternants	Depuis la naissance	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : fièvre avec convulsion, diarrhée	
Veli (Hors projet)	30	F	Sévèrement malnutrie	Famille nucléaire	Union libre	Mère et grand-mère maternelle	Depuis la naissance	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : toux et fièvre	
Diah (Hors projet)	20	F	Sévèrement malnutrie (Prématurée)	Famille nucléaire	Union libre	Mère et ses sœurs aînées	Depuis la naissance	Vers le 4 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes : toux et diarrhée	Maladies fréquentes : même maladie

Atina (Hors projet)	34	F	Sévèrement malnutrie	Grande famille élargie patrilocale	Mariée	Mère et grand-parent paternel	Pendant les 3 premiers jours après la naissance et à partir de 6 <sup>e</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois		Maladie fréquente : toux
Tiavi (Hors projet)	42	F	Sévèrement malnutrie	Élargie restreinte matricentré	Célibataire	Mère et grand-mère maternelle	Du thé au lait concentré à partir du 2 <sup>e</sup> mois	Vers le 5 <sup>e</sup> mois et demi	Maladies fréquentes : toux, diarrhée et fièvre	Maladies fréquentes : même maladie
Heri (Projet)	41	M	Normonutri	Nucléaire	Union libre	Mère pendant les 3 premières années	À partir du 1 <sup>er</sup> mois et demi	Vers le 3 <sup>e</sup> mois	Maladies peu fréquentes : rhume et fièvre	Maladies très peu fréquentes : rhume et fièvre
Anto (Projet)	44	M	Normonutri	Nucléaire	Célibataire	Mère pendant les 18 premiers mois	Vers le 7 <sup>e</sup> mois	Vers le 7 <sup>e</sup> mois	Maladie fréquente : asthme	Maladies fréquentes : diarrhée, toux (à partir du 18 <sup>e</sup> mois)
Fali (Projet)	45	M	Normonutri	Nucléaire	Union libre	Mère pendant les 12 premiers mois et puis la grand- mère maternelle	Depuis la naissance	Vers le 5 <sup>e</sup> mois	Maladie très peu fréquente : toux	Maladies fréquentes : toux, fièvre, diarrhée
Sitra (Projet)	38	M	Normonutri	Nucléaire	Mariée	Mère pendant les 12 premiers mois et puis la grand- mère maternelle	Depuis la naissance	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladie très peu fréquente : toux	Maladie fréquente : fièvre

Avo (Projet)	36	F	Normonutrie (Prématurée)	Nucléaire	Séparée	Mère pendant les 3 premières années	Depuis la naissance	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies très peu fréquentes : toux et diarrhée	Maladies très peu fréquentes : toux et diarrhée
Haja (Projet)	45	M	Normonutri	Nucléaire	Union libre	Mère et la grand-mère maternelle	Vers le 1 <sup>er</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies très peu fréquentes : toux et diarrhée	Maladies très peu fréquentes : toux et diarrhée
Vani (Hors projet)	24	F	Normonutrie	Nucléaire	Union libre	Mère et grand-mère maternelle	Vers le 4 <sup>e</sup> mois	Vers le 6 <sup>e</sup> mois	Maladies fréquentes en absence de la mère pendant 2 mois : toux et diarrhée	Maladies fréquentes en absence de la mère pendant 6 mois : toux et diarrhée
Lauria (Hors projet)	6	F	Normonutrie	Élargie restreinte	Union libre	Mère	Depuis la naissance	Vers le 5 <sup>e</sup> mois	Maladies très peu fréquentes : diarrhée et toux	Non applicable
Bran (Hors projet)	44	M	Normonutri	Élargie restreinte	Célibataire	Mère	À la naissance et à partir du 3 <sup>e</sup> mois	Vers le 5 <sup>e</sup> mois	Maladie très peu fréquente : toux	Maladie fréquente : toux à partir du 18 <sup>e</sup> mois

**Solo**, malnutri modérément, est un petit garçon de 49 mois au début de cette étude et vivait avec sa mère célibataire appartenant à une grande famille élargie matricentrée dans le secteur IV du quartier. Dans leur foyer, de 4 sur 5 mètres de surface à peu près, ils étaient trois avec le frère aîné de Solo, âgé de 11 ans. La cuisine se fait à l'intérieur de la maison. Il n'y a pas d'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines et de la rizière. Son foyer partage une latrine avec 11 autres foyers. En ce qui concerne la mère, elle a quitté l'école en classe de T2 (CE1) et exerçait le travail de commerçante à l'âge adulte, en vendant des légumes, en dehors du quartier. Solo avait été laissé sous la surveillance de ses beaux-parents, dans le cadre d'une grande famille élargie, lorsque sa mère travaillait, et cela depuis la petite enfance du jeune enfant (avant son premier mois). Selon le discours de la mère sur la santé du jeune enfant, Solo était fréquemment malade avant ses premiers 24 mois, en souffrant de toux chronique accompagnée de fièvre dans la plupart des cas. Il était fréquemment enrhumé avec la présence de morve<sup>65</sup> et touché par la diarrhée de temps à autre. Elle a amené deux fois le jeune enfant consulter un médecin pendant ces maladies fréquentes. En ce qui concerne son alimentation, elle a commencé l'allaitement du jeune enfant 9 heures après sa naissance, et sa belle-mère lui a interdit de donner le premier lait. Le jeune enfant était amené dans le lieu de vente de légumes pour être allaité. Par rapport à l'alimentation de complément, elle a avoué de ne pas savoir à partir de quel moment exact, le jeune enfant a reçu sa première boisson et son alimentation de complément, car ce sont les beaux-parents qui lui ont donné (à partir de son troisième mois apparemment). Elle devait laisser de l'argent ou du riz à ses beaux-parents, pour couvrir l'alimentation de Solo.

**Tsoa**, malnutri sévèrement, est un petit garçon de 35 mois au début de l'étude des autres volets du projet de recherche. Il vivait dans une famille nucléaire, dans une maison louée qui n'appartient ni à la famille maternelle ni à la famille paternelle dans le secteur I du quartier. Ils étaient 7 dans le foyer d'une surface de 4 sur 4 mètres environ, soit la mère, son deuxième compagnon et ses 5 enfants de la précédente union (une fille de 14 ans, une fille de 13 ans, une fille de 10 ans, un garçon de 8 ans et Tsoa). L'unique pièce de la maison contient une cuisine, une chambre à coucher avec deux lits et une case pour les poulets. Il n'y a pas d'électricité et l'eau vient de bornes-fontaines. Le foyer partage une latrine avec 15 autres foyers dans un espace collectif sous forme de concession. La mère de Tsoa a abandonné l'école en classe de

---

<sup>65</sup> D'après les résultats de Pascale Vonaesch et ses collègues dans le cadre de ce projet « Afribiota » (2018b), des bactéries oropharyngées se trouvent en quantité importante dans l'estomac et le côlon auprès des enfants en retard de croissance. Ils évoquent la notion de « compartimentalisation » du microbiome le long du tractus gastro-intestinal. Autrement dit, les bactéries oropharyngées migrent facilement vers l'estomac jusqu'au colon avant de finir dans les fèces. Ceci peut se traduire par la présence importante de morves, due à des infections rhinopharyngées et/ou à la mauvaise hygiène buccale auprès de ces enfants pendant des moments assez longs de leur petite enfance.

T4 (CM1). Elle travaillait comme gardienne de latrine publique pendant un certain temps avant de devenir la gardienne d'un jeu de billard (le billard de son nouveau compagnon) dans le quartier. Le jeune enfant était sous sa surveillance et souffrait fréquemment d'otite, de toux et de diarrhée pendant sa petite enfance avant même sa première année. La mère consultait rarement les médecins faute de moyen financier. En ce qui concerne son alimentation, Tsoa a été mis au sein 24 heures après sa naissance étant donné que sa mère a subi une césarienne. Elle a allaité exclusivement le jeune enfant, selon ses propos, pendant les six premiers mois. Elle a introduit la première boisson et le premier aliment de complément, constitué de l'eau de cuisson de riz rouge, à partir du sixième mois. Une de ses filles aînées l'a aidée dans la préparation de l'aliment spécial de Tsoa jusqu'à ce qu'elle rejoigne l'école. Le plat familial a été donné à partir de ce moment (8<sup>e</sup> mois de Tsoa).

**Domo et Chrissie** appartenaient à une même famille dont la structure a changé au cours du temps. Elles sont sœurs et vivaient auprès d'une grande famille élargie de son dernier compagnon dans le secteur IV du quartier. La mère de ces deux jeunes enfants avait deux compagnons dans sa vie avec qui elle a eu cinq enfants. Elle a eu trois garçons avec son premier compagnon et deux petites filles avec la seconde union. Après avoir rompu avec les deux hommes, elle assurait seule la garde et les soins de ses cinq enfants. Ils sont cinq dans sa maison de 3 sur 4 mètres de surface c'est-à-dire, la mère, son fil aîné de 14 ans, son dernier fils de 9 ans, sa fille Domo et sa fille Chrissie de 12 mois. Son fils cadet de 12 ans ne vivait pas avec eux à ce moment, car il était incarcéré dans une maison de correction pour cause de délinquance. La maison n'a pas d'électricité et la famille puise de l'eau dans des bornes-fontaines et dans les rizières. Son foyer partage une latrine avec 10 autres (appartenant à la famille de Nini). Elle a quitté l'école en classe de sixième. Elle est lavandière et porteuse d'eau dans le quartier. Concernant Domo, elle a eu 40 mois et souffrait d'un retard de croissance sévère lorsqu'elle a été incluse dans le projet de recherche « Afribiota ». Elle avait un problème cardiaque depuis sa naissance et souffrait fréquemment de toux et de diarrhée diffuse accompagnée de fièvre depuis son sixième mois. Sa mère l'emmenait voir un médecin tant qu'elle le pouvait. Le jeune enfant guérissait et, après quelques semaines, tombait malade à nouveau. Domo a été allaitée 72h après sa naissance, car le lait maternel n'était pas encore monté. La mère lui a donné de l'eau sucrée pendant cet intervalle de temps. À partir de là, l'allaitement maternel a été exclusif jusqu'au sixième mois du jeune enfant, la mère travaillait dans le quartier et restait toujours à côté du jeune enfant pendant ces six premiers mois. À partir de cette période, devenue femme de ménage, elle a dû se séparer de Domo qui était laissé sous la surveillance de sa grand-mère paternelle. Non seulement l'allaitement a été arrêté, mais la grand-mère a introduit de l'eau et

de l'aliment de complément. C'était à partir de là, selon le discours de la mère, que la jeune Domo souffrait fréquemment de diarrhées diffuses. Malheureusement, elle est décédée en 2019 à la suite d'une complication de sa maladie cardiaque. En ce qui concerne Chrisse, elle est une jeune fille normonutrie de 16 mois au moment où elle a été incluse dans cette étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets de la recherche « Afribiota ». Après un suivi de Domo de quelques mois, la famille a déménagé dans une maison un peu plus grande dans le même secteur IV du quartier. Après ce déménagement, le foyer devient « élargi et restreint », car ils ont quitté la concession de la famille du père de ces enfants et la grand-mère maternelle des enfants les rejoint dans cette nouvelle maison après la mort de Domo. Le foyer est constitué, à ce moment-là, de six personnes, à savoir la grand-mère maternelle, la mère, son fils aîné de 14 ans, son fils de 12 ans (libéré du centre de détention), son fils de 9 ans et Chrisse. L'eau vient toujours des bornes-fontaines et des rizières. Concernant la santé de cet enfant, elle souffrait fréquemment de diarrhée diffuse depuis son sixième mois. La mère a consulté un médecin du quartier plusieurs fois, bien que le jeune enfant ne se plaignait pas de douleurs. En ce qui concerne l'alimentation de Chrisse, elle a été mise au sein dans l'heure suivant sa naissance, mais étant donné que le lait maternel a été jugé « insuffisant », la mère lui a donné de l'eau sucrée ou non pendant la première semaine. Lorsque le lait maternel a été perçu comme « suffisant », l'introduction de l'eau a été arrêtée. L'eau a été donnée à nouveau vers le sixième mois du jeune enfant ainsi que la réalisation de la diversification alimentaire. À l'inverse de plusieurs autres jeunes enfants, Chrisse a été sevrée à son sixième mois. La croissance de ce jeune enfant pourrait encore être mise à l'épreuve compte tenu de la situation dans laquelle elle évolue et des récurrents épisodes de diarrhée qu'elle souffrait. Autrement dit, la croissance de ce jeune enfant pourrait être entravée si leur condition de vie ne change pas.

**Nini** est une jeune fille de 42 mois au moment où elle a été incluse dans cette étude « Afribiota ». Elle souffrait également d'un retard de croissance sévère. Elle vivait auprès d'une grande famille élargie matricentrée dans le secteur IV du quartier. Son foyer, de 4 sur 4 mètres de surface, est composé de 6 personnes, à savoir sa mère, son père<sup>66</sup>, son frère aîné de 18 ans, son frère de 13 ans, son frère Dom de 6 ans et Nini elle-même. Les deux premiers garçons étaient le fruit d'une première union. Après la séparation, la mère assurait leur garde. Les deux derniers enfants étaient issus de la deuxième union. À cause de l'étroitesse de leur maison et grâce à la structure familiale élargie, les trois garçons dormaient dans la maison de l'arrière-grand-mère toutes les nuits. La maison n'a pas d'électricité et les membres puisent leur eau dans des bornes-fontaines et des rizières. Son foyer partage une latrine avec 10 autres foyers

---

<sup>66</sup> Que je n'ai jamais vu pendant les mois d'enquête dans cette famille.



dont la plupart (9/10) sont membres de la grande famille. La grande famille élève des animaux de basse-cour, parqués dans la cour. La mère de Nini a quitté l'école en classe de T4 (CM1). La mère s'absentait souvent à cause de son travail en tant que femme de ménage et laissait la jeune Nini sous la surveillance de sa grand-mère maternelle à partir de son troisième mois. En ce qui concerne la santé de Nini pendant sa petite enfance, elle souffrait régulièrement de toux chronique, de diarrhée et avait beaucoup de morve depuis toujours. À partir de son 8<sup>e</sup> mois, elle souffrait d'une émaciation grave, connue sous le nom de *alofisaka* (cf. chapitre 11), jusqu'à son 24<sup>e</sup> mois. La mère consultait à la fois un médecin et un tradipraticien pour traiter cette « maladie ». En ce qui concerne son alimentation, elle a reçu son premier lait maternel entre 5 et 10h après sa naissance. Son allaitement n'est jamais exclusif, mais prédominant jusqu'à son troisième mois. La mère lui donnait de l'eau sucrée ou non en parallèle au lait maternel. La diversification alimentaire a été enclenchée par la grand-mère maternelle lorsque la mère n'était plus disponible à cause de son travail.

**Tsaro** est un jeune garçon de 34 mois au moment où il a été inclus dans le projet de recherche. Il souffrait d'un retard de croissance sévère. Il appartenait à une grande famille élargie matricentrée dans le secteur I du quartier. Il vivait avec sa mère dans un foyer de 4 sur 4 mètres de surface dans cette grande famille. La maison dispose d'électricité et les membres des familles puisent de l'eau auprès des bornes-fontaines et de l'étang. Tsaro est l'unique enfant de sa mère et ne connaît pas son père qui s'est séparé de sa mère lorsqu'il était encore dans le ventre de cette dernière. Dans cette concession composée de 14 foyers (12 familles et 2 locataires), il y a deux latrines. La grande famille élève des animaux de basse-cour dans l'espace familial. La mère de Tsaro a quitté l'école en classe de troisième. Elle travaillait dans une industrie de la zone franche spécialisée dans le textile depuis le 4<sup>e</sup> mois du jeune enfant. La surveillance et les soins de Tsaro étaient assurés par sa grand-mère maternelle. En ce qui concerne la santé de ce jeune enfant, il souffrait fréquemment d'otite, de toux et de diarrhées avant sa première année. Il a été touché également par l'*alofisaka*. La grand-mère attendait toujours deux à trois jours avant de voir un médecin au cas où aucune amélioration n'était constatée après les remèdes utilisés à domicile. En ce qui concerne son alimentation, Tsaro a été mis au sein plusieurs heures après sa naissance, car il était considéré encore comme « fatigué » pour pouvoir téter juste après sa naissance. La mère a allaité exclusivement le jeune enfant pendant une semaine et l'eau a été ensuite introduite sur le conseil de la grand-mère maternelle. L'allaitement maternel a été arrêté momentanément vers le quatrième mois du jeune enfant à cause d'une infection sur les mamelons de sa mère. Il a été allaité occasionnellement par une de ses tantes. Il a été ensuite allaité de nouveau par sa mère lorsque la plaie mamillaire

de cette dernière a été guérie. La diversification alimentaire a été réalisée à partir de son troisième mois sur le conseil et l'initiative de sa grand-mère.

**Manga** est une jeune fille de 49 mois au moment où elle a participé à cette recherche « Afribiota ». Elle a un retard de croissance sévère et appartient à une grande famille élargie dans le secteur III du quartier. Après la séparation de sa mère avec son compagnon, la mère et Manga sont revenues vivre auprès de la grande famille maternelle. Elles vivaient dans une maison de 3 sur 5 mètres de surface. La maison dispose d'électricité et les membres de la grande famille puisaient leur eau auprès des bornes-fontaines et /ou des canaux d'irrigation. La grande famille possède des animaux de basse-cour et domestique élevés dans la cour familiale. La mère a quatre enfants dont trois (âge inconnu) sont nés d'une union précédente. Elle a quitté l'école en classe de T5 (CM2). Après la séparation, elle et sa famille assuraient les soins de ces enfants. Manga a été le fruit de la deuxième union. Après la séparation, elle assurait également le soin de cette jeune fille avec l'aide de sa grande famille. La surveillance de Manga en l'absence de sa mère a été assurée par la grand-mère maternelle et puis, après son décès, par le grand-père maternel. Ce dernier s'absentait souvent pourtant de la concession pendant des semaines à cause de son travail (fabrique de caveaux). La surveillance et les soins du jeune enfant étaient ainsi délégués aux autres adultes maternants présents dans la concession. Manga était souvent malade pendant les 12 premiers mois de sa vie. Elle souffrait fréquemment de diarrhées, accompagnées de fièvre, et de toux. La mère n'a consulté un médecin qu'une fois selon son discours. Les traitements ont été assurés à domicile par son grand-père maternel. Manga a été touchée par l'*alofisaka* vers son troisième mois. En ce qui concerne son alimentation, Manga a été mise au sein quelques minutes après sa naissance pour recevoir le premier lait, perçu comme un « vaccin ». L'eau sucrée ou non a été introduite quelques minutes après la naissance et en parallèle avec le lait maternel. La mère a introduit le premier aliment de complément vers le premier mois du jeune enfant à cause de ses absences pour faciliter l'alimentation de Manga.

**Francine** est une jeune fille de 26 mois au début de son inclusion dans le projet « Afribiota ». Elle souffrait d'un retard de croissance sévère et vivait auprès d'une grande famille élargie patrilocale dans un quartier voisin d'*Ankasina*. Dans son foyer, il y a quatre personnes, à savoir sa mère, son père et son frère aîné de 5 ans et Francine elle-même. Sa maison dispose d'électricité et sa famille puise de l'eau auprès d'une borne-fontaine. La famille possède une latrine, mais le nombre de foyers qui l'utilise est inconnu. Comme la mère et son mari travaillaient comme des commerçants de tissu, la jeune fille était souvent sous la surveillance de sa grand-mère paternelle ou de sa grand-mère maternelle. La mère souffrait beaucoup de violences conjugales. Il y a eu ainsi des moments où elle quittait le foyer conjugal avec ses deux

enfants pour se réfugier auprès de sa mère à *Ankasina*. Elle a quitté l'école en classe de troisième. En ce qui concerne la santé du jeune enfant pendant sa petite enfance, Francine souffrait de toux chronique accompagnée ou non de fièvre à son cinquième mois et très peu de diarrhées avant son douzième mois. Sa mère consultait souvent un médecin pendant ces épisodes de maladie. En ce qui concerne la pratique alimentaire du jeune enfant, Francine a été mise au sein quelques minutes après sa naissance pour bénéficier des « vitamines » apportées par le premier lait sur le conseil des soignants pendant la consultation prénatale. Pourtant l'allaitement maternel n'était jamais exclusif, car elle a donné également de l'eau sucrée ou non dès sa naissance. Pour elle, le lait maternel est un aliment nécessitant une boisson pour soulager la soif du jeune enfant. La diversification alimentaire a été réalisée avant le sixième mois du jeune enfant sous l'initiative de la grand-mère paternelle. La mère ne savait pas à quel moment exactement ni avec quels types d'aliments, cette diversification alimentaire de Francine avait commencé.

**Riana**, une fille modérément malnutrie, est âgé de 57 mois au début de son inclusion dans le projet de recherche « Afribiota ». Elle vivait auprès d'une famille élargie restreinte patrilocale dans le secteur II. Le foyer est composé de trois personnes, Riana, sa mère et son père. Dans la même maison, mais à l'étage se trouve sa grand-mère paternelle ; dans la maison jouxtant la leur se trouve sa tante paternelle. La maison de Riana, de 8 sur 5 mètres de surface, est divisée en deux compartiments. Le premier est la cuisine et le deuxième sert à dormir et recevoir des invités (salon). La maison a l'électricité et la famille puise de l'eau dans les bornes-fontaines et dans les canaux d'irrigation. Son foyer partage une latrine avec 4 autres foyers. La mère de Riana a quitté l'école en classe de septième sans avoir obtenu le Certificat d'Études Primaires Élémentaires ou CEPE. Elle travaillait depuis toujours dans une entreprise de la zone franche spécialisée dans la fabrication de boissons alcoolisées. Son mari travaillait comme porteur. Les deux parents étaient presque toujours absents de la vie quotidienne du jeune Riana, qui était sous la surveillance de sa grand-mère paternelle à partir du moment où la mère a repris le travail après le congé de maternité (3 mois après la naissance du jeune enfant). En ce qui concerne la santé du jeune enfant, elle souffrait de toux chronique et rarement de diarrhée selon sa mère. Elle présentait beaucoup de morves de manière continue depuis sa petite enfance. Concernant son alimentation, la mère a mis le jeune enfant au sein 30 minutes après sa naissance dans le centre de santé où elle a accouché. Comme elle était en réclusion pendant 2 mois chez sa mère biologique et 1 mois avec sa belle-mère, le jeune enfant avait été allaité de manière exclusive pendant ses trois premiers mois. Lorsqu'elle a repris son travail, la belle-sœur ou la belle-mère, chargée de surveiller la jeune Riana, a introduit de l'eau et de l'aliment de

complément. La mère ne savait pas à partir de quel moment son jeune enfant Riana a commencé la diversification alimentaire et quels aliments ont été donnés. Elle assurait l'alimentation du jeune enfant lorsqu'elle est seulement arrivée à la maison ou le jour où elle ne travaillait pas c'est-à-dire le dimanche. Pendant son absence, la mère de Riana doit laisser de l'argent ou du riz à sa belle-mère pour couvrir l'alimentation du jeune enfant.

**Mami** est une jeune fille légèrement malnutrie (au seuil du retard de croissance), âgée de 52 mois au moment où elle a été incluse dans le projet « Afribiota ». Elle vivait auprès d'une famille élargie restreinte dans le secteur II du quartier. Son foyer est constitué par 4 personnes à savoir, son frère aîné (Jac) de 10 ans, son neveu de 2 ans (Ta), sa mère et Mami elle-même. La maison dispose d'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines. D'autres foyers familiaux, entre autres le foyer de la sœur aînée de Mami, se trouvent dans la proximité de cette famille, dans une enceinte clôturée. Ces foyers n'ont pas de latrine, chacun d'entre eux utilise un pot de chambre. La mère de Mami a quitté l'école en classe de T2 (CE1). Pendant les trois premiers mois du jeune enfant, la mère assurait sa surveillance de manière continue. Elle l'amenait avec elle sur son lieu de travail (lavoir). À partir de son troisième mois, Mami était surveillé, soit par sa sœur aînée, soit par sa mère. En ce qui concerne la santé de Mami, elle n'était pas malade pendant les 24 premiers mois de sa vie. Elle souffrait de temps à autre de toux lorsqu'elle jouait avec de l'eau. En revanche, elle était touchée rarement par la diarrhée, selon sa mère. En ce qui concerne l'alimentation du jeune enfant, elle a été mise au sein dans l'heure suivant sa naissance. La boisson a été donnée à partir de son troisième mois. La diversification alimentaire a commencé à partir de cette même période. Contrairement à la plupart des jeunes enfants suivis dans cette thèse, Mami a été sevrée avant sa première année, à son septième mois.

**Jona** est un jeune garçon de 17 mois au moment où il a participé à l'étude anthropologique. Il fait partie des jeunes enfants n'ayant pas participé aux autres volets du projet « Afribiota ». Il souffrait d'un retard de croissance sévère et vivait auprès d'une grande famille élargie patrilocale dans le secteur II du quartier. Son foyer est composé de trois personnes c'est-à-dire son père, sa mère et lui-même. La maison dispose d'électricité ; l'eau vient des bornes-fontaines. Il y a une latrine dans la concession dont l'utilisation est partagée avec 7 autres foyers. La grande famille possédait des animaux de parcage (bœufs, moutons), de basse-cour (canard, poulets) et des animaux domestiques (chien et chat) dans la cour familiale. La mère travaillait en tant que lavandière et porteuse dans ce quartier. Dès que Jona a eu deux mois, elle le laissait fréquemment sous la surveillance des enfants plus âgés de la famille lorsqu'elle travaillait. Elle a quitté l'école en classe de sixième. La mère de Jona était victime de violences conjugales et avait quitté le foyer avec son jeune garçon pendant des mois pour se

réfugier auprès de sa famille se trouvant loin de la capitale. En ce qui concerne la santé du jeune enfant, Jona était malade pendant sa petite enfance. Il souffrait fréquemment de fortes fièvres, provoquant des convulsions à un moment donné, quelques heures seulement après sa naissance. Il était touché également par de récurrentes diarrhées accompagnées de fièvre ou non pendant sa première année de vie. Sa mère l'emmenait avec l'aide de l'arrière-grand-mère du jeune enfant (qui est un agent communautaire de santé et nutrition) chez le médecin du quartier si son état de santé ne s'améliorait pas après 1 ou 2 jours. Concernant l'alimentation de Jona, il a été mis au sein dans l'heure suivant sa naissance sur le conseil de l'arrière-grand-mère. Vu que Jona n'avait pas su comment téter et que les tétons étaient « courts » selon la mère, elle avait extrait le lait maternel et lui donnait à l'aide d'une cuillère à café pendant 2 à 3 jours après sa naissance. En même temps, elle a introduit de l'eau sucrée ou non en parallèle avec le lait maternel pour soulager la soif du jeune enfant. L'allaitement maternel n'était jamais exclusif. La diversification alimentaire a commencé à partir du sixième mois.

**Veli** est une jeune fille de 30 mois au moment où elle a été incluse dans l'étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets de la recherche « Afribiota ». Elle souffrait d'un retard de croissance sévère. Ce jeune enfant vivait auprès d'une famille nucléaire dans le secteur II du quartier. Il y a quatre personnes dans son foyer à savoir, sa mère, son père, sa petite sœur de 18 mois et Veli elle-même. La maison dispose d'électricité et l'eau utilisée vient des bornes-fontaines. La famille n'a pas de latrine, les membres utilisent un pot de chambre pour soulager leur besoin. Lorsque la mère travaillait en tant que lavandière, la surveillance de Veli et celle de sa sœur ont été laissées à la grand-mère maternelle et aux enfants plus âgés de la famille, se trouvant dans le même quartier, auprès d'une grande famille élargie. Elle a abandonné l'école en classe de septième. En ce qui concerne la santé du jeune enfant pendant sa petite enfance, Veli souffrait de toux chronique accompagnée ou non de fièvre. La mère a consulté seulement une fois un médecin lorsque le jeune enfant a eu une difficulté respiratoire. Veli souffrait également des diarrhées diffuses pendant sa petite enfance. Mais elle n'avait pas consulté de médecin pour cela. En ce qui concerne l'alimentation, lorsque sa mère est retournée chez elle après avoir accouché chez une matrone, elle a mis Veli au sein. Pour la mère de cet enfant, le lait maternel est une boisson et non un aliment. Pourtant, elle a introduit de l'eau dès sa naissance pour soulager la soif et humidifier la gorge du jeune enfant sur le conseil de la grand-mère maternelle du jeune enfant. Son allaitement maternel n'était jamais exclusif. La diversification alimentaire de Veli a commencé à partir de son troisième mois sur le conseil de l'arrière-grand-mère et de la grand-mère du jeune enfant.

**Diah**, née prématurément au 7<sup>e</sup> mois de la grossesse, est une petite fille de 20 mois lorsqu'elle a été incluse dans l'étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets du projet « Afribiota ». Elle est atteinte d'un retard de croissance sévère. Elle vivait auprès d'une famille nucléaire dans le secteur II du quartier, composée de six personnes, c'est-à-dire sa mère, son père, sa sœur aînée de 12 ans, sa sœur aînée de 8 ans et son frère aîné de 6 ans. La maison a d'électricité ; l'eau vient des bornes-fontaines. Ils utilisent une latrine partagée avec plusieurs autres foyers. Diah était laissée fréquemment pendant sa petite enfance à la surveillance de sa sœur aînée de 9 ans lorsque sa mère travaillait en tant que lavandière. La mère n'a jamais été scolarisée. Concernant la santé de Diah, elle souffrait fréquemment de toux et de diarrhées diffuses depuis sa naissance. Elle avait des difficultés respiratoires pendant les épisodes de toux et perdait du poids pendant les épisodes de diarrhée. Dans de telles circonstances, la mère l'emmenait voir un médecin du quartier, ou la traitait à la maison. En ce qui concerne l'alimentation, le jeune enfant a été mis au sein deux semaines après sa naissance, car sa mère a subi une césarienne. Entretemps, elle était nourrie à l'aide de lait maternisé. L'eau sucrée a été introduite dès la naissance du jeune enfant pour compenser dans un premier temps le lait maternisé et compléter dans un deuxième temps le lait maternel perçu comme un aliment. L'eau a été utilisée pour éteindre la soif du jeune enfant. L'allaitement maternel n'est jamais ainsi exclusif. La diversification alimentaire a commencé à partir de son quatrième mois.

**Atina** est une petite fille de 34 mois au moment où elle a été suivie dans cette étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets de la recherche « Afribiota ». Elle souffrait d'un retard de croissance sévère et vivait auprès d'une grande famille élargie<sup>67</sup> patrilocale dans un bâtiment à plusieurs étages dans le secteur I du quartier. La maison a l'électricité et chaque foyer possède sa propre pompe du JIRAMA<sup>68</sup> pour l'approvisionnement en eau. Le foyer d'Atina est composé de trois personnes c'est-à-dire, le père, la mère et elle-même. Anita était sous la surveillance des grands-parents à partir de son 18<sup>e</sup> mois lorsque la mère travaillait dans une entreprise de la zone franche spécialisée dans la fabrication des sacs en paille. La grande famille possède une latrine, utilisée avec les autres 11 foyers. La mère a un niveau d'éducation avancé, car elle a obtenu le diplôme du baccalauréat. Concernant la santé du jeune enfant, elle a commencé fréquemment à partir de son 11<sup>e</sup> mois à avoir une toux chronique accompagnée ou non de fièvre. Trois épisodes ont été particulièrement violents, car Atina avait de difficulté à respirer à cause des morves. En revanche, elle n'avait pas eu de problème de diarrhée récurrente. La mère l'emmenait toujours voir un médecin en cas de

---

<sup>67</sup> Il s'agit de la seule grande famille élargie vivant dans un bâtiment à plusieurs étages et non dans une concession.

<sup>68</sup> Il s'agit de l'entreprise publique de l'électricité et de l'eau à Madagascar

maladie grave, par exemple de fièvre ou de difficultés de respiration. En ce qui concerne l'alimentation d'Atina, l'allaitement a commencé trois jours après sa naissance faute de montée laiteuse selon sa mère. Entretemps, la mère lui a donné du thé sucré ou non. Lorsque le lait maternel a monté, le jeune enfant a été allaité exclusivement. La diversification alimentaire a commencé à partir du sixième mois.

**Tiavi** est une jeune fille de 42 mois au moment où elle a participé à l'étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets du projet « Afribiota ». Elle souffrait d'un retard de croissance sévère et vivait auprès d'une famille élargie restreinte dans le secteur II du quartier. La maison a l'électricité, et l'eau vient des bornes-fontaines. La famille possède une latrine partagée avec 15 autres foyers. Le foyer de Tiavi est composé de trois personnes, à savoir, sa grand-mère, sa mère et Tiavi. Ses parents se sont séparés lorsqu'elle a eu deux ans. La mère de Tiavi a quitté l'école en classe de quatrième. La grand-mère assurait les soins et la surveillance du jeune enfant pendant la fréquente absence de sa mère. Elle travaillait en dehors du quartier en tant que femme de ménage à partir du 24<sup>e</sup> mois du jeune enfant. En ce qui concerne la santé de Tiavi, elle souffrait fréquemment de toux et de diarrhées accompagnées ou non de fièvre à partir de son sixième mois. La mère l'emmenait voir un médecin si l'état fébrile persistait. En revanche, si Tiavi n'avait pas de fièvre, elle a été traitée chez elle. En ce qui concerne son alimentation, l'allaitement maternel n'a été réalisé de manière continue qu'à partir du deuxième mois du jeune enfant. Un des tétons a développé une infection et l'autre sein ne produisait pas suffisamment de lait selon la mère pendant les deux premiers mois. Toutefois, elle a allaité le jeune enfant très occasionnellement avec le sein n'ayant pas de plaie. Par conséquent, Tiavi a reçu principalement du lait maternisé pendant le premier mois, donné avec un biberon. Pendant le deuxième mois, la mère lui a donné du lait concentré mélangé avec du thé. L'allaitement maternel a été repris ainsi à partir du deuxième mois. La diversification alimentaire a été réalisée à partir du cinquième mois et demi du jeune enfant.

**Heri** est un petit garçon normonutri, âgé de 41 mois au moment où il a été inclus dans les autres volets du projet « Afribiota ». Il vivait auprès d'une famille nucléaire dans le secteur I du quartier avant de déménager dans un autre quartier proche. Le foyer est composé de trois personnes, à savoir le père par alliance, la mère de Heri et Heri. La maison a l'électricité, et l'eau vient des bornes-fontaines. La famille n'a pas de latrine et utilise un pot de chambre. La mère de Heri a quitté l'école en classe de sixième. À un moment donné, la mère a laissé le jeune Heri sous la surveillance de sa belle-mère par alliance dans le quartier lorsqu'elle travaillait comme commerçante. À la suite d'une disparition du jeune Heri, elle l'emmenait toujours avec elle à son lieu de travail jusqu'à sa troisième année. Puis, elle a changé de travail pour devenir

une femme de ménage si bien qu'elle a été obligée à nouveau de laisser le jeune enfant à la garde de sa belle-famille par alliance. En ce qui concerne la santé de Heri, il n'était pas souvent malade avant sa troisième année. Il avait le rhume et la fièvre de temps à autre, vers son deuxième, sixième et vingt-quatrième mois. Dans une telle condition, la mère l'a emmené voir un médecin. En revanche, lorsque le jeune Heri a été laissé auprès de sa belle-famille par alliance à partir de sa troisième année, il souffrait fréquemment de problème de toux et de diarrhées accompagnées ou non de fièvre jusqu'à sa quatrième année de vie. Concernant son alimentation, le jeune Heri a été mis au sien quelques dizaines de minutes après sa naissance. Pourtant, elle a évacué promptement le premier lait considéré comme « sale » sur le conseil de la grand-mère maternelle du jeune enfant<sup>69</sup>. À partir d'un mois et demi, elle a donné de l'eau sucrée en parallèle avec le lait maternel sur le conseil de la grand-mère maternelle de Heri. La diversification alimentaire a commencé à partir du troisième mois du jeune enfant.

**Anto** est un petit garçon normonutri, âgé de 44 mois au moment où il a participé aux autres volets du projet « Afribiota ». Il vivait auprès d'une famille nucléaire monoparentale dans le secteur IV du quartier. Le foyer est composé de trois personnes, c'est-à-dire sa mère, son demi-frère de 7 mois et Anto. La maison n'a pas l'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines. La famille a une latrine partagée avec 5 autres foyers. La mère a reçu une éducation avancée, ayant obtenu le diplôme du baccalauréat. Elle est vendeuse ambulante de produits cosmétiques dans des salons de coiffure. Elle amenait toujours Anto avec elle à son lieu de travail jusqu'à son 18<sup>e</sup> mois. À partir de cet âge, elle a commencé à laisser le jeune enfant dans sa maison et dans le quartier, sous la surveillance de l'arrière-grand-mère du jeune enfant se trouvant dans le même quartier. Concernant la santé d'Anto, il était asthmatique depuis sa petite enfance. En revanche, il n'était pas souvent malade avant son 18<sup>e</sup> mois, selon la mère. C'est seulement à partir de cet âge, jusqu'à son 28<sup>e</sup> mois qu'il souffrait très fréquemment de diarrhées diffuses accompagnées ou non de fièvre. Dans un premier temps, la mère tentait de traiter la maladie à la maison avec des antibiotiques achetés auprès des épiceries. Puis, elle l'amenait voir un médecin seulement lorsque son état ne s'améliorait pas. Concernant son alimentation, il a été mis au sein dans l'heure suivant sa naissance. L'introduction de l'eau et la diversification alimentaire ont été réalisées à partir de son 7<sup>e</sup> mois et demi. L'arrière-grand-mère a conseillé à la mère d'Anto d'introduire l'aliment de complément vers le 3<sup>e</sup> mois du jeune enfant, mais elle a refusé grâce à ses connaissances acquises sur l'alimentation infantile à l'école et au centre de

---

<sup>69</sup> Elle était en confinement chez sa mère après la naissance du jeune enfant pendant 2 à 3 mois.



santé pendant les consultations prénatales. En outre, la disponibilité de la mère a permis de prendre en charge l'alimentation d'Anto.

**Fali** est un petit garçon normonutri, âgé de 45 mois au moment où il a été inclus dans le projet « Afribiota ». Il vivait auprès de plusieurs types de famille pendant sa petite enfance. Dès sa naissance jusqu'à son 12<sup>e</sup> mois, il vivait dans une famille élargie restreinte patrilocale dans un autre quartier périurbain. Le foyer était composé de son père, sa mère, quelques membres de la famille de son père et lui-même. Ses parents se sont séparés à son 12<sup>e</sup> mois et la dyade mère-enfant est retournée vivre auprès des siens dans le quartier d'*Ankasina*. Le type de famille était encore de type élargi restreint dans le secteur III du quartier, car la maison est composée de sa grand-mère maternelle, sa mère et lui-même. Il y a eu également quelques membres de la famille maternelle dans la proximité de cette maison. Après six mois de leur arrivée dans le quartier, la mère s'est remise avec un autre compagnon dans un autre foyer, avec qui elle a donné naissance au demi-frère de Fali. À partir de là, la famille est devenue de type nucléaire, composée de quatre personnes, à savoir sa mère, son père par alliance, son demi-frère et lui-même. Cette dernière maison n'a pas d'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines. La famille possède une latrine partagée avec trois autres foyers. La mère a quitté l'école en classe de septième sans avoir obtenu le CEPE. Pendant les 12 premiers mois du jeune enfant, elle n'a pas travaillé et est restée toujours auprès de Fali. Après la séparation et être retournée vivre dans le quartier auprès de sa famille, elle était obligée de travailler et de laisser, par conséquent, le jeune enfant sous la surveillance de sa mère. Après son remariage, le jeune enfant est laissé dans sa maison ou celle de sa famille. La santé de Fali variait en fonction du lieu où il habitait. Pendant ses 12 premiers mois de vie, il n'était pas souvent malade. Il souffrait de temps à autre de maux de tête. En revanche, à partir de son 12<sup>e</sup> mois jusqu'à son 24<sup>e</sup> mois, il souffrait fréquemment de diarrhées diffuses avec ou sans fièvre. Sa mère n'a jamais consulté un médecin. Le jeune enfant était traité à domicile en utilisant des cendres et des antibiotiques achetés auprès des épiceries, comme le métronidazole. L'état du jeune enfant est devenu stable à partir de sa deuxième année de vie. En ce qui concerne l'alimentation, le jeune Fali a été mis au sein dans l'heure suivant sa naissance grâce au conseil des soignants, car elle a accouché dans un centre de santé. Une fois chez elle, après trois jours, elle a introduit de l'eau en parallèle avec le lait maternel perçu comme un aliment. L'eau sert à soulager la soif du jeune enfant selon sa mère. L'allaitement maternel n'était pas exclusif pendant les six premiers mois. La diversification alimentaire a commencé à partir du cinquième mois du jeune enfant.

**Sitra** est un jeune garçon normonutri âgé de 38 mois au moment où il a commencé à participer à l'étude « Afribiota ». Il vivait auprès d'une famille nucléaire dans le secteur III du

quartier. Le foyer est constitué par trois personnes, à savoir sa mère, son père et lui-même. En revanche, dans l'enceinte clôturée où ce foyer se trouve, il y a d'autres foyers familiaux, notamment la sœur de la mère et sa famille. Le foyer de Sitra n'a pas d'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines. La famille a une latrine dont l'utilisation est partagée avec trois autres ménages. Après avoir obtenu le CEPE, la mère n'a plus poursuivi ses études. Elle vend des plantes ; et son compagnon est un porteur. Après la naissance du jeune enfant, la mère restait à côté de Sitra pendant 1 an pour le prendre soin, avant de reprendre ses activités génératrices de revenus en dehors du quartier. Sitra est laissé auprès des grands-parents maternels, vivant dans le même quartier, lorsque les parents travaillaient. En ce qui concerne la santé de Sitra, il n'était pas malade jusqu'à son 1<sup>e</sup> mois. En revanche, entre le 12<sup>e</sup> et 24<sup>e</sup> mois, il souffrait fréquemment de fièvres. La mère lui donnait du paracétamol et si son état ne s'améliorait pas, elle l'emmenait voir un médecin. En revanche, il a été rarement touché, selon la mère, par la toux et la diarrhée. Concernant son alimentation, Sitra a été mis au sein dans l'heure suivant sa naissance. Sa mère lui avait donné de l'eau en parallèle avec le lait maternel depuis la naissance. L'eau servait à soulager la soif du jeune enfant. L'allaitement maternel n'était pas exclusif. La diversification alimentaire a commencé à partir du sixième mois du jeune enfant.

**Avo**, née prématurément à 7 mois et demi de grossesse, est une jeune fille normonutrie, âgée de 36 mois au moment où elle a été incluse dans le projet « Afribiota ». Elle vivait auprès d'une famille nucléaire monoparentale dans le secteur I du quartier. Ce foyer est composé de 5 personnes, à savoir sa mère, son frère aîné âgé de 17 ans, ses deux sœurs aînées respectivement 15 et 13 ans et elle-même. La maison a l'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines et de l'étang. Elle partage la latrine du propriétaire de sa maison avec 9 autres foyers. La mère de Avo n'a jamais été scolarisée. Elle est vendeuse de vêtements en dehors du quartier. Pendant la petite enfance de Avo, jusqu'à sa troisième année, la mère amenait le jeune enfant avec elle, lorsqu'elle travaillait du lundi au samedi. En ce qui concerne la santé de Avo, le jeune enfant n'était pas malade. Avo souffrait de temps à autre de la toux, mais la mère la traitait à la maison. Elle n'a jamais consulté de médecin pour les maladies de Avo pendant sa petite enfance. En ce qui concerne la diarrhée, par exemple, elle en souffrait seulement trois fois selon sa mère. Concernant son alimentation, la mère l'a mise au sein trois heures après sa naissance. L'eau a été introduite dès sa naissance en parallèle avec le lait maternel qui est considéré comme un aliment, nécessitant ainsi de l'eau pour soulager la soif du jeune enfant selon sa mère. Pendant le premier mois de vie extra-utérine, la mère lui donnait du lait maternisé à l'aide d'un biberon à cause de sa prématurité. Son allaitement maternel n'était pas exclusif pendant les six premiers mois du jeune enfant. La diversification alimentaire a été réalisée à partir de son sixième mois.

**Haja** est un petit garçon normonutri âgé de 45 mois au début de sa participation dans la recherche « Afribiota ». Il vivait auprès d'une famille nucléaire biparentale, patrilocale, dans le secteur IV du quartier. Toutefois, des membres de la famille du compagnon de sa mère se trouvent dans la proximité. Le foyer est composé de 4 personnes, à savoir le père, la mère, la sœur aînée de Haja et Haja lui-même. La maison n'a pas l'électricité et l'eau vient principalement des bornes-fontaines et dans une certaine mesure de la rizière. La famille utilise une latrine partagée avec trois autres foyers. La mère a quitté l'école en classe de troisième. Elle amenait toujours Haja avec elle pendant sa petite enfance, soit sur son lieu de travail soit chez sa mère vivant dans une famille élargie. Dans une telle circonstance, la grand-mère maternelle surveillait le jeune enfant lorsque'elle travaillait. Elle était victime de violences conjugales pendant des années et était en conflit avec la famille de son mari. En ce qui concerne la santé de Haja, il était « plutôt » en bonne santé depuis sa naissance selon sa mère, car elle l'emmenait voir un médecin très rarement. Il souffrait de temps à autre de la toux et de diarrhées qu'elle traitait chez elle. Pour la diarrhée, selon sa mère, l'enfant a souffert de moins de trois épisodes dans sa vie. Elle n'a jamais consulté un médecin pour cela. Elle lui donnait du métronidazole et du charbon achetés auprès des épicerie dans le quartier. En ce qui concerne son alimentation, elle a mis au sein le jeune Haja une heure après sa naissance. Pendant les premières 24h après sa naissance, Haja a reçu déjà de l'eau sucrée. Puis lorsque la mère commençait à s'absenter momentanément à partir du premier mois du jeune enfant, la personne qui la surveillait, en l'occurrence sa grand-mère maternelle, lui a donné à nouveau de l'eau sucrée. L'allaitement maternel n'a été exclusif que pendant un mois. La diversification alimentaire a commencé à partir du sixième mois du jeune enfant.

**Vani** est une jeune fille normonutrie, âgée de 24 mois au moment où elle a été incluse dans l'étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets de la recherche « Afribiota ». Elle vivait auprès d'une famille nucléaire dans le secteur IV du quartier, constituée par 5 personnes, c'est-à-dire sa mère, son père, sa sœur aînée de 8 ans, son frère aîné de 5 ans et Vani elle-même. La maison n'a pas l'électricité et l'eau est puisée auprès des bornes-fontaines. Le foyer possède une latrine partagée avec un autre foyer. La mère a quitté l'école en classe de septième sans avoir obtenu le CEPE. À partir du quatrième mois du jeune enfant, elle a commencé à travailler en tant que femme de ménage. Le jeune enfant a été surveillé, à partir de ce moment-là, par la grand-mère maternelle. Puis vers le sixième mois du jeune enfant, sa mère a été obligée de quitter son travail, car Vani tombait fréquemment malade de diarrhées avec des selles sanglantes quelques fois. Elle souffrait de diarrhées entre son quatrième et sixième mois. Puis elle était en bonne santé jusqu'à son douzième mois. Elle souffrait de toux

chronique à partir de 12 mois lorsque la mère a repris son travail. Elle a, par la suite, décidé de quitter définitivement son emploi à partir du 18<sup>e</sup> mois du jeune enfant. Lorsque Vani était malade, elle l'emmenait voir un médecin du quartier dans la mesure du possible. Concernant l'alimentation du Vani, la mère l'a mis au sein dans l'heure suivant la naissance. Pendant l'absence de la mère, la grand-mère a procédé à l'introduction de l'eau sucrée vers le quatrième mois du jeune enfant pour compenser l'insuffisance de lait maternel. Selon la mère, la diversification alimentaire a été réalisée à partir du sixième mois du jeune enfant.

**Lauria** est une jeune fille normonutrie de 6 mois, au moment où elle a été incluse dans l'étude anthropologique. Elle n'a pas participé aux autres volets de la recherche « Afribiota ». Elle vivait dans une famille élargie restreinte du secteur IV du quartier. Le foyer est composé de quatre personnes, à savoir le père, la mère, la grand-mère maternelle et Lauria. La maison utilise un panneau solaire pour produire de l'électricité. L'eau vient des bornes-fontaines et des rizières. La mère travaille en tant qu'accompagnatrice d'enfants vers l'école. Elle a quitté l'école en classe de troisième. Lorsqu'elle dépose les enfants dans une école, elle laisse sa fille auprès de sa grand-mère paternelle se trouvant dans le même quartier (mais loin de leur maison). Concernant la santé de Lauria, elle a souffert d'un épisode de diarrhée et de vomissement à son quatrième mois. Puisque la mère a accouché Lauria dans un centre de santé, le soignant lui a conseillé de mettre le jeune enfant au sein dans les minutes suivant sa naissance. Elle a donné de l'eau dès la naissance à Lauria à l'insu des soignants pendant son séjour au centre de santé après l'accouchement. L'allaitement n'était jamais exclusif pour Lauria. La diversification alimentaire a commencé à partir du cinquième mois du jeune enfant. L'issue de la croissance de ce jeune enfant n'est pas encore connue compte tenu de son jeune âge.

**Bran** est un jeune garçon normonutri, âgé de 44 mois au moment où il a été inclus dans l'étude anthropologique. Il n'a pas participé aux autres volets du projet « Afribiota ». Bran vivait au sein d'une famille élargie restreinte. Le foyer est constitué par sa mère, ses deux cousines germaines et Bran lui-même. La maison utilise un petit panneau solaire pour produire de l'électricité et l'eau vient des bornes-fontaines. La mère, à mobilité réduite, n'a jamais fréquenté d'école. Elle vend de la banane. Pour se déplacer vers son lieu de vente, loin du quartier, elle est aidée par une de ses nièces. Elle n'a jamais laissé Bran dans le quartier pendant sa petite enfance, c'est-à-dire, pendant les trois premières années de vie. Elle l'emmenait toujours avec elle sur son lieu de vente. En ce qui concerne la santé de Bran, selon sa mère, il souffrait de manière récurrente de problème de toux accompagnée d'une difficulté de respiration importante, notamment à cause des morves, à partir de son 18<sup>e</sup> mois. Dans une telle circonstance, elle l'emmenait voir un médecin dans un premier temps (2 fois) et un

tradipraticien dans un deuxième temps. En revanche, Bran n'a jamais souffert de diarrhées. Concernant son alimentation, l'allaitement a commencé deux jours après sa naissance. La mère a subi une césarienne et était inconsciente pendant ces deux jours après l'accouchement. Bran était nourri de bouillie à base de farine instantanée (Farilac) pendant ces deux premiers jours. Le soignant lui a donné également de l'eau pendant cette période. En sortant du centre de santé, elle a arrêté de donner de l'eau, par peur de contamination, jusqu'à son troisième mois. La diversification alimentaire de Bran a commencé vers son cinquième mois.

Nous avons vu brièvement dans cette partie très descriptive que tous les jeunes enfants, appartenant à plusieurs types de structure familiale, tombaient tous malades pendant leur petite enfance. La différence réside dans la temporalité. En prenant le cas de la diarrhée et de la toux, certains en souffraient très tôt dans leur vie, par exemple durant la première année. D'autres en revanche en tombaient malades vers la fin de leur première année ou au-delà de leur deuxième anniversaire. La modalité sur l'exposition des jeunes enfants aux différentes immondices diffère dans le temps et dans l'espace. Nous avons vu également que le statut matrimonial des mères est différent, ce qui peut jouer un rôle sur l'exposition ou non du jeune enfant à leur milieu de vie et sur sa modalité d'alimentation. Pour ce dernier point, certaines mères allaitent de manière prédominante leur jeune enfant en introduisant de l'eau dès la naissance, d'autres pratiquent l'allaitement exclusif dans un temps très limité. Concernant la diversification alimentaire, plusieurs mères la pratiquent autour du troisième mois de leurs jeunes enfants, d'autres disent la mettre en œuvre à partir de leur sixième mois.

Il est temps maintenant de décrire et d'analyser dans la prochaine partie les causes profondes des pratiques du déversement des ordures ménagères et de la défécation à l'air libre dans ces quartiers défavorisés en prenant le cas du quartier d'*Ankasina*.

## **Partie 2 : Propreté et espace**

« (...) avec la souillure nous entrons au règne de la Terreur » selon Paul Ricoeur, (Ricoeur, 1960, p. 3, cité dans Douglas, 2001, p. 23)

**Chapitre 5 : Défécation à l'air libre : un grand risque pour les jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies**

La pratique de défécation à l'air libre est liée, dans la plupart des cas, à l'absence de latrine. Pour la comprendre, il faut faire une analyse fine des différents contextes, économique, social et culturel dans un premier temps. L'analyse de l'espace est nécessaire, dans un deuxième temps, pour mettre en lumière l'interaction entre individus, l'emplacement et l'organisation des objets en relation avec la gestion de la matière fécale humaine et les différentes pratiques qui en découlent. L'espace constitue, ainsi, un cadre dans lequel se mettent en place des interactions individuelles régies par « des règles, des pratiques ritualisées et d'une mise en scène d'un ordre social » (Goffman, 1974 ; Dris, 2004, p. 188). Trois objets de l'anthropologie de l'espace seront mobilisés à cet effet dans ce chapitre, à savoir les notions de limite, d'orientation et les notions d'organisation fixe et semi-fixe des objets.

Tout espace possède une délimitation, servant, de manière générale, à séparer l'important de l'insignifiant, l'intérieur de l'extérieur, le haut du bas, « [le] cosmos du chaos, la civilité du sauvage, et [le] sacré de l'impur » (Paul-Levy et Marion, 1983, p. 9). L'analyse de telles discontinuités peut aider à comprendre les différentes constructions, les représentations et surtout les différentes pratiques. La délimitation, physique ou symbolique, peut être un objet, comme un fossé, une muraille, un mur, une porte, une clôture, ou un lieu ; d'autres peuvent être symboliques et invisibles. Elles ont, pourtant, un dénominateur commun, c'est-à-dire la protection dans le but de préserver l'espace habité des « dangers » visibles et invisibles auxquels les habitants s'exposeraient. Aussi résistantes et solides qu'elles soient, toutes les limites peuvent céder, car elles sont faites justement pour être franchies. Plusieurs types de limites existent dans un espace donné, entre autres, une « limite faible » et une « répétition de limites ». La limite dite « faible » n'arrive pas à préserver l'intérieur de l'extérieur ou le contact entre deux objets. La limite en question perd son rôle protecteur à cause du franchissement banal malgré l'existence des barrières physiques ou symboliques imposées. La « répétition de limites » quant à elle se définit comme une succession de barrières physiques et/ou symboliques dans le but de se protéger d'un danger ou d'une menace. Si jamais la première barrière cède, les autres tentent de s'y opposer. Dans le cadre de cette thèse, le danger en question sera la matière fécale humaine. La question de limite seule n'est pas suffisante pour comprendre les constructions et les différentes pratiques. Il faut saisir la notion de l'orientation qui peut justement révéler le rapport des individus à leur milieu de vie, dicté par des injonctions sociales conformément à leur culture, croyance, crainte et/ou à leur espérance. La notion de l'orientation sert souvent à distinguer le sacré du profane en général. Marion Segaud a écrit à cet effet que « [...] dès les origines, l'orientation a été liée à la survie de l'homme et la dimension astrologique a présidé à son repérage dans l'espace » (2010, p. 119). La mobilisation de cette notion permettra d'expliquer le choix culturel de l'emplacement exact de la latrine et des pots de



chambre dans le quartier d'étude. La question d'orientation implique toujours un repérage dont les plus communs sont les cinq points cardinaux : nord, est, ouest, sud et centre. Pour bien situer les objets dans l'espace et comprendre davantage leur emplacement précis, l'appréhension de la question d'organisation dans un tel espace est nécessaire.

Edward Hall (1971) en proposait deux, à savoir l'espace à organisation fixe et semi-fixe. La première concerne les structures difficiles à déplacer, à modifier et à rompre. Il s'agit, entre autres de l'organisation d'un habitat, de la répartition et de l'emplacement des objets à l'intérieur d'une maison, par exemple les chaises, la table, le lit, etc., et des constructions autour d'une maison. Ils influent sur les pratiques et les comportements routiniers de leur propriétaire. Tout changement dans cette organisation peut engendrer une perte de repère et un mécontentement auprès du groupe. La deuxième est relative aux rangements « consentis » des objets déplaçables à l'intérieur d'un espace à organisation fixe. Autrement dit, il s'agit d'une organisation modifiable. Il nécessite un « consentement », car toute modification de la place de l'objet en question à l'improviste et à l'insu de son propriétaire peut rompre les habitudes et provoquer des mécontentements.

Pour aller encore plus loin dans les analyses, la mobilisation d'un des concepts de Mary Douglas sur la question du désordre, défini comme « quelque chose qui n'est pas à sa place », est nécessaire pour pouvoir expliquer le danger du non-respect de l'organisation susmentionnée (Douglas, 2001, p. 55). Le changement de place d'un objet peut provoquer un désordre et indirectement une saleté. La notion d'ordre est le symbole de l'agencement des choses, restriction, sélection des matériaux à utiliser et la combinaison limitée de ces ressources ; tandis que le désordre fait allusion à la destruction de l'agencement et à une potentialité illimitée. Ainsi « le désordre est donc un symbole tout à la fois de danger et de pouvoir » (Douglas, 2001, p. 111). La mobilisation de ces théories, sur la notion de l'espace et la question de désordre, peut aider à appréhender les pratiques relatives à la gestion des matières fécales humaines auprès des familles, expliquer l'emplacement « fixe » des latrines et les causes de leur disparition, l'emplacement des pots de chambre dans un espace donné, et enfin à analyser les pratiques de défécation à l'air libre dans le quartier.

Le chapitre sera consacré, dans un premier temps, à l'explication de la raréfaction de la latrine dans ce quartier selon les différents contextes, économique, social et culturel, et à la description de l'emplacement d'une latrine selon la croyance locale. Ensuite les alternatives locales pour pallier cette insuffisance dans la gestion de matière fécale humaine seront développées. Enfin, les règlements locaux autour de ces pratiques alternatives et les risques

d'expositions en fonction de l'architecture de l'espace familial et les dangers encourus par les habitants, en cas de non-respect, seront analysés.

### **V-1- La raréfaction de latrine ou du *kaboné***

Le quartier d'étude dispose des latrines, publiques et privées, et un système collectif ou individuel pour gérer la matière fécale humaine. La description des latrines et l'appréhension de la dynamique sociale autour de leur utilisation permettent de mettre en contexte les pratiques de la défécation à l'air libre. Les habitants du quartier, divisé en quatre secteurs, peuvent utiliser tout l'éventail d'objets et de stratégies pour se débarrasser de leur matière fécale et urine. Leur rapport à une latrine varie d'une famille à une autre et dans le temps (saison sèche vs saison des pluies). Cette infrastructure est connue sous le nom de *kaboné* ou WC (*vécé*) dans le quartier. Ce *kaboné* est une pièce ou un espace (non clôturé) d'environ 1,5 sur 1,5 mètre de surface en moyenne. Il est clôturé par des planches, des briques, ou tout simplement par des tissus. L'intérieur de l'enceinte n'est pas éclairé faute d'électricité. En ce qui concerne son emplacement de manière globale, il se détache de la maison principale. Dans tous les cas, l'utilisation d'une latrine est considérée comme « dangereuse » pour un jeune enfant à cause de la fosse profonde non sécurisée. C'est la raison pour laquelle une latrine est utilisée exclusivement par les enfants de plus de 10 ans, les adolescents et les adultes. Trois types de *kaboné* ont été trouvés dans le quartier auprès des familles d'investigations : un *kaboné* à fosse « perdue », un *kaboné* à fosse « isolée », et un *kaboné* à l'air libre. Pour le premier, la fosse est reliée directement ou indirectement à un canal d'évacuation. Comme le nom du *kaboné* l'indique, la matière fécale est « perdue » directement dans ce canal d'évacuation. Cependant, même pour ce type de *kaboné*, il y a quand même des variations sur la façon d'évacuer le contenu de la fosse vers le canal d'évacuation principal. Cette modalité d'évacuation peut être instantanée ou provoquée. Pour la première, la matière fécale se dirige automatiquement vers le canal d'évacuation principal étant donné que le *kaboné* se trouve juste à côté ou au-dessus du canal en question comme la photo 5 le montre. Concernant la seconde, la matière fécale est « stockée » dans la fosse en obstruant volontairement le canal intermédiaire reliant la fosse au canal principal. Les propriétaires la laissent circuler au moment opportun. À ce propos, « [...] seulement pendant la grande pluie qu'on la fait circuler [...] » dit la mère de Tsoa. En revanche, l'eau est nécessaire pour faire circuler la matière fécale vers le canal d'évacuation. Dans ce sens et devant le problème d'eau encouru par plusieurs ménages dans le quartier, le toit du *kaboné* peut être omis volontairement pendant la saison des pluies pour assurer le nettoyage et la circulation des excréta vers le canal d'évacuation



**Photo 5 :** Un *kaboné* à fosse perdue de la famille de Tsoa

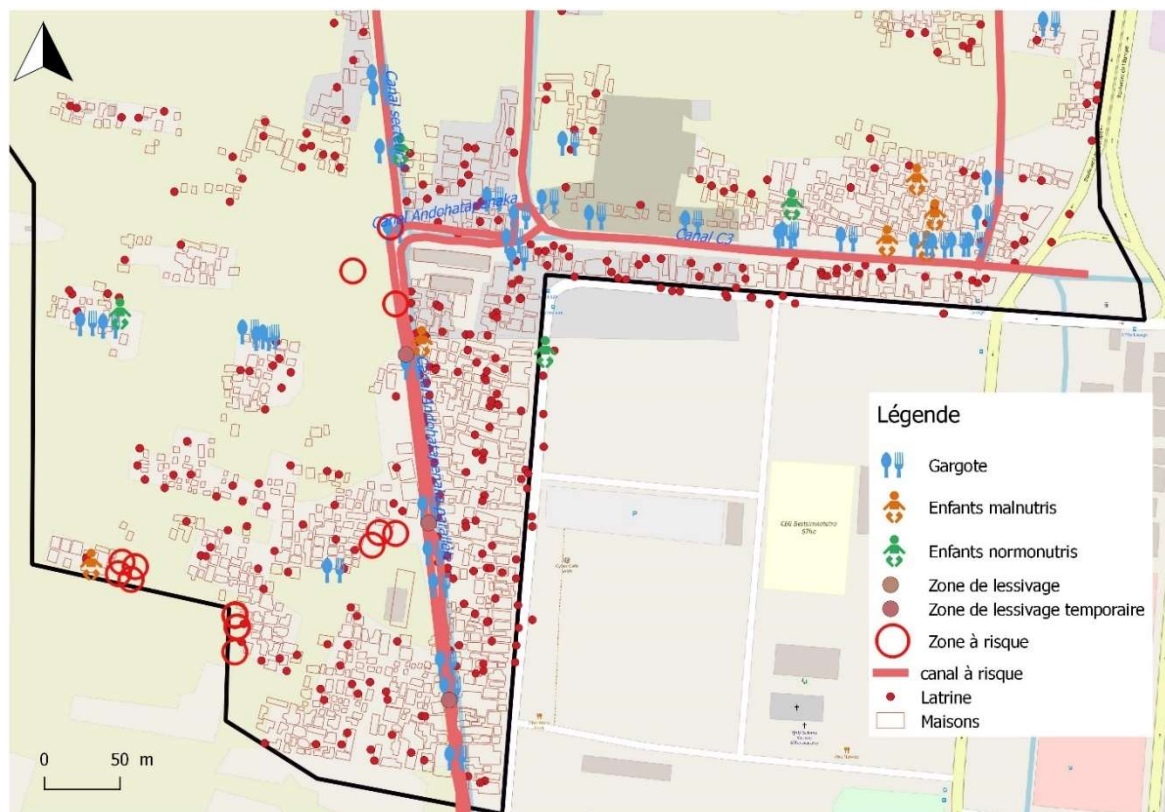
D'ailleurs, il a été constaté que la plupart des *kaboné* se trouvent justement au bord des eaux de surface comme les cartes, 5 (pour les secteurs I et II), 6 (les secteurs III et IV) et 7 (secteur IV en gros plan) le montrent. L'avantage de ce type de *kaboné* selon les interlocuteurs, est la non-nécessité d'avoir recours à une vidange pour vider son contenu. Le deuxième type de *kaboné* est celui à fosse isolée qui n'est relié à aucun canal. Il peut être clôturé par des briques, de tissus et parfois est équipé d'un toit (cf. photos 6 et 7). Il ne nécessite pas d'eau pour faire circuler les excréta. En revanche, la fosse requiert une vidange régulière, mais une telle activité demande beaucoup d'argent.



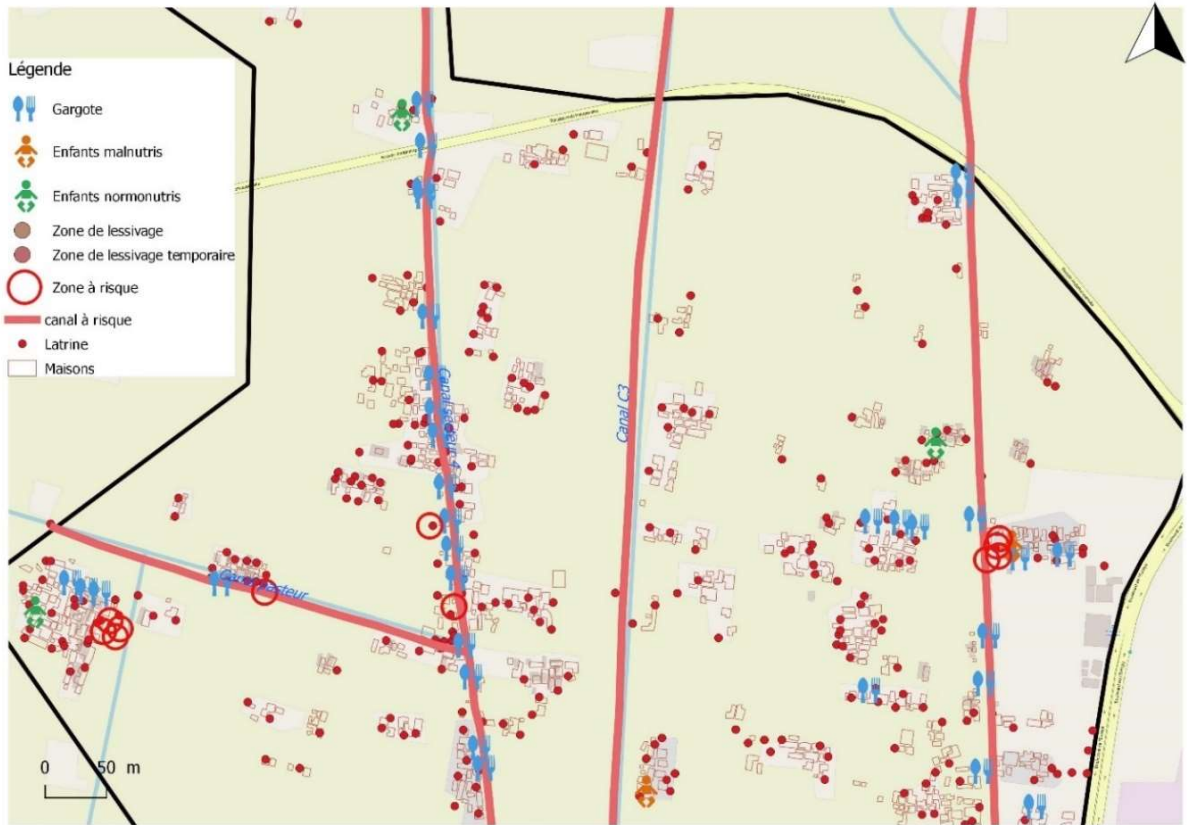
**Photo 6 :** Un *kaboné* à fosse sans toit et équipé de deux planches pour les pieds



**Photo 7 :** Un *kaboné* avec une clôture et un toit



**Carte 5 :** La répartition spatiale des latrines dans les secteurs I et II en 2018



**Carte 6 : La répartition spatiale des latrines dans le secteur III et IV en 2018**



**Carte 7 : La répartition spatiale des latrines dans un village du secteur IV en 2018**

Le troisième type est lié à la défécation à l'air libre qui sera traitée ultérieurement. Les zones à risque à une exposition directe avec les immondices sont les lieux où les habitants pratiquent la défécation à l'air libre, la décharge des ordures ménagères et/ou la déjection. Nous avons recensé approximativement 638 *kaboné* pour 18939 habitants en 2018. Le nombre de latrines varie d'un secteur à un autre. Le secteur I en possède 243 pour 7396 habitants (soit une latrine pour 30 habitants) ; le secteur II, 160 latrines pour 5726 habitants (soit 1 latrine pour 36 habitants) ; le secteur III, 113 latrines pour 3825 habitants (soit 1 latrine pour 34 habitants) ; et le secteur IV en possède 122 latrines pour 1992 habitants (soit 1 latrine pour 16 habitants). Visiblement, le nombre de latrines est insuffisant par rapport au nombre total d'habitants, mais pour quelles raisons ?

### **V-1-1- La cause économique**

De manière globale, un *kaboné* est toujours collectif pour diverses raisons. Cette collectivisation est une stratégie pour pallier le coût exorbitant de son entretien, en l'occurrence la vidange de la fosse qui varie entre 35 000Ar (8,75 €) et 50 000Ar (12,5 €) par *kaboné*. Pour des habitants qui cherchent de quoi vivre au jour le jour, un tel montant est intenable pour une seule famille, même si le nettoyage à fond se fait à l'intervalle de 3 à 6 mois. Cette vidange peut se faire de trois manières différentes. Premièrement, après avoir enlevé la clôture de la latrine, une autre fosse est fabriquée dans la proximité de la précédente latrine et les matières fécales y sont transférées à l'aide d'un canal. Puis, une nouvelle clôture est fabriquée au-dessus de la fosse. Il arrive que les foyers utilisateurs n'aient plus les moyens et/ou l'autorisation émanant du bureau de la voirie locale pour le fabriquer à nouveau et se trouvent par conséquent sans *kaboné*. Deuxièmement, une autre pratique de vidange est le recours à un prestataire local pour nettoyer la fosse et jeter son contenu dans les canaux d'évacuation. La matière fécale est transportée à l'aide d'un récipient, un seau ou un bidon, vers le canal d'évacuation le plus proche. Cette pratique est connue localement sous le nom de *mampadihy* littéralement *faire danser*<sup>70</sup>, et s'opère toujours la nuit pour éviter la sanction de la part des agents de la voirie locale à cause de la nuisance occasionnée. La troisième possibilité est l'intervention d'un prestataire professionnel pouvant amener les matières fécales dans une usine de gestion de boue de vidange en dehors du quartier. Cette dernière possibilité a été très peu évoquée par les familles suivies dans le cadre de cette thèse.

Plusieurs stratégies sont mobilisées pour atténuer ce coût de la vidange et surtout pour retarder le remplissage de la fosse. La première stratégie est le partage d'un *kaboné* par plusieurs

---

<sup>70</sup> Faire danser, car l'odeur est insupportable pour les voisins.

foyers appartenant ou non à une seule famille. Ce partage permet de réduire, non seulement le coût par foyer se situant alors entre 2000 Ar (0,44 €) et 4000Ar (0,89€), mais également de partager la responsabilité pour le nettoyage. La deuxième stratégie consiste à limiter le nombre de gens pouvant utiliser le *kaboné* pour ne pas remplir rapidement la fosse. Son accès est strictement réservé aux membres des foyers propriétaires, qui ont pu cotiser régulièrement pour la vidange et participer au nettoyage. Il est ainsi strictement interdit à un « étranger » de l'utiliser. Mais cette réticence des habitants à le partager avec les autres se voit à travers la modalité de son implantation. Un *kaboné* se trouve très rarement au premier plan dans une ruelle. Il est « caché » de la vue des passants et il est difficile de le repérer à première vue. Une « répétition de limite », physique ou symbolique, sépare un *kaboné* de la voie publique, c'est-à-dire des maisons, des cours et/ou des clôtures. La cour d'une famille est une délimitation symbolique par exemple, car pour la traverser, une personne non familière doit demander aux propriétaires une autorisation orale. Il est ainsi difficile d'y passer sans être remarqué. La remarque de Georges Condominas à propos des villages dans la campagne d'Imerina a encore sa place dans ce quartier défavorisé au cœur de la capitale lorsqu'il écrit : « [...] [la] conscience d'appartenir un même *fokon'olona*<sup>71</sup> est toujours présente, non seulement dans l'exaltation du *famadihana*<sup>72</sup> mais aussi dans son aspect négatif de méfiance à l'égard de tout étranger inconnu des habitants » (Condominas, 1961, p. 30-31). Pour d'autres familles en revanche, une succession de barrières séparent leur *kaboné* de la voie publique. Ces délimitations physiques sont infranchissables pour les personnes non familières même en absence de leur propriétaire. Le *kaboné* peut être même verrouillé par un cadenas dans certaines circonstances (cf. photo 8).

Pour pouvoir l'utiliser, l'individu doit demander la clé. Il est difficile de l'obtenir pour un étranger ou une personne du ou des foyers propriétaires n'ayant pas acquitté leur cotisation pour la maintenance. Une autre stratégie dans la pratique pour retarder davantage le remplissage de la fosse est l'évitement de miction. Cette pratique se fait banalement à l'air libre dans ce quartier. Enfin, la présence d'un toit est plus que nécessaire pour un *kaboné* de ce type afin d'éviter le remplissage de sa fosse par l'eau de pluie.

---

<sup>71</sup> Dans une zone rurale, comme George Condominas l'écrit : « C'est un clan (ou parfois un lignage) de type patrilinéaire et patrilocal unissant sur un même territoire (*fokon-tany*) les descendants d'un même ancêtre (*razana*) » (Condominas, 1961, p.21). Dans une zone urbaine, il s'agit notamment des habitants issus de plusieurs ancêtres, mais vivant dans un seul quartier ou *fokontany*.

<sup>72</sup> Le retournement de mort.



**Photo 8 :** Un *kaboné* à fosse fermé par un cadenas chez Avo

#### **V-1-2- Les causes symboliques et foncières**

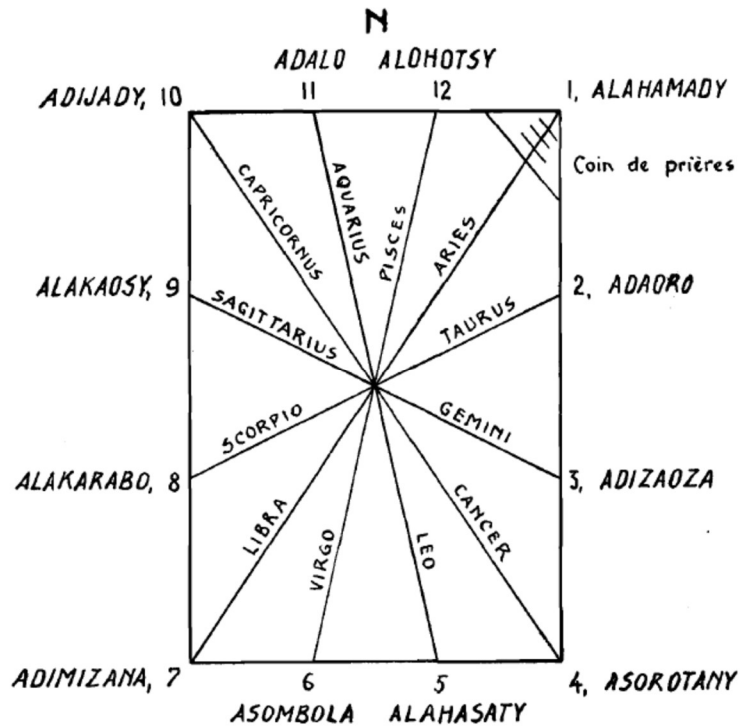
Conformément à ce qui a été développé dans le chapitre précédent portant sur le processus de peuplement de ces quartiers défavorisés, en l'occurrence par la voie de la migration rurale, la plupart des habitants conservent l'usage de leurs us et coutumes de la zone rurale. Ces habitants correspondant à ce que Jacky Bouju disait sur les « néo-citadins » (Bouju, 2010). La crainte à changer l'*orim-bintana* ou l'ordre du destin<sup>73</sup> de vie d'un individu, entre autres à cause d'une souillure en fait partie de cette tradition ancestrale *malagasy* retenue par certains habitants de ce quartier. L'ordre du destin est l'ordre de vie voulu par un Dieu lointain pour chaque individu (Soury-Lavergne et de la Devèze, 1917 ; Hébert, 1965 ; Rabedimy, 1980, Ottino, 2002). Ce *orim-bintana* « régit toutes choses, notamment le destin astrologique des humains, c'est-à-dire leur *anjara*, leur part ou leur lot, qui est fixé une fois pour toutes à l'instant de leur naissance, détermine les caractères et les personnalités individuelles, et décide largement des succès et des échecs des cours de vie. » selon Adolphe Rahamefy (2007, p.46). Par rapport à l'ordre du destin susmentionné, et pour mieux expliquer la racine de cette croyance, l'année *malagasy* est divisée en « douze mois lunaires [...], qui correspondent aux constellations du Zodiaque ... » (Decary, 1951, p. 91 cité dans Hébert, 1965, p.159). Chaque mois lunaire, désigné par un mot arabe malgachisé, correspond à un *tonom-bintana* ou le nœud du destin, à savoir *Alahamady* (le bélier), *Adaoro* (le taureau), *Adizaosa* (les gémeaux), *Asorotany* (le

---

<sup>73</sup> L'ordre de destin est l'ordre de vie que Dieu lointain fixe pour chaque individu dès sa naissance. Ce qui régit la vie d'un individu.

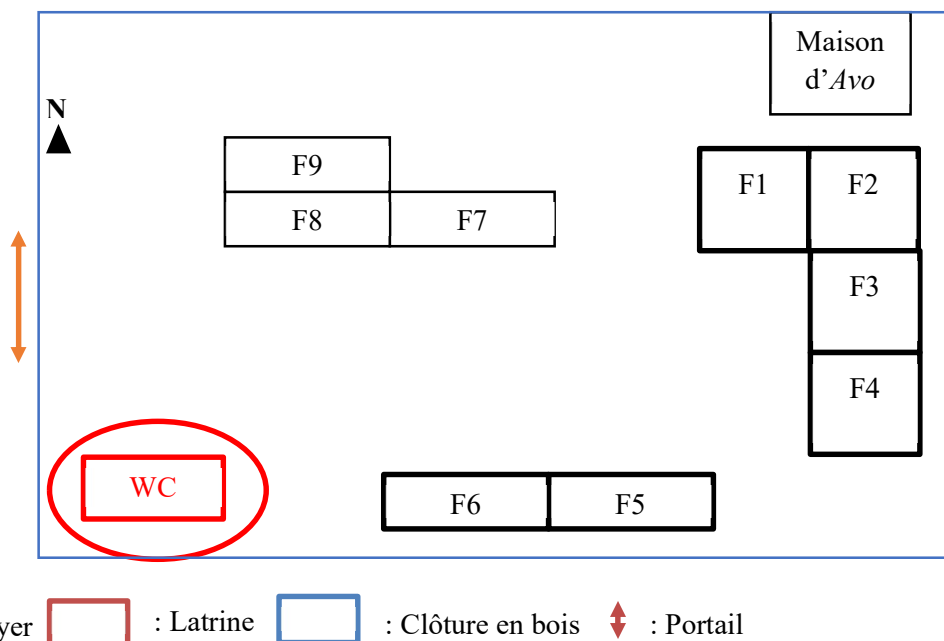


cancer), *Alahasaty* (le lion), *Asombola* (la vierge), *Adimizana* (la balance), *Alakarabo* (le scorpion), *Alakaosy* (la sagittaire), *Adijady* (le capricorne), *Adalo* (le verseau), *Alohotsy* (les poissons). Parmi ces douze *tonom-bitana*, il y a quatre destins mères ou majeurs, à savoir *Alahamady*, *Asorotany*, *Adimizana* et *Adijady* qui sont subdivisés en trois parties, le début ou la bouche, le milieu ou le ventre, et la fin ou le fond. Les huit restants sont des destins-enfants ou mineurs qui sont subdivisés en deux parties, c'est-à-dire le début et la fin. Chaque *tonom-bintana* et leurs différentes parties respectives, surtout le début et la fin, déterminent directement le sort, le caractère et la trajectoire de vie d'un individu pouvant être faste ou néfaste. Les douze mois lunaires en question sont matérialisés symboliquement aux différentes directions cardinales dans une maison (cf. figure 1). Un mois lunaire est attribué à chaque coin d'une maison avec un objet correspondant. L'*Alahamady* est le coin des ancêtres (nord-est), *Adaoro* est la place du bois du lit, près de la cloison ; *Adizaosa* est réservé à la grande cruche ; *Asorotany* est la place réservée aux volailles. ; *Alahasaty*, est le lieu du veau, *Asombola* appartient au pilon à riz et au mortier ; *Adimizana* et *Alakarabo* encadrent la porte ; *Alakaosy* est la place dédiée à la Reine ; *Adijady* encadre la fenêtre du nord ; *Adalo* est le lieu d'honneur réservé aux hôtes et invités de marque ; et *Alohotsy* est la place d'hôtes. (Journal officiel malgache. 1898, p. 147, cité dans Hébert, *op. cit.*, p. 160). Le côté nord-est est le plus sacré de la maison à l'opposé du côté sud-est, le plus profane (Grandidier, 1932 ; Hébert, *op. cit.*, Ottino, *op. cit.*, Pacaud, *op. cit.*, Beaujard, *op. cit.*). En d'autres termes, les quatre points cardinaux eux-mêmes ont des significations. Le nord signifie la direction du pouvoir ; l'est signifie la direction de la vie et du sacré ; l'ouest est celui de la mort et du profane ; et le sud est celui des sorciers et de l'impur (Hébert, *op. cit.* ; Pacaud, *op. cit.*). Le respect de cette croyance, associée au problème foncier et à la question d'orientation dans un espace donné, peut expliquer en partie l'impossibilité de bâtir une latrine à n'importe quelle place dans le quartier, voire sa suppression selon la circonstance. « Si votre latrine se trouve de ce côté (l'est) et votre tête s'oriente vers cette latrine [...], il n'est pas bien, on « porte » la saleté [matière fécale] sur la tête » dit la mère de Avo. Pendant le sommeil, la tête d'une personne ne doit pas se diriger vers une latrine. Dans ce quartier, les habitants accordent ainsi une grande importance aux points cardinaux, en l'occurrence l'est et le nord. L'orientation du lit et la position du *kaboné* doivent tenir compte de cette importance de l'orientation. Logiquement si la tête doit être tournée vers l'un de ces points cardinaux, une latrine ne doit jamais se positionner dans ces directions. Parmi les familles/foyers possédant un *kaboné*, la latrine est implantée, soit dans la partie sud, ouest, sud-ouest, ou dans la partie nord-ouest (cf. figures 2 et 3) des foyers propriétaires.

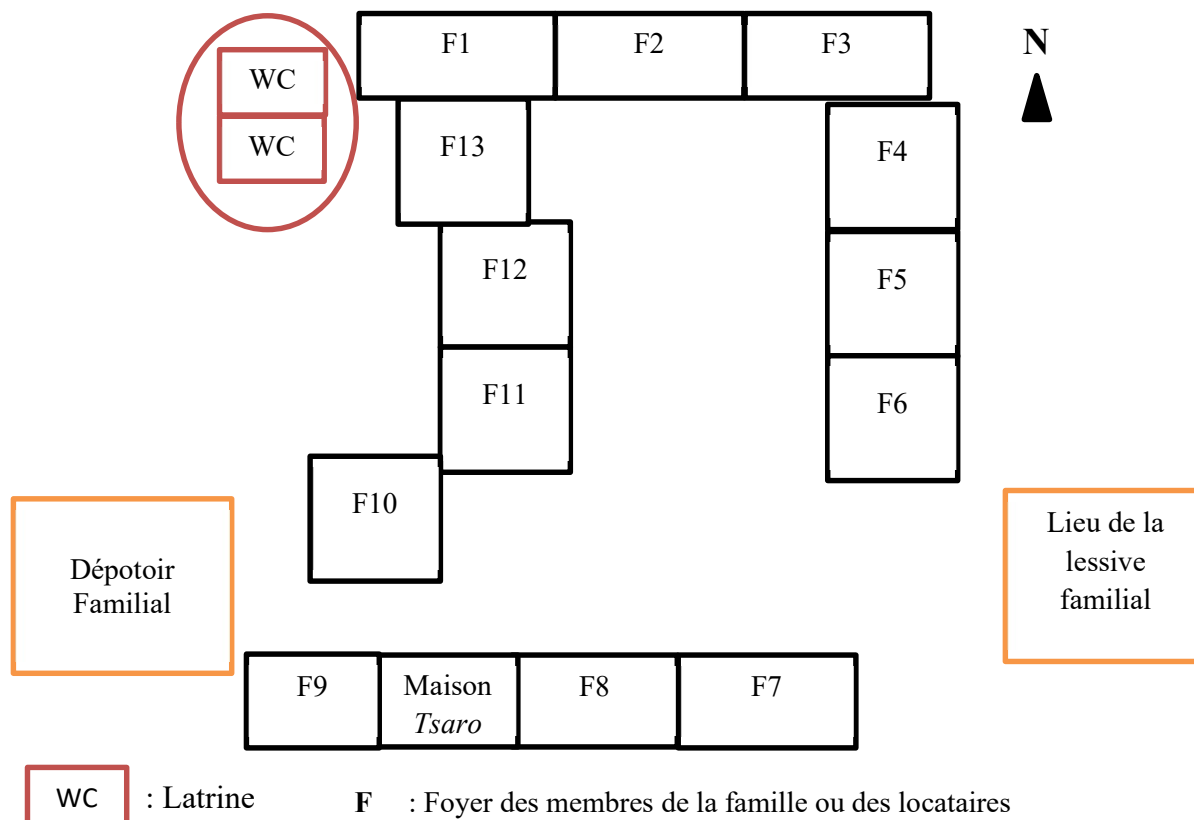


**Figure 1** : Les directions cardinales astrologiques dans une maison (source : Hébert, *op. cit.*, p. 159)

Pourtant, ces emplacements ne sont pas forcément disponibles à cause des constructions incessantes de maisons, pouvant donner lieu à la démolition d'un *kaboné* existant. C'est la raison pour laquelle, le problème foncier ne peut être dissocié de cette croyance pour bien expliquer la disparition progressive du *kaboné* auprès de ces familles.



**Figure 2** : La latrine de la famille nucléaire de Avo dans le coin sud-ouest des maisons



**Figure 3 :** L'emplacement de la latrine de la grande famille élargie de Tsaro au coin nord-ouest de la concession

Selon le chef de quartier, la construction de nouvelles maisons « illicites », ne respectant pas les règles domaniales, est fréquente dans le quartier à cause de l'augmentation importante de la population. À part la migration rurale importante, les habitants préfèrent rester dans « leur » quartier pour pouvoir bénéficier des aides et supports à travers les différentes insertions sociales du quartier, c'est-à-dire l'insertion socio-relationnelle pour pouvoir bénéficier des entraides entre familles et amis ; l'insertion juridico-économique pour faciliter la recherche des activités rémunératrices informelles ; et l'insertion spatio-temporelle pour se souvenir de l'histoire et de la lutte commune vis-à-vis des discriminations sociales et raciales importantes (Wachsberger, 2009). À ce titre, les femmes choisissent de rester par exemple dans le quartier ou auprès de leur famille après leur mariage. Ce choix est stratégique pour pouvoir bénéficier de l'aide en cas de difficulté économique (problème d'argent) et sociale (violence et rupture conjugales). Tout cela peut expliquer la présence importante de gens dans un espace relativement restreint et la disparition progressive des latrines dans le quartier. L'installation d'une nouvelle famille nécessite la disponibilité d'une parcelle pour bâtir un nouveau foyer si la maison n'existe pas encore. Un *kaboné* est sacrifié facilement pour construire à sa place une

maison au cas où la disponibilité d'espace est limitée. Cette pratique est très fréquente dans le secteur II du quartier où plusieurs familles vivent dans l'exiguïté et que le nombre de *kaboné* est largement insuffisant par rapport au nombre d'habitants (1 *kaboné* pour 36 habitants). Ce fut le cas de la famille de Mami et celle de Francine par exemple. Elles vivaient depuis longtemps dans ce secteur II et possédaient chacune à un moment donné un *kaboné* partagé avec plusieurs autres foyers. Leur latrine a été démolie pour construire une maison à la demande du propriétaire de la terre qui préférait investir dans l'immobilier (pour la location de maisons ou de terre).

Pour en discuter, l'attribution d'une valeur symbolique aux quatre points cardinaux est commune à plusieurs sociétés. Le nord-est symbolise le pouvoir et la sacralité en général et le sud constitue la place de la sorcellerie et de l'impur (Paul-Levy et Segaud, *op. cit.*). Pierre Paris (1941) a rapporté les différentes valeurs attribuées à l'importance de la place nord-est. En Europe moderne par exemple, la construction d'une église catholique commence par la bénédiction et la pose de la première pierre à l'angle nord-est de l'édifice. Dans plusieurs sociétés, cette direction est associée également au royaume des morts comme la porte de passage des revenants pour errer sur terre chez les Chinois, l'emplacement des enfers canaques pour les Néocalédoniens, ou encore la place des génies en Indochine. Cette croyance implique des pratiques rituelles particulières dans l'organisation matérielle de l'espace. Au Japon par exemple, Jacques Pezeu-Massabuau, (1981, cité dans Paul-Levy et Segaud, 1983) rapportait que la construction d'un habitat suit une règle stricte par rapport à l'orientation en respectant la croyance autour du *Kimon* (la direction nord-est) et l'*Urakimon* (la direction sud-ouest). La première direction symbolise le passage du soleil à l'ombre ou du faste au néfaste, et la deuxième marque le passage de l'ombre au soleil du néfaste au faste. Pour éviter l'infortune, les Japonais évitent de bâtir dans la partie nord-est de la maison les toilettes ou le grenier. L'orientation du corps pendant le sommeil est conditionnée également par cette croyance dans plusieurs sociétés. Selon Marcel Granet (1934 cités dans Paul-Levy et Segaud, 1983), la tête du mari et celle de sa femme doivent se diriger vers le nord pendant le sommeil pour ne pas imiter l'orientation d'un mort en Chine. Marcel Griaule (1948) a démontré en revanche chez les Dogons, que l'orientation du corps pendant le sommeil suit celles de la maison et du village, c'est-à-dire la tête au nord et les pieds au sud. La construction du village doit s'étendre du nord au sud.

Pour revenir au quartier, nous avons vu que le coût élevé de la maintenance d'un *kaboné* et l'importance de la valeur symbolique articulée au problème foncier contribuent de manière

complémentaire à la raréfaction progressive des latrines dans le quartier. Cette disparition progressive du *kaboné* a des conséquences sur la gestion des matières fécales humaines.

## **V-2- La déjection et la défécation à l'air libre**

L'insuffisance de latrines engendre des pratiques particulières dans la gestion locale des excréta. Cela commence par l'utilisation massive de pot de chambre, la défécation à l'air libre pour les jeunes enfants de moins de cinq ans, la miction à l'air libre pour tout le monde et la moindre utilisation d'une toilette publique par les autochtones.

### **V-2-1- L'utilisation et la manipulation de pot de chambre**

Le pot de chambre est l'objet socialement accepté dans le quartier pour pallier l'insuffisance de *kaboné* et joue ainsi un rôle important pour une grande partie des habitants pour la gestion de leur excréta pendant la nuit comme le jour. Même en présence d'une latrine, cet objet est nécessaire durant la nuit à cause de la peur de sortir en dehors de la maison. Comme il a été mentionné plus haut, un *kaboné*, s'il existe, se trouve toujours en dehors à certaines distances de la maison, ce qui nécessite une sortie de chez soi pour l'utiliser durant la nuit. Les gens préfèrent ne pas sortir compte tenu de l'insécurité, entre autres la peur des sorciers, de l'obscurité de l'endroit et de la latrine en elle-même. Cet objet reste dans la maison la nuit et sort durant le jour à cause de la peur de la souillure à la matière fécale humaine, des maladies et de son caractère « sale ». À cet effet, la première action d'une mère de famille au réveil est de le faire sortir. Autrement dit, la simple présence du pot de chambre peut entraver de manière symbolique le bien-être et la vie de la famille en question. Du point de vue social, la présence d'un pot de chambre dans la maison est inacceptable et peut générer de la honte pour la famille. Dans un tel cas, la famille entière, surtout la mère de famille, peut être qualifiée de *voretra* ou « sale ».

Les gestes, pendant le nettoyage, racontés par les interlocuteurs, laissent penser à la dangerosité de cet objet et surtout à son caractère « sale » au même titre qu'une latrine. Pendant le nettoyage, plusieurs techniques ont été évoquées par les interlocuteurs pour éviter tout contact direct du corps avec la partie intérieure, c'est-à-dire l'utilisation des sachets en plastique, de balai, de bâton ou de brosse afin d'éviter le contact direct avec l'intérieur du récipient. Il y a également ceux qui accordent « une prééminence à la main droite » pour une double précaution. La main gauche, couverte par un sachet en plastique, est utilisée pour nettoyer le pot de chambre. La main droite est réservée pour des objets « propres ». Les pieds sont utilisés également pour faire déplacer le pot de chambre par terre. Enfin, certaines mères de famille fabriquent un petit bâton dont l'une des extrémités est enroulée avec un tissu ou une brosse pour

le nettoyer. L'eau utilisée reflète également la saleté du pot de chambre, car ce sont les eaux de surfaces et usées qui sont utilisées. L'eau venant des bornes-fontaines est dédiée au propre. La mère de famille ne lave pas forcément un pot de chambre le matin. Le contenu des pots de chambre est déversé très tôt le matin ou très tard la nuit soit dans les canaux d'évacuation, dans son *kaboné* ou celui d'un voisin<sup>74</sup>, dans les lieux de décharges, voire dans la rizière à l'abri du regard des responsables administratifs du quartier. Si les pots de chambre sont bien fermés comme ceux de la photo 10, les propriétaires n'ont pas encore eu le temps de débarrasser de leur contenu et de les laver. Il se peut que le récipient soit laissé au dehors de la maison, bien fermé et sans avoir été lavé. Les pots de chambre, débarrassés de leur contenu ou non, sont placés contre le mur de la maison de leur propriétaire (cf. photo 9), plus précisément proche de la porte. Il est mal vu de le mettre à côté ou contre le mur de la maison du voisin. Dans certaines circonstances, ces pots de chambre peuvent être rassemblés également auprès de la latrine comme le montre la photo 10.

À cause de son caractère « sale » et dangereux, les jeunes enfants sont interdits de s'y approcher et de jouer avec. Ce fut le cas pendant les observations, auprès de la famille Manga le 15 mai 2018 par exemple. Ce jour-là, deux petits enfants jouaient avec de pot de chambre, les adultes leur crient dessus, et la mère des enfants sort de la maison du grand-père de Manga et a pris le pot de chambre pour le placer auprès de la latrine. Dans la famille de Nini aussi, le 26 mars 2018, lorsque ses deux cousins s'approchent du pot de chambre pour jouer avec, la belle-sœur de sa mère se leva et emmena les jeunes enfants loin du pot de chambre.



**Photo 9** : Le pot de chambre de bébé Rav (grand-mère de Nini) lavé et séché au soleil contre son mur

---

<sup>74</sup> La personne doit payer un peu de l'argent pour le faire à la propriétaire, même s'il s'agit de la famille.

La théorie de Mary Douglas (*op. cit.*) sur la relation entre le désordre et le changement de place d'un objet a sa raison d'être sur la manipulation de ce pot de chambre. Le moindre changement de place du pot de chambre de sa place habituelle peut provoquer un désordre auprès des familles engendrant la qualification d'être sale.



**Photo 10** : Des pots de chambre rassemblés près d'un *kaboné*

Comme il a été évoqué un peu plus haut, une famille qui garde son pot dans sa maison durant la journée est considérée par son entourage comme *voretra* ou sale. L'installation de ce pot de chambre auprès de la porte d'un voisin provoque également du désordre social en l'occurrence de mécontentement et une querelle. En se référant à la théorie d'Edward Hall sur l'organisation spatiale « fixe ou semi-fixe », la place du pot de chambre en dehors de la maison de son propriétaire est « fixe », c'est-à-dire près de sa maison ou proche de la latrine.

### **V-2-2- La légitimation de défécation à l'air libre**

La défécation en dehors d'un *kaboné* est acceptable et encouragée jusqu'à un certain âge pour les jeunes enfants compte tenu du contexte local. Il est tolérable qu'un nourrisson ait fait son besoin dans sa culotte, sur le lit ou dans la maison jusqu'à ce que ce dernier arrive à communiquer à propos de ses besoins et à marcher pour rejoindre la place dédiée pour la défécation. Dans ce cas, les mères peuvent avoir plusieurs possibilités pour éviter l'éparpillement de la matière fécale de son bébé. Certaines utilisent des couches jetables et la plupart servent de langes. « Celles qui ont des moyens financiers limités utilisent des langes, que la mère doit laver à chaque fois que le jeune enfant y fait son besoin » selon une mère de

famille. De manière globale, une mère accepte de « manipuler » la matière fécale de « son »<sup>75</sup> jeune enfant à cause de son apparence, son odeur, et sa quantité. L'absence de la diversification alimentaire minimise sa quantité et atténue son odeur (cf. plus de détail dans le chapitre 6). Un nourrisson, déféquant dans son linge, son pantalon ou son vêtement, ne fait pas par conséquent l'objet d'une admonestation. La matière fécale devient progressivement « répugnante » même pour sa propre mère avec la diversification alimentaire. À partir du moment où il peut communiquer et marcher, le jeune enfant n'est plus « autorisé » à déféquer dans son vêtement. « Je lui ai demandé de le [pantalon] laver [...] voici l'eau et lave ! » dit la mère de Manga dans une telle circonstance. D'autres n'hésitent pas à dénigrer, injurier et frapper le jeune enfant pour lui faire comprendre son mauvais comportement. L'objectif de la mère est de faire en sorte que le jeune enfant se souvienne de ce moment précis pour ne plus recommencer. Certaines mères évoquent leur préférence sur la défécation à l'air libre à celle dans le pantalon ou dans la maison.

Cette pratique de la défécation à l'air libre est « acceptable » compte tenu de la situation locale jusqu'à ce que le jeune enfant puisse utiliser une latrine, au-delà de 7 à 10 ans. » Toute remarque à telle pratique serait ainsi considérée comme une insulte à la mère ou les adultes maternants du jeune enfant. Le jeune enfant ne devait pas être l'objet d'injures et/ou de punition corporelle venant de son proche. « Lorsque l'enfant joue quelque part et s'il a envie de déféquer, il fait ses besoins n'importe où, mais on ne lui a pas appris cela. » dit la mère de Francine. Et si jamais une personne interfère alors avec l'enfant, elle aurait à faire à sa mère. Ce fut le cas lorsque Francine a déféqué à l'air libre un jour et reçu la remarque d'une gargotière, car apparemment la petite fille avait fait son besoin proche de la gargote de cette dame. La gargotière a réagi devant cet acte. Mais la mère a protégé son enfant et a rejeté la faute à la gargotière : « tu veux que mon enfant ne défèque pas alors ? ». Et en ajoutant : « Il a besoin de le faire !! Ou alors il va chez toi pour déféquer ? [...] ne fait pas comme ça, il s'agit d'un enfant [...] ». Les derniers propos « ne fait pas comme ça, il s'agit d'un enfant » sous-tendent le droit de l'enfant à s'adonner à cette pratique.

Dans le quotidien, pour que l'enfant puisse déféquer seul sans difficulté à l'air libre, les adultes maternants équipent le pantalon ou le short de l'enfant d'un élastique et non d'un bouton. Le jeune enfant peut le descendre et le remonter facilement. À ce propos, la mère de Tsaro raconta que le grand-père du jeune s'est fâché contre sa femme, car le petit Tsaro avait déféqué dans son pantalon à cause de la difficulté à le déboutonner à temps. Il a ordonné à sa femme et à sa fille de ne plus habiller le jeune enfant avec un pantalon ou un short à bouton. Tout ceci marque à quel point, la défécation d'un jeune enfant à l'air libre est tolérée, soutenue

---

<sup>75</sup> Car une mère n'accepte pas de manipuler la matière fécale d'un autre enfant.



et facilitée par les adultes maternants et que l'utilisation d'une latrine publique est peu courante, voire inexistante, au moins pour les familles interrogées.

### **V-2-3- Le boycott local d'une latrine publique**

Les habitants du quartier possèdent d'un seul sanitaire public, constitué d'une place pour un urinoir homme, deux *kabonés* pour femme et la défécation et une douche. L'eau utilisée vient des bornes-fontaines et de surface. L'objectif de cet équipement est de pallier justement l'insuffisance de *kaboné* et de douche dans le quartier. Cependant la question se pose pour quels habitants ? Cet équipement se trouve à proximité d'un bureau administratif du quartier du secteur I. Il est plus ou moins loin, en revanche, des habitants des secteurs II, III et IV : à plus de 500 m pour certains habitants du secteur II, voire à plus de 1000 m pour certains habitants du secteur III et IV. Il est difficile pour ces habitants et leurs jeunes enfants de se rapprocher de ce bloc sanitaire pour faire leur besoin. L'utilisation de cette infrastructure est également payante avec des prix différents selon le besoin de l'individu. La pissotière coûte 100Ar (0,025 €), tandis que la défécation est de 200Ar (0,05 €) couvrant le coût du papier hygiénique (un papier journal) et de l'eau pour nettoyer la fosse. Concernant, la douche, le coût d'utilisation est de 300Ar (0,075 €), couvrant celui de l'eau utilisée. Trouver un tel montant pour son utilisation est difficile pour certains habitants obligés de chercher au jour le jour de l'argent pour se procurer de la nourriture et des produits de première nécessité. Les périodes d'accès de cet équipement pourraient limiter également son utilisation, car la porte s'ouvre à partir du 5h du matin et fermé à 17h. Certains des adultes interviewés évoquent toutefois une utilisation occasionnelle de la latrine et de la douche. En même temps, ces adultes encouragent leur jeune enfant à déféquer et uriner à l'air libre. Pourtant, même si une telle pratique est banale, elle est sujette à quelques règles sociales, fixées localement par chaque famille.

### **V-3- Les règlements techniques autour de la défécation à l'air libre**

Des règles de conduite locale sont fixées autour de la pratique de défécation à l'air libre. Ces règlements sont communs pour toutes les familles, c'est-à-dire la grande famille élargie, la famille élargie restreinte et la famille nucléaire. La différence réside dans leur mise en application effective. Dans les grandes familles élargies<sup>76</sup>, les membres vivent en général dans une concession formée par plusieurs foyers au milieu de laquelle se trouve une cour collective. Cette cour constitue un espace de socialisation, d'apprentissage des nourrissons pour leur développement psychomoteur et particulièrement un espace de jeu pour les jeunes enfants.

---

<sup>76</sup> La famille est formée par plusieurs foyers sous l'autorité d'un ou une aïeule.

Dans une famille élargie restreinte<sup>77</sup>, la maisonnée peut avoir une cour (clôturée ou non) pouvant être partagée avec des voisins et/ou quelques foyers appartenant à d'autres membres de la famille. Dans une famille nucléaire<sup>78</sup>, la maisonnée possède une cour (clôturée ou non), qui n'est pas forcément partagée avec des voisins. Auprès des familles de manière générale, la première règle autour de la défécation à l'air libre consiste à ne pas la faire devant les autres, surtout pas devant leur porte. Pour s'en assurer, la mère ou un autre adulte maternant (voire un grand-père comme dans le cas de Tsaro) doit apprendre à son jeune enfant la place assignée pour cette pratique dans son espace. Une zone de défécation est ainsi définie dans le quartier et surtout auprès de chaque famille, soit le dépotoir, le bord des canaux d'évacuation et aux alentours du *kaboné*. Pour ce dernier point, le rayon de 1 à 2 mètres autour d'un *kaboné* est défini comme une zone de défécation pour les jeunes enfants. La deuxième règle désigne la mère comme la première responsable du nettoyage de la matière fécale de son jeune enfant. Pour ce faire, elle peut prendre une pelle ou une bêche et couvrir la matière fécale avec de la poussière pour la dissimuler avant d'évacuer le tout dans un *kaboné* ou un canal d'évacuation. La présence d'une mère à côté de son jeune enfant s'annonce pourtant être très compliquée tout au long de la journée, surtout dans le cadre des grandes familles élargies à cause de leurs activités. Grâce à la présence d'autres adultes maternants de la grande famille, la mère peut se permettre de laisser son jeune enfant sous leur surveillance. Mais en somme, le jeune enfant n'est pas surveillé, car les adultes sont préoccupés par leur propre activité et leur propre jeune enfant (cf. chapitre 9 pour plus de détail). Ce qui rend difficile l'application de l'évacuation des matières fécales dans un canal d'évacuation ou dans une latrine. Par conséquent, ces matières fécales restent éparpillées dans ces zones de défécation.

#### **V-4- L'exposition modulée aux immondices par l'architecture spatiale**

Le risque d'interaction des habitants avec ces matières fécales n'est pas évitable ; mais l'organisation spatiale selon le type de famille peut le favoriser ou le limiter. Dans une grande famille élargie, l'absence de délimitation physique entre ces zones de défécation et la cour de socialisation ou le terrain de jeu des jeunes enfants expose davantage ses habitants à ces immondices surtout pendant la période de pluies. L'interdiction « orale » des adultes maternants, dans une certaine circonstance, ne peut empêcher les jeunes enfants de s'y aventurer pour jouer. Une autre particularité de ces grandes familles élargies est la possession de dépotoir privé, situé proche de la cour familiale, servant à collecter les déchets ménagers des

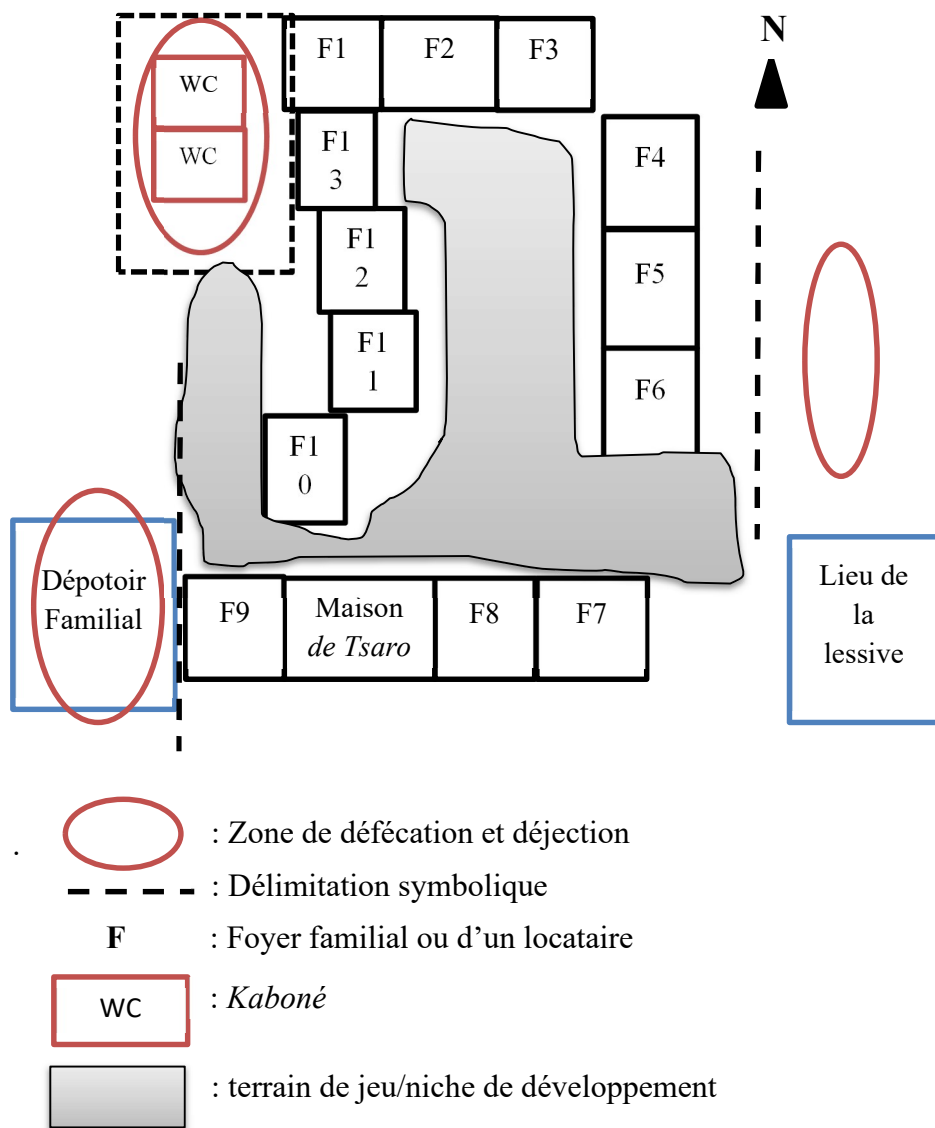
---

<sup>77</sup> La famille est constituée par une maisonnée élargie c'est-à-dire au moins un des membres, se trouvant sous le même toit, n'appartient pas à la famille nucléaire (un ou une aïeule). Cette famille peut être par quelques foyers limités en nombre sans l'autorité d'un ou une aïeule.

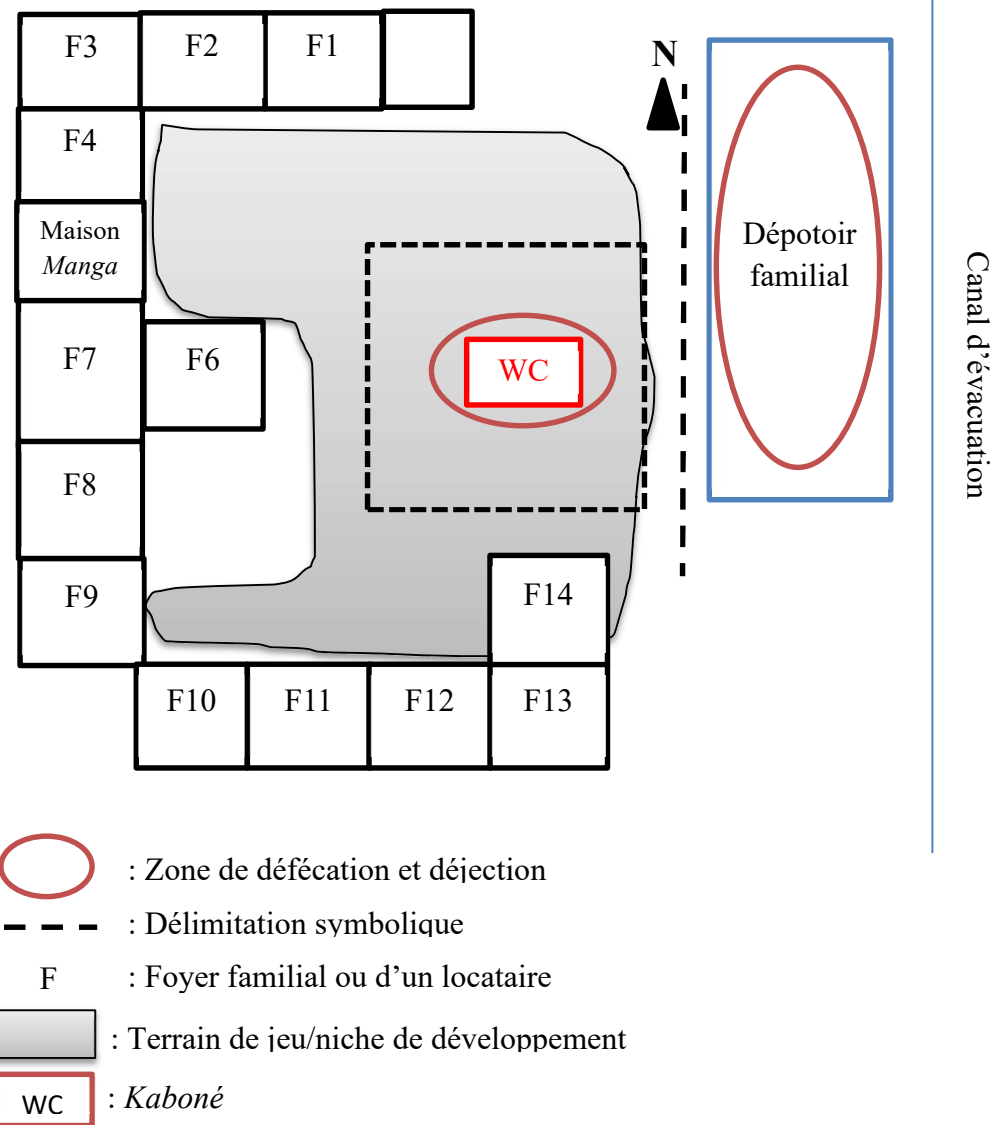
<sup>78</sup> La famille est formée par les parents et ses enfants.

foyers de cette famille et à déféquer dans une certaine mesure pour les jeunes enfants. Les habitants mettent en place des barrières symboliques pour empêcher ces jeunes enfants d'y jouer en l'absence des personnes maternantes susceptibles de les surveiller. Ces barrières sont « faibles », car le contact entre les habitants et ces zones est possible à tout moment, surtout pendant la période de pluie. Les figures, 4 et 5, montrent par exemple les barrières imaginaires, dans les grandes familles élargies de Tsaro et Manga, entre ces zones à risque de contamination et le lieu de socialisation des habitants ou le terrain de jeu des jeunes enfants d'une part, et d'autre part entre cette cour familiale et l'espace public.

Dans une famille nucléaire ou élargie restreinte possédant une cour clôturée, la zone de défécation et le terrain de jeu familial semblent bien séparés par des barrières physiques. D'abord, le *kaboné* (et la zone de défécation) et le terrain de jeu peuvent se trouver de part et d'autre de la maison familiale. Dans certaines circonstances, la latrine est implantée en dehors de la cour familiale (clôturée) ; pour certaines familles, cette infrastructure n'existe même pas. Ces familles ne possèdent pas de dépotoir familial. Pour jeter les déchets, on doit sortir de la cour et/ou aller plus loin de son habitat pour les évacuer dans un canal d'évacuation ou dans le dépotoir communautaire, se trouvant au moins à plus de 20m de leur habitat.

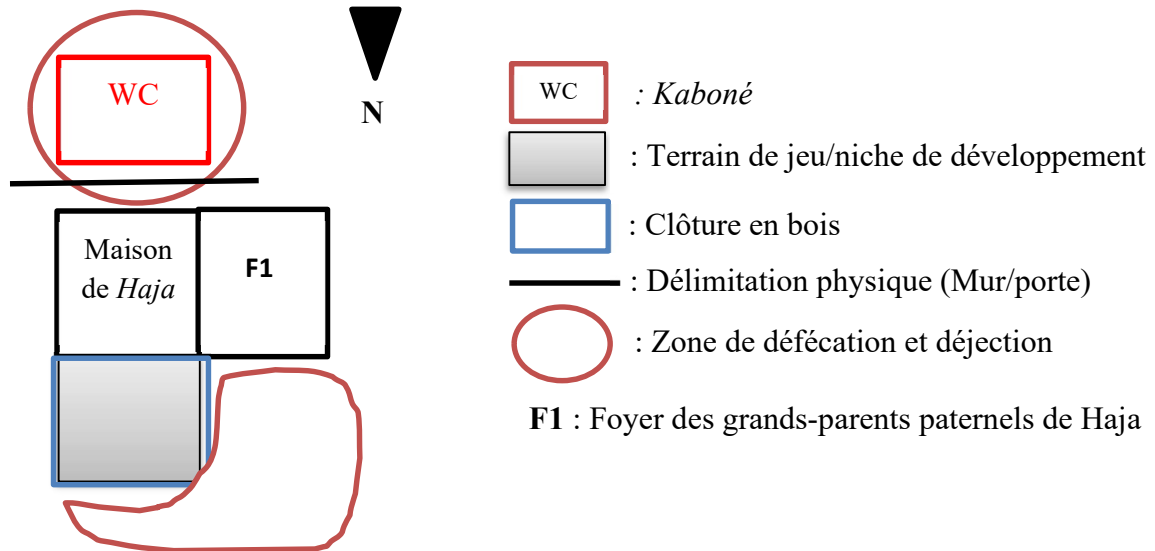


**Figure 4 :** La délimitation faible séparant le terrain de jeu et les zones à risque de contamination chez la famille de Tsaro



**Figure 5 :** La délimitation faible entre le terrain de jeu et les zones à risque de contamination chez la famille de Manga

Ces barrières physiques et « solides » (maison et/ou clôture) peuvent s’interposer entre les immondices et le lieu de socialisation de la maisonnée et/ou le terrain de jeu des jeunes enfants. Tout contact pourrait être, par conséquent, moindre même pendant la saison des pluies. Cette cour familiale est ainsi séparée physiquement des immondices par une clôture et/ou un mur. La figure 6 illustre ces barrières physiques séparant le terrain de jeu du jeune enfant et les zones à risque de contamination.



**Figure 6 :** La répétition de délimitations physiques entre le terrain de jeu et les zones à risque au sein de la famille de Haja

Dans une société donnée, comme il a été mentionné un peu plus haut, la « répétition des limites » vise à renforcer la prévention d’un danger quelconque dès la frontière d’un territoire jusqu’au seuil d’une maison par exemple. Si jamais la première barrière ou limite cède à une menace, les autres, de nature différente s’imposent (Paul –Levy et Segaud, *op. cit.*). Dans notre cas, la répétition des limites physiques entre la zone de défécation et l’espace de jeu peut minimiser le contact des jeunes enfants avec cette zone jugée à risque ou dangereuse par les habitants, en matière de contamination auprès des familles nucléaires ou élargies restreintes. À titre d’exception, il y a des familles nucléaires et élargies qui ne possèdent pas de latrines. La défécation à l’air libre s’opère, souvent loin de la cour familiale, dans des espaces publics. Ce qui n’est pas le cas au sein des grandes familles élargies vivant dans une concession où les barrières entre ces zones à risque (zone de défécation et dépotoir familial) et le terrain de socialisation et/ou le terrain de jeu sont symboliques.

Nous avons vu dans ce chapitre que le nombre de *kaboné* est insuffisant par rapport à la population du quartier. Selon les témoignages, ces infrastructures se raréfient au cours du temps pour diverses raisons, économique, sociale, et culturelle. Économique, car le coût de la maintenance, en l'occurrence sa vidange, est difficile à supporter par un ou deux ménages. Les foyers s'associent pour utiliser une seule latrine. Plus le nombre de foyers utilisateurs est important, plus la charge diminue. Social, car l'augmentation du nombre d'habitants via la migration et l'ancrage des habitants dans le quartier est importante dans ce quartier. Pour construire des maisons, un *kaboné* et son emplacement peuvent être réquisitionnés par le propriétaire de la terre. Plusieurs familles ayant utilisé un *kaboné* autrefois sont contraintes de s'en priver. Culturelle, car, la plupart des habitants conservent encore les us et coutumes des *Malagasy* et accordent une importance particulière à *l'orimbintana* ou l'ordre du destin dans leur vie, qui se matérialise par la construction des maisons, l'organisation et l'emplacement des objets dans un espace en fonction de l'orientation. L'est, le nord et le nord-est sont considérés comme sacrés et honorifiques respectivement. Les gens orientent par conséquent leur tête dans ces directions pour ne pas entraver leur ordre du destin. Un *kaboné* doit se trouver dans la direction opposée de la tête (l'ouest, le sud ou au moins le sud-ouest). Il est difficile de construire et reconstruire une latrine, si ces orientations ne sont pas possibles à respecter à cause de la construction incessante d'habitats et l'augmentation du nombre des habitants. Le nombre d'habitants est passé, par exemple de 18 939 en 2018<sup>79</sup> à 21 660 en 2020<sup>80</sup>. Nous avons vu également que des délimitations physiques, qui séparent les zones à risque de contamination (la latrine, la zone de défécation et le dépotoir) des lieux de socialisation et/ou de jeu des jeunes enfants, peuvent exister ou non selon la structure familiale. L'absence de telle délimitation, comme le cas dans les grandes familles élargies, expose les jeunes enfants, qui y vivent, de manière permanente à des immondices, pouvant entraver leur santé et leur croissance à long terme.

Les zones à risque de contamination, comme la zone de défécation, la latrine, et le dépotoir, sont ainsi définies avec l'aide des interlocuteurs. Il est crucial maintenant de documenter le rapport des habitants avec ces immondices, en l'occurrence la matière fécale humaine et les différentes pratiques ou stratégies d'évitement pour ne pas être contaminés.

---

<sup>79</sup> Source : La monographie du quartier en 2018.

<sup>80</sup> Source : La monographie du quartier en 2020.

## **Chapitre 6 : Perception des dangers à propos de la matière fécale humaine**

D'une manière unanime, les excréta humains, en l'occurrence la matière fécale, est considérée comme l'objet le plus répugnant et immonde dans plusieurs sociétés. Elle représente un réel danger pour les populations locales sur la santé corporelle et morale. Pour ce dernier point, la question de souillure ou de pollution revient en première ligne, car ses conséquences sont terrifiantes dans plusieurs sociétés. Souvent la crainte de la souillure peut primer sur la crainte d'une maladie pour certaines. Différents niveaux de croyance et différentes craintes vis-à-vis de la matière fécale humaine ont été perçus dans les pratiques et les discours des interlocuteurs du quartier.

La souillure est « un danger qui guette les étourdis » écrivait Mary Douglas, (*op. cit.*, p.129). Elle peut être la conséquence, entre autres d'une attaque par les pouvoirs inhérents à une structure qui sanctionnent la transgression d'une règle sociale ou un interdit. Une souillure peut se « transmettre » par un simple contact volontaire ou par inadvertance avec un objet, une substance ou un « individu conducteur » de souillure dans plusieurs sociétés. Dans le cadre de cette thèse, nous nous intéressons à une forme de souillure faisant le lien entre la saleté et l'impureté ou la saleté et la perte de sacralité, c'est-à-dire une souillure rituelle. Cette forme de souillure relève d'un caractère religieux qui peut transformer l'état d'un individu ou d'un objet en passant du sacré ou pur à un état profane ou impur.

« Le corps est le miroir de la société ; la crainte de la « souillure » est un système de protection symbolique de l'ordre culturel. La société est menacée de l'extérieur comme de l'intérieur ; des lignes de partage dangereuses séparent les groupes antagonistes, suscitent des rôles contradictoires, plus ou moins ambigus. C'est dans ces « interstices » du système social que la sorcellerie comme la souillure se logent, c'est là qu'il importe de se livrer à des rites, positifs ou négatifs, de purification. Les interdits' en s'opposant à la contagion de la souillure, protègent la santé morale du corps social, préservent son unité » (Douglas, *op. cit.*, p. 9)

Cette souillure rituelle peut être provoquée par un simple contact avec un « conducteur » de souillure ou un « agent polluant ». Ces agents sont très diversifiés et peuvent varier d'une société à une autre. Les plus communs sont les excréta humains comme la matière fécale humaine, les pertes blanches d'une femme, le sang de la menstruation, par exemple chez les *Mossi* à l'origine de *regdo*<sup>81</sup> qui peut causer la mort d'un membre de la famille de la personne souillée en cas de transgression (Bonnet, 1988). Les *Havik* de l'Inde abominent, entre autres, la salive d'un intouchable<sup>82</sup> ou l'intouchable même. Selon les croyances, le contact avec ces agents ou objets polluants peut contrarier les entités ou forces

---

<sup>81</sup> La notion de souillure ou impureté en langage moré à Burkina Faso.

<sup>82</sup> Ce sont des gens de caste inférieurs en Inde.



invisibles et lointaines qui veillent au bon ordre de la vie des individus et qui peuvent se sentir souillés eux-mêmes. La souillure pourrait provoquer la perte de la « vertu » de l'individu souillé, ça peut être un « pouvoir surnaturel », et l'éloignement de l'être divin ou surnaturel qu'il chérit. À ce titre, la pureté supérieure chez les *Havik (madi)* signifie être proche des dieux pour pouvoir les adorer. La souillure de l'individu peut entraver cette relation et ce rapprochement. (Harper, 1964, cité dans Douglas, *op. cit.* ; Deliège, 2006). Une cuisinière ne doit pas goûter le repas qu'elle prépare, car en faisant cela elle doit toucher forcément ses lèvres avec ses mains et perd par conséquent sa pureté<sup>83</sup> dont elle doit préserver pour pouvoir préparer le repas des gens « purs ». Autrement dit, ce geste peut entraver la pureté des invités du banquet. Au cours de la prise de repas, si une personne sur la table touche accidentellement la main ou la cuillère de l'individu « conducteur » de souillure qui le sert, cette personne doit au moins changer de vêtements pour pouvoir reprendre le repas. Dans le cas d'une souillure, un rite particulier est nécessaire pour rétablir le méfait et retrouver l'état initial de l'individu souillé, c'est-à-dire une purification.

Dans les sociétés dites traditionnelles, la croyance en un être « invisible », comme bienfaiteur et protecteur ou malfaiteur et destructeur, est essentielle à la vie de leur population. L'individu se place souvent au centre de l'univers et tout évènement, engendrant une bonne ou mauvaise fortune, est implicitement lié à ses actes et à l'œuvre de ces êtres « invisibles ». La population peut exprimer son souhait ou vœu à ces êtres via un discours, un geste, un cadeau voire un sacrifice en contrepartie du respect des interdits ou des tabous pour maintenir l'ordre social. Dans une telle circonstance, l'univers et les êtres « invisibles » sont perçus comme capables d'écouter des voix, d'exaucer des vœux et de punir les transgresseurs d'interdits. Une ordalie judiciaire<sup>84</sup>, étant pratiquée dans plusieurs sociétés africaines, est un exemple parmi d'autres pour demander l'avis d'une chose ou d'un animal pour rendre un verdict sur la culpabilité ou non d'une personne (Evans-Pritchard, 1972 ; Retel-Laurentin, 1974). La deuxième croyance concerne la présence d'une force intrinsèque à chaque être humain, prédisposée à la réussite ou à l'échec<sup>85</sup>. Ces forces bénéfiques sont involontaires et peuvent se transmettre par un simple contact, comme le *mana* chez les Polynésiens ou la *baraka* chez les musulmans (évoqués dans Douglas, *op. cit.*). En revanche, une telle force est vulnérable à la souillure qui peut l'enlever et laisser son détenteur dans le désarroi.

---

<sup>83</sup> La salive d'un intouchable ou d'une personne est une source de souillure pouvant entraver sa propre pureté.

<sup>84</sup> L'épreuve au poison chez les Azande (Evans-Pritchard, 1972)

<sup>85</sup> Il s'agit de la magie noire ou la sorcellerie, qui ne font pas l'objet de cette thèse.

L'univers malagasy, comme dans le quartier d'étude de cette thèse, n'échappe pas à ces croyances. En complément de la notion de *l'orim-bintana* ou ordre du destin susmentionné, certains *Malagasys* croient à l'existence d'une force intrinsèque appelée *hasina* (Raison, 1998 ; Pacaud, 2002) qui se définit comme « la vertu intrinsèque ou surnaturelle qui rend une chose [une personne] bonne et efficace dans son genre » (Weber, 1853 cité dans Raison, 1998, p. 709). Selon l'explication de Jean-Pierre Raison, il se transmet comme « un courant électrique, qui circule entre lieux et hommes comme entre les hommes eux-mêmes » (*Ibid.*, p. 709). Le lieu en question peut être une montagne, un lac, un rocher, un tombeau... Cette force ne se limite pas à ces choses ou objets, mais concerne également un individu. L'appréhension de ces deux croyances est un point important pour bien situer cette notion de souillure dans le cadre de cette thèse.

La peur inhérente à une telle souillure et les comportements pour l'éviter pourraient renforcer la protection de la santé des habitants face à l'éparpillement des immondices dans les espaces publics. Autrement dit, la « crainte » inhérente au danger du contact avec la matière fécale humaine dans un espace envahi par cette immondice pourrait contribuer à minimiser l'effet de contamination par le milieu de vie sur les membres des familles concernées, surtout les jeunes enfants, via les différentes pratiques d'évitement. Ce qui pourrait limiter par la suite, dans le temps et dans l'espace, la contraction des maladies liées à l'insalubrité pouvant entraver la croissance.

Le présent chapitre sera consacré à la représentation de la matière fécale humaine dans un premier temps, en l'occurrence le lien avec la souillure, et les différents niveaux de croyance. Ensuite, les différentes pratiques d'évitement seront documentées. Enfin, les influences de ces croyances et ces pratiques sur la protection des jeunes enfants seront analysées.

#### **VI-1- La crainte à la matière fécale humaine : effet tampon de la pratique**

« Quand ta chance est souillée, pourtant cette chance qui te nourrit [...]. Si vous avez de la chance, alors on gagne facilement de l'argent » dit Bébé Rav (la grand-mère de Nini). Cette citation, partagée par plusieurs autres individus, montre que certaines croyances anciennes des *Malagasy* sont très présentes dans ce quartier. Le lundi est considéré par exemple par certaines familles comme le jour difficile pour travailler, car il s'agit d'un jour *mafy* ou *ratsy*, c'est-à-dire dur ou mauvais. Les commerçants se plaignent par exemple de ne pas avoir de clients durant ce jour mauvais et préfèrent rester chez eux. Une autre croyance est la place importante du soleil dans leur vie, perçu comme la source de chaleur,

de bénédiction et surtout de richesse. L'origine de l'orientation de la tête vers l'est pendant la nuit puise son origine dans cette croyance. La tête tournée vers l'est peut recevoir le soleil et être bénie au petit matin afin d'avoir une bonne journée. Ce rayon de soleil doit passer le seuil de la maison. Ceci explique aussi le fait que le pot de chambre, objet polluant, doit sortir à l'aube pour ne pas compromettre cette bénédiction (cf. chapitre 5). Il a été évoqué également qu'un nouveau-né qui n'a pas vu le soleil est perçu encore « sale » et qu'il doit être exposé au soleil quelques jours après sa naissance.

Tout cela est lié en fait au *tonom-bintana*, le *lahatra* et le *anjara* d'un individu (cf. chapitre 5) qui peut être influencé positivement ou négativement par des facteurs extrinsèques comme l'heure du jour, le jour de la semaine, les éléments de la nature (soleil, lune...), les oiseaux... (Soury-Lavergne et de la Devèze, *op. cit.*) et les agents polluants. Le *vintana* (destin) exprime la *chance*. On peut être de mauvaise chance ou de bonne chance dans la vie quotidienne selon les circonstances de la vie, face à l'arrivée soudaine d'un accident inattendu et difficile à éviter par exemple. Les habitants croyants du quartier pensent ainsi plus à la chance de tous les jours qu'au destin de toute leur vie selon leur propos. Cette chance peut être qualifiée de *ratsy* ou mauvaise si un échec se produit. En revanche, la chance est *tsara* ou bonne si une personne a pu surmonter une difficulté (Rabedimy, *op. cit.*). Dans le quartier, selon certains interlocuteurs, la matière fécale humaine peut justement souiller le *vintana* ou la chance (*madonto vintana*), « tuer » le *hasina*<sup>86</sup> (*mamono hasina*) ou « détruire » le destin (*manimba vintana*).

Le degré d'appréhension de la souillure et la croyance varient d'une famille à une autre, d'un individu à un autre, voire d'une génération à une autre. Il y a des familles qui sont très sensibles à cette notion de souillure, car elles pensent que le fait d'entrer en contact avec la matière fécale humaine ou simplement d'enjamber cette matière peut provoquer la souillure. Il s'agit des *croyants fervents et pratiquants*. Fervents, car la présence de matière fécale est une véritable menace et la présence de cette matière dans son espace familial (espace de sociabilité ou le terrain de jeu du jeune enfant) n'est pas du tout acceptable, pouvant mettre en danger la vie familiale (la chance et le destin). Certaines familles ou certains individus croient, en revanche, que seul le contact de la partie du corps supérieur, en l'occurrence la tête, avec la matière fécale peut provoquer un préjudice. Il s'agit des *croyants pratiquants* qui prennent certaines initiatives pour éviter un tel contact avec les parties supérieures du corps. En revanche, il tolère la présence de matière fécale dans son

---

<sup>86</sup> Ceci a été rarement exprimé.

entourage immédiat tant que cette partie supérieure du corps est préservée. Certaines familles ou certains individus ont pris connaissance des risques liés à la souillure à cause des discussions ou échanges quotidiens, mais ils ne croient pas à ses conséquences, immédiates, dans la vie quotidienne. Il s'agit des *croyants non-pratiquants*. Ils ne prennent pas de précaution volontaire particulière pour éviter les contacts. Enfin, certaines familles ou certains individus ne croient pas du tout à la souillure due au contact de la matière fécale humaine avec son corps et encore moins ses conséquences. Ils reprochent par conséquent aux croyants d'être des païens qui vénèrent des êtres invisibles dans leur maison. Il s'agit des *non-croyants*. Ces individus ou familles ne prennent aucune précaution et encouragent leurs jeunes enfants à interagir avec les objets de leur milieu de vie même. Ils sont ainsi les plus susceptibles d'être contaminés par la matière fécale humaine comme les eaux stagnantes ou les fanges. Dans tous les cas, le niveau de croyance peut être très différent d'une génération à une autre dans une même famille. Dans certaines grandes familles élargies par exemple, seules les personnes âgées sont les croyantes ferventes et la génération suivante est devenue des croyants pratiquants, voire non-croyants.

Dans le quartier, la peur de la souillure est réelle. Selon les témoignages, les conséquences sont dévastatrices pour la personne souillée et son entourage, notamment sa famille. Les conséquences du contact avec la matière fécale humaine conduisent au rabaissement, à la dégradation matérielle (pauvreté, perte d'emploi, mort de bétail, de volaille, perte de la raison, voire la mort. « [...] Comme si on devait par exemple avoir de 'bonne chance', rien ne va, car le *vintana* est 'mort' [en cas de contact avec de la matière fécale humaine] » dit la mère de Haja. Le contact avec la matière fécale a été utilisé pour expliquer le malheur qui a compromis plusieurs fois la journée de cette mère de famille. À force d'être souillée, une personne peut perdre tout, sa richesse et sa raison, et mettre par conséquent en péril sa vie familiale. Ce fut le cas des vidangeurs de latrine ou des éboueurs de canaux d'évacuations qui connaissaient une dégradation de leur vie, et celle de leur famille en général à cause d'un contact régulier avec des matières fécales humaines. Plusieurs étaient contraints de démissionner de leur travail selon le chef et le responsable adjoint du RF2 (cf. chapitre 3) du quartier.

Les craintes développées n'ont rien à voir avec les caractères pathogènes d'un microorganisme contracté à partir de la saleté. Pourtant, ces craintes peuvent être doublées au cas où l'individu ou sa famille se méfient également des maladies d'ordre biomédical. La matière fécale humaine est perçue comme une source de vers et/ou de microbes provoquant des maladies, telles que la diarrhée, le choléra, le rhume voire la peste selon la plupart des

interlocutrices. D'autres individus ne connaissent pas le lien entre la matière fécale humaine et une maladie. Les maux de ventre peuvent aider à comprendre en partie les perceptions sur le lien ou non entre la saleté, en l'occurrence la matière fécale, et la diarrhée. Les maux de ventre sont subdivisés en deux catégories : la douleur et la diarrhée. Cette dernière est catégorisée à son tour en deux sous-groupes en fonction de l'état des selles : semi-solides et liquides. Les simples douleurs peuvent évoluer jusqu'à la diarrhée et vice-versa. Les maux de ventre sont pluricausaux selon la perception des interlocuteurs. Le rôle des « microbes » est rarement évoqué, car les causes sont reliées davantage à un aliment indigeste et sale, une eau sale (couleur verdâtre), au sol froid, aux vers intestinaux et très rarement aux mains sales. La douleur abdominale est avant tout chose perçue comme une maladie mécanique, car les aliments difficiles à digérer (comme les graines de légumineuses) ou gras perturbent l'estomac d'un individu, surtout celui d'un jeune enfant en cas de surconsommation. Après les lourdeurs et/ou le ballonnement douloureux engendrés, le processus peut aller jusqu'à l'émission récurrente de selles d'où la diarrhée. En hiver, le contact des pieds sans sandales avec la surface du sol froid peut provoquer également ces douleurs de ventre et peut provoquer par la suite la diarrhée si aucun soin n'est entrepris. En revanche, la diarrhée ou l'émission de selles récurrentes peut survenir à la suite de la consommation d'un aliment dit « sale » et d'ingestion d'eau stagnante de couleur verdâtre selon certains interlocuteurs. Toutefois, il faut que l'individu en ait consommé ou bu une grande quantité pour déclencher le processus. Le lien direct entre les microbes d'origine fécale et la diarrhée n'est pas toujours évident pour la plupart des interlocuteurs.

De manière globale sur la croyance à propos de la souillure et l'établissement de lien entre les maladies et la matière fécale humaine, quatre catégories de personnes peuvent être identifiées. Il y a celles qui pensent que la matière fécale humaine est à la fois un danger pour la santé corporelle et la santé morale. La préoccupation est double dans ce sens et l'individu tente de se prévenir et protéger les membres de sa famille (nucléaire), surtout les jeunes enfants, entre autres par les bonnes pratiques en hygiène (lavage des mains dans la mesure du possible). Il y a celles qui croient uniquement à la souillure et non au lien entre la matière fécale humaine et les maladies. Les stratégies de prévention sont alors « symboliques » et les lavages des mains n'ont rien à voir avec ces pratiques préventives. Il y a celles qui ne croient pas à la souillure, mais font un lien entre les maladies et la saleté de manière globale. De telles personnes optent davantage pour les pratiques d'hygiène comme technique de prévention comme le lavage des mains (ce qui n'est pas toujours évident) et l'évitement de tout contact avec les immondices (matière fécale, ordures, fange, eau stagnante...) de leur milieu de vie. Enfin, il y a des individus qui disent de ne pas connaître

ni le lien entre les maladies et la saleté ni le lien entre la souillure et la matière fécale humaine. Les dangers de contamination pourraient être très importants pour ce genre d'individus ou de familles qui encouragent, entre autres les jeunes enfants à interagir avec la boue, l'eau stagnante, la fange (sauf matière fécale humaine) pour se familiariser avec le milieu de vie et par conséquent pour mieux grandir selon les propos.

Compte tenu de ces connaissances et croyances, les individus ou familles mettent ou non en place leur propre stratégie de prévention et de protection quotidienne pour éviter la souillure, les maladies et/ou les deux. Le niveau d'éducation joue un rôle important pour pencher ou non pour la question de contamination par des microbes.

## **VI-2- Les pratiques d'évitement de la souillure**

La crainte de la souillure des individus ou des familles croyantes ferventes se voit à travers les pratiques de précaution quotidiennes. Diamétralement opposé, le laisser-aller des gens ou familles, qui ne croient pas du tout à cette souillure et aux maladies, se repère également à travers leur comportement quotidien. Comme la peur du contact avec la matière fécale pèse plus lourd pour l'évitement de la souillure plutôt que de la maladie, cette sous-partie concernera ainsi les pratiques d'évitement.

La peur est palpable et les précautions sont sérieuses auprès des croyants fervents et pratiquants. « Je fais très attention, lorsqu'il s'agit de matière fécale humaine, si jamais je marche sur une matière fécale, je retourne chez moi (pour laver), sinon soit je me fais rattraper par les agents municipaux,<sup>87</sup> soit je n'arrive pas à écouler mes marchandises jusqu'au soir et je suis toujours de mauvaise humeur toute la journée » selon la mère de Avo. Cette mère de famille, une des croyantes ferventes et pratiquantes, évoque la nécessité de se laver après un contact avant de continuer sa journée. Le contact qu'elle évoque ici n'est pas direct sur son corps (ou pieds), mais sur les sandales. Pour elle, quel que soit le niveau de contact, les conséquences sont les mêmes. Le lavage de la partie en contact est ainsi une des précautions avant la survenue des malheurs. Mais dans la vie quotidienne, des comportements anodins, mais importants aux yeux des habitants sont entrepris pour éviter tout contact par inadvertance. Comme il a été indiqué plus haut, un vêtement souillé par la matière fécale d'autrui doit être jeté. Les matières fécales dans la cour familiale doivent être enlevées par la mère, s'elle est présente, à l'aide d'une pelle et jetées dans la fosse d'une latrine, dans un canal d'évacuation ou dans les dépotoirs.

---

<sup>87</sup> Elle est commerçante clandestine et les agents municipaux font le chat et le souris avec les commerçants clandestins pour réquisitionner les marchandises.

L'utilisation d'une latrine nécessite le port de sandales qui ne doivent pas entrer dans la maison après utilisation comme la photo 11 le montre. Cette pratique peut être exigée, routinière ou ne pas exister auprès des familles ou des individus selon leur niveau de croyance. Pour les croyants fervents, l'entrée de ces « sandales latrines » dans la maison est presque impossible. Les jeunes enfants adoptent également la même pratique. D'ailleurs, ces individus ne laissent pas non plus entrer dans leur maison même les sandales utilisées dans le quartier. Par contre pour les familles non croyantes, les sandales sont certes utilisées dans un *kaboné* mais elles peuvent les faire entrer dans leur maison selon leur bon vouloir. Enfin, pour les familles ou individus non croyants ou croyants, mais non-pratiquants, le port de sandales à l'intérieur de la maison est autorisé. Dans certaines circonstances, les jeunes enfants de ces familles, ne portant pas de sandales, peuvent entrer dans leur maison, sans inconvénient avec des pieds trempés de fanges.

En ce qui concerne la modalité d'utilisation d'un *kaboné*, les membres des familles croyantes ferventes n'hésitent pas à abandonner une latrine à cause de son état délabré et l'éparpillement des matières fécales pour se protéger et préfèrent utiliser un pot de chambre à la place.



**Photo 11** : Des sandales restant sur le portail

Ce qui n'est pas du tout le cas auprès des familles non croyantes qui continuent à utiliser un *kaboné* en ruine malgré son état et les risques de contact importants. Une autre pratique de protection peut être mise en rapport avec « la prééminence de la main droite » (Hertz 1928). Il faut d'abord souligner que le lavage des mains n'est pas systématique après la défécation à cause des problèmes d'eau dans le quartier. Pour pallier cette défaillance, certaines familles croyantes ferventes, la famille de Haja par exemple, font la distinction entre les mains dans les différentes manipulations. La main la moins utilisée (souvent la main gauche) sert à laver

ou manipuler un objet ou une partie du corps considérée comme « sale » ou source de souillure. Par contre, la main la plus utilisée (souvent la main droite) sert à manipuler les objets « propres » comme les ustensiles et la nourriture. Cette « prééminence de la main droite » n'est pas systématique auprès des membres de certaines familles croyantes, en l'occurrence les grandes familles élargies. Les aïeux le savent et la pratiquent, mais la génération suivante ne la suit plus ou la suit, mais par imitation seulement. Ce fut le cas dans la famille de Nini par exemple. « On ne peut jamais toucher ou laver la tête avec la main gauche !! » selon Bébé Rav. Et l'observation du 28 mars 2018 auprès de cette même famille, a montré que Dom, le frère aîné de Nini, touche et déplace le pot de chambre de la famille avec sa main droite. Puis il a reçu l'ordre de sa mère pour le remettre à sa place. Mais il n'a pas écouté, Nini l'a fait à sa place en utilisant sa main gauche cette fois-ci pourtant elle est droitrière [...] ». À travers cette observation, les deux petits enfants n'appliquent pas la même précaution. Pourtant la grand-mère, bébé Rav craint la souillure et ces pratiques servent à l'éviter.

En dehors de la latrine, un vêtement, comme le pantalon, une culotte ou une jupe, peut être un conducteur de souillure. À cet effet, il est fortement interdit de les mettre sur l'oreiller. Ceci concerne les familles croyantes (ferventes et pratiquantes). La mère de Avo est claire là-dessus en disant « *Manota fady* ou transgresser un tabou, ce vêtement-là, il doit vraiment avoir une place, je dors et mets ma tête sur un vêtement, mais un vêtement de la partie supérieure du corps, s'il s'agit d'une jupe ou d'un pantalon, non ! non ! (Elle refuse), ils ne doivent jamais toucher ma tête ». Auprès de lavandières professionnelles croyantes, comme la mère de Mami et plusieurs autres, elle refuse de porter sur la tête une cuvette contenant des pantalons et des culottes. Elle demande à ses enfants de les porter à la main. D'ailleurs, elle n'accepte pas de laver des vêtements contenant de la matière fécale humaine hormis ceux de son jeune enfant. Là encore, il n'est pas question de toucher la matière fécale avec les mains, mais « l'enlever avec les pieds [...] et avec une brosse à linge après » selon cette mère de famille.

La troisième stratégie mise en place pour éviter la souillure et tout autre incident lié au contact avec les immondices est la limitation de mobilité. Ceci s'applique auprès des familles croyantes, surtout pour les jeunes enfants de moins de trois ans pendant les moments d'apprentissage du développement psychomoteur et d'une alimentation, nécessitant des interactions avec le milieu de vie ou le terrain de jeu des jeunes enfants. Les adultes maternants, en l'occurrence la mère, savent que les objets de tel milieu, surtout en dehors de l'espace privé, sont susceptibles de provoquer de la souillure, par exemple les fanges et les



eaux stagnantes. Pour ce faire, certaines mères, appartenant à des familles de type nucléaire et n'ayant pas de famille dans le quartier, emmènent leur jeune enfant lorsqu'elles travaillent en dehors du quartier. C'est le cas de la mère de Bran et de Lauria par exemple, elles sont commerçantes et amènent leur jeune enfant, jusqu'à leur troisième année de vie, avec eux dans leur lieu de travail. En revanche, certaines mères de familles nucléaires, ayant des familles proches vivant dans le quartier, peuvent avoir le choix d'amener ou laisser le jeune enfant sous la surveillance de leurs parents ou beaux-parents. Cependant, certaines choisissent d'emmener délibérément le jeune enfant dans leur lieu de travail, en dehors du quartier après des accidents subis par leur enfant, entre autres la disparition inquiétante, un accident de noyade et/ou une récurrence de maladie grave liée à la contamination par le milieu de vie. Concernant le petit Heri par exemple, la mère a pris la décision de l'amener toujours avec elle après avoir perdu de vue l'enfant pendant des heures dans le quartier. Heri s'est perdu malgré la présence de ses beaux-parents, supposés le surveiller dans le quartier. La mère était paniquée pendant la recherche durant des heures. Un autre exemple concerne la petite Avo qui a failli se noyer dans un étang du quartier en absence de sa mère, bien que son fils aîné ait reçu la directive de la surveiller. D'autres mères comme celle de Mami, de Haja et plusieurs autres, se souviennent de l'histoire d'une maladie « grave », touchant leur enfant pendant sa petite enfance à cause de l'interaction de leur enfant avec le milieu de vie (eaux stagnantes). Cette limitation d'interaction s'accroît auprès de familles croyantes ferventes, lorsque la mère et l'enfant sont présents ensemble dans le quartier. Des précautions supplémentaires s'appliquent à cet effet. Certaines de ces mères adoptent ou inventent des petites stratégies banales pour divertir le jeune enfant afin de l'empêcher de sortir de la maison pour jouer avec de l'eau stagnante ou de la fange pendant ou après la pluie. La mère de Sitra par exemple raconte une histoire et joue avec l'enfant sur le lit pour l'empêcher de sortir. La mère de Haja donne des « bottes de pluie » au jeune enfant, ce qui est très rare dans ce quartier, si ce dernier veut jouer dans sa cour après les pluies. Certaines mères recourent à un objet comme une cuvette pour empêcher l'interaction du très jeune enfant (moins de 12 mois) avec l'eau stagnante ou la boue pendant la lessive, et/ou ferment la porte avec un cadenas pour l'empêcher de sortir de la maison après la pluie (mère de Mami).

En revanche, certaines familles non croyantes encouragent au contraire leurs enfants à jouer avec la fange et l'eau stagnante pour favoriser leur développement psychomoteur et cognitif, sans se soucier de l'effet de contamination par le milieu de vie. « On ne limite pas ce qu'il fait, que ce soit [avec] la boue, l'eau ou le sol [...] » dit une tante de Manga. Et elle

ajoute : « si on compare les jeunes enfants des riches avec ceux des ‘bas quartiers’, les premiers sont complètement perdus et lents [dans son développement]. À 9 mois, l’enfant [d’ici] peut marcher très bien et manger tout seul ... ». Cette façon de faire se rencontre également dans d’autres familles comme celle de Tsaro, Nini, Jona et plusieurs autres pour assurer rapidement le développement psychomoteur et cognitif du jeune enfant en vue de son autonomie progressive en matière de mobilité et d’alimentation. Le mot d’ordre dans ces familles, souvent grandes et élargies, est d’éviter de « choyer » le jeune enfant, sinon il serait devenu « mou » et trop dépendant.

La dernière stratégie pour éviter de manière globale la contamination du corps, que ce soit pour éviter une maladie ou une souillure ou les deux, est la distinction sur l’utilisation de l’eau selon sa provenance et son utilisation ultérieure. La distinction et l’application effective de cette stratégie dépendent de la croyance ou connaissance de l’individu ou de la famille sur le danger que l’eau représente pour sa santé ou son corps. Les eaux ont plusieurs origines dans le quartier, qui définissent son caractère « sale » ou « propre ». Les eaux des bornes-fontaines sont perçues exclusivement comme « propre » grâce à leur apparence « transparente », sans se soucier de l’entourage physique de la borne ou de l’état des tuyaux fissurés qui passent en dessous des canaux d’évacuation. Ces eaux « propres » servent particulièrement à préparer les aliments, faire la vaisselle, boire, laver les parties supérieures du corps comme le visage, la bouche et les dents, et nettoyer le linge dans certaines circonstances. La deuxième source d’eau est l’eau de surface d’une rizière, d’un étang ou d’un canal d’irrigation. Les eaux des surfaces d’apparence transparente ou de couleur marron sont acceptables pour laver les mains et les pieds, le linge et surtout pour nettoyer une latrine. En revanche, l’eau de surface de couleur noire et verdâtre des canaux d’évacuation est considérée comme « sale » et source de souillure pour les croyants. Dans tous les cas, la croyance en la souillure par la matière fécale peut limiter, voire empêcher, l’utilisation de l’eau de surface, si les moyens financiers le permettent. La famille d’Anto ne lave pas le linge avec de l’eau de surface par exemple, mais avec l’eau des bornes-fontaines.

### **VI-3- Plus de protection pour les mères craignant la souillure et/ou les maladies**

Le niveau de croyance des familles ou des individus sur la souillure (et sur le lien avec les maladies) influence vraisemblablement la rigueur des pratiques d’évitement et par conséquent le niveau de protection. Les pratiques d’évitement des mères *croyantes ferventes et pratiquantes* et des mères *croyantes pratiquantes* ne sont pas les mêmes pour éviter la souillure et le niveau de protection est ainsi différent. Les premières et leurs jeunes enfants évitent tout contact avec la matière fécale avec toutes les parties de leur corps, même les

pieds ; pour elles, la présence de cette matière dans la proximité n'est pas acceptable. Les deuxièmes évitent tout simplement le contact de cette matière avec la partie supérieure de leurs corps. Ainsi, le contact avec les pieds ou les mains ne suscite par conséquent aucune inquiétude particulière et la présence de cette matière dans la proximité immédiate ne pose aucun problème. Le risque d'interagir avec cette saleté est ainsi moindre avec ces mères ayant peur de la souillure. D'ailleurs certaines parmi elles sont doublement averties, car elles craignent à la fois la souillure et les maladies associées au péril fécal, en l'occurrence la diarrhée. La croyance à la souillure est influencée par la transmission et la conservation de ces savoirs populaires. Mais, les savoirs transmis d'une mère à ses filles peuvent être remis en question du fait de l'avancée dans l'éducation et de la religion. La plupart des mères non croyantes et natives du quartier, comme la mère d'Anto par exemple, a entendu parler de la souillure, mais elle a changé de perception du fait de son éducation et a renoncé d'y croire. De même, pour les femmes maternantes auprès de la grande famille de Manga qui ont renoncé d'y croire, car, selon elles, seuls les animistes peuvent s'attacher à une telle croyance. Dans la concession de cette famille de Manga, un locataire attache une grande importance à cette croyance. Lors de l'observation du 15 mai 2018, un jeune enfant a rendu visite à cette famille croyante, il a enlevé ses chaussures et les a mises sur le seuil de la porte avant d'entrer. Ce jour-là, j'ai profité de l'occasion pour en discuter avec les femmes maternantes présentes sur la croyance à la souillure (*mandoto vintana*). Les tantes et la mère de Manga accusent les membres de cette famille comme étant des sorcières qui vénèrent un être maléfique chez eux pour expliquer cette croyance et les pratiques correspondantes.

Le niveau d'éducation peut influencer également ces différents niveaux de croyance et de connaissance. Une personne pas ou très peu éduquée (école primaire) peut mettre en avant la croyance à la souillure pour se protéger de la saleté de son milieu de vie. Une personne moyennement éduquée (école secondaire) peut mobiliser la croyance et en même temps ses savoirs savants acquis à l'école sur le rôle de la saleté pour préserver la santé dans son milieu de vie. Une personne ayant reçu une éducation avancée (lycée et plus) peut en revanche opter pour un lien entre la saleté et les maladies dans la perspective de se protéger davantage plutôt que la crainte de la souillure. Enfin, il existe des personnes qui ont perdu leur croyance sur la souillure pour différentes raisons, entre autres la conversion à une religion.

Dans une société où l'éducation des habitants est limitée pour diverses raisons comme le cas des populations de ce quartier défavorisé, les savoirs populaires peuvent prendre le dessus sur les savoirs acquis à l'école. C'est la raison pour laquelle la crainte de

la souillure prime sur celle des maladies. Dans certaines circonstances, la question de la souillure et ses conséquences pourraient être mises en avant à côté des règles morales pour contrôler un désordre inacceptable par la population locale. L'analyse d'Edward E. Evans-Pritchard (1951 citée dans Douglas, *op. cit.*) sur la question d'inceste et adultère chez les *Nuer* est un autre exemple. Les *Nuer* catégorisent l'adultère comme « petit ou insignifiant » et acceptable lorsque deux individus n'ont pas de lien de parenté directe. Le « coupable » peut être puni ou non par la force invisible régissant un tel tabou. Pourtant, ce même acte peut être perçu comme « grand » et inacceptable dans le cas d'un rapport entre deux individus ayant un lien de parenté direct. La punition divine est incontournable dans ce cas en provoquant une maladie de la peau du coupable. De même, l'adultère est considéré comme acceptable en soi, si l'acte est perpétré en secret, mais il est punissable en cas de flagrant délit. La punition peut aller d'un simple mal de dos, provoqué par une force divine invisible, à la mise à mort par la communauté. Dans ce cas, la crainte de souillure pourrait être mise en place par les ancêtres pour mettre en garde contre toute outrage. La combinaison du code social avec la croyance en des êtres spirituels est souvent ainsi en œuvre pour maintenir l'ordre social et culturel, car « [...] les croyances sur la souillure peuvent faire hésiter les gens de mauvaise intention » selon Mary Douglas (*op. cit.*, p.148). Dans le quartier, comme il a été évoqué un peu plus haut dans le chapitre 3 portant sur les politiques publiques, l'unique interdiction applicable à la gestion de matière fécale, sous peine d'amende, est le rejet des matières fécales humaines dans les canaux d'évacuation et d'irrigation. La défécation à l'air libre n'est sujette à aucun règlement local. La question des croyances à propos de la souillure fait hésiter à s'adonner à cette pratique banale dans les espaces publics ; dans un espace privé en revanche le risque de contamination serait désastreux. Une partie des habitants du quartier, en dépit de leur méconnaissance sur le lien existant entre les matières fécales et les maladies, adoptent ces pratiques de prévention basées sur la crainte de souillure.

Nous avons vu dans ce chapitre que la protection de la population locale varie en fonction de la représentation de la matière fécale humaine. Plusieurs catégories d'individus ou de familles sont identifiables en fonction de la croyance ou non à la souillure et/ou de leur connaissance des maladies provoquées par cette matière. Les pratiques de prévention varient ainsi en fonction des croyances et connaissances. Dans ce milieu de vie envahi par les immondices, ces pratiques de prévention « sévères » pourraient contribuer à prévenir ou au moins à minimiser l'effet de contamination par ce milieu de vie. La croyance à la souillure et la peur des maladies peuvent aider à protéger les jeunes enfants dans le temps (au moins

avant sa première année de vie) et dans l'espace (privé) grâce aux mesures de préventions adoptées. Les enfants normonutris étaient protégés en partie par ces mesures. Une fois plus âgés, c'est-à-dire à partir de 2 ans ou 3 ans, ces enfants s'interagissent avec leur milieu de vie comme tout autre enfant de leur âge et sont exposés aux immondices du quartier. Dans ce cas, leur état de santé pourrait être entravé de manière récurrente, mais sans aucun impact significatif sur le retard de croissance. Ce qui n'est pas le cas des jeunes enfants issus des familles peu ou non-croyantes à la souillure et qui n'ont pas de connaissances sur le lien entre maladies et matière fécale humaine. Elles encouragent au contraire leurs jeunes enfants à interagir avec tous les objets de leur milieu de vie pour acquérir un développement psychomoteur et cognitif rapide. Ces contacts, pendant les 12 premiers mois de vie, provoquent des maladies récurrentes pendant cette phase cruciale de leur croissance et de leur développement, pouvant retarder, par conséquent, leur croissance.

Il a été évoqué toutefois qu'il y a des lieux assignés à la défécation, aux déjections et à la décharge des ordures ménagères, c'est-à-dire l'espace autour d'un *kaboné* pour la zone de défécation, les canaux d'évacuation, les canaux d'irrigation, les espaces dégagés, les ruelles voire des rizières pour toutes les pratiques de salissement. Pour comprendre cette façon de faire et la distinction d'un lieu à l'autre pour ces pratiques, il est question maintenant de déconstruire ce rapport des habitants avec leur espace, ou plus précisément leur territoire, et de préciser les façons auxquelles ces territoires sont appropriés ou non en matière de propreté et de saleté. Cette analyse pourrait éclairer pourquoi certains individus, notamment les jeunes enfants, vivant dans ce même quartier envahi par des immondices, sont plus exposés ou au contraire moins exposés que d'autres.

## **Chapitre 7 : Importance de la propreté de l'invisible et de l'espace privé**

Selon Marion Segaud, « habiter c'est, dans un espace et un temps donné, tracer un rapport au territoire en lui attribuant des qualités qui permettent à chacun de s'y identifier » (*op. cit.*, p. 70). Les aspects importants de l'habiter selon les philosophes, les psychologues, les sociologues et les anthropologues sont l'importance de vivre la quête de l'identité dans un espace donné. Autrement dit, l'individu investit dans son espace perçu comme essentiel ou vital à sa survie, tout en lui donnant son image ou son identité culturelle. Le long de ce processus, il se l'approprie et le rend sien. Marion Ségau (Ibid.) évoque le lien étroit entre l'appropriation d'un espace donné d'un côté et, de l'autre, la notion de territorialité, de la proxémie et du privé (*privacy*).

Un espace devient un territoire, s'il y a des actions de ses propriétaires dans le but de le valoriser, c'est-à-dire « un espace finalisé, lieu d'une action » selon Claude Raffestin (1982, p.169). Dans le cas contraire, « [s]'il n'y a pas finalisation et action, le territoire redevient de l'espace ». Culturellement parlant, Joël Bonnemaïson (1981, p. 251) pense qu'un territoire est « un lieu, un itinéraire, un espace, qui prend aux yeux des peuples et des groupes ethniques, une dimension symbolique et culturelle, où s'enracinent leurs valeurs et se conforte leur identité ». Un individu peut ainsi donner « forme » à l'espace selon sa valeur et son identité culturelle. Quant à la notion de territorialité, les études, auprès des animaux, la définissent comme l'ensemble de comportements des individus pour prendre possession d'un territoire et pour le préserver (défendre) des autres membres de son espèce (Hall, *op. cit.*). L'être humain peut procéder justement de la même façon pour s'approprier et défendre son territoire, qui peut être sa demeure, des autres individus de sa propre communauté.

Dans ce présent chapitre, il est important également de comprendre le concept de proxémie d'Edward Hall (*op. cit.*), qui est défini comme « l'ensemble des observations et théories concernant l'usage que [l'être humain] fait de son espace en tant que produit culturel spécifique ». Les structures proxémiques peuvent renforcer un groupe tout en l'isolant des Autres. Ce concept implique, entre autres l'importance des espaces à organisation fixe et semi-fixe (évoqués dans le chapitre précédent). Dans un espace donné, comme il a été évoqué un peu plus haut, l'emplacement des objets est déjà fixé ou semi fixé (amovible) et l'organisation imposée peut refléter les actions d'appropriation et la valorisation du lieu.

En ce qui concerne la question de *privacy*, les psychologues, Abraham Moles et Elisabeth Rohmer (1977, cités dans Vassart, 2006), ont mis en place une théorie de l'espace concentrique autour d'un individu. La personne se situe en un lieu d'enracinement, qui peut être sa maison, dont il prend soin par ses activités pratiques. Son intérêt à prendre soin d'un

espace diminue au fur et à mesure de son extension à l'échelle du monde. Autrement dit, l'individu accorde une grande importance à son égo, c'est-à-dire à son corps puis à son espace domestique et enfin à l'espace public. Les soins et les actions d'appropriation se concrétisent par « le développement matériel et symbolique de pratiques dans un espace circonscrit et culturellement défini » (Ségaud, *op. cit.*, p. 75). Le rangement et la mise en ordre font partie également de ces actions pour éviter le désordre, entravant l'agencement des objets et installant, par conséquent, la saleté (Douglas, *op. cit.*). Dans tous les cas, à travers ses actions, l'individu accorde une grande importance à ce qui relève de l'intérieur, du caché, de l'invisible et/ou du privé, c'est -à-dire du « chez soi » ou du « chez lui » au détriment de l'extérieur, du visible et/ou du public. D'ailleurs, les « mots qualifient l'espace », écrit Marion Ségaud (*op. cit.*, p. 77), c'est-à-dire que des mots précis existent pour représenter et repérer les différents espaces.

La saisie de cette question d'espace et son appropriation pourraient aider à expliquer l'exposition directe ou non d'un jeune enfant aux immondices de leur milieu de vie, la survenue des maladies et puis le retard de croissance dans le temps. Autrement dit, l'absence d'un espace privé pourrait favoriser une telle exposition dans un milieu de vie envahi par des immondices.

À travers ce chapitre, nous allons voir dans un premier temps l'importance inhérente de « l'intérieur » en matière de propreté au prisme de l'usage des bidons d'eau reflétant le respect de la propreté. Ensuite, les différents cercles concentriques possibles autour d'un lieu d'enracinement d'un individu, à partir de l'unité domestique, seront décrits. En dernier lieu, l'importance de la propreté de l'intérieur, du privé et /ou de l'intime sera analysée, en focalisant sur la propreté du corps et des espaces concentriques.



## VII-1- L'importance de l'intérieur

Lorsque j'étais dans le quartier, j'ai été toujours fasciné par les bidons de couleur jaune, avec une capacité de 20 litres d'eau chacun, qui forment une file d'attente ou un amas (cf. photo 12) devant les bornes-fontaines pour attendre « leur » tour de remplissage. Il s'agit d'anciens récipients d'huile alimentaire qui s'ouvrent à l'aide d'un trou fermé par un bouchon à l'une de ses extrémités. Ces bidons sont vendus entre 3000Ar (0,67€) et 4000Ar (0,89 €) l'unité dans le quartier. Le concessionnaire les lave de fond en comble, l'intérieur comme l'extérieur, avec les eaux de surface du quartier, avant de les vendre.



**Photo 12 :** Un amas de bidons jaunes devant une borne-fontaine

La principale source d'eau « propre » dans le quartier, comme il a été évoqué un peu plus haut, est la borne-fontaine dont le nombre était de 17 en 2018. Ces bornes-fontaines se répartissaient comme suit : 2 dans les secteurs I et II, 6 dans le secteur III et 7 dans le secteur IV. L'eau est gérée par des associations locales, entre autres l'AJA (Association des Jeunes du *fokontany* d'*Ankasina*) et SRDA (Structure Représentative pour le Développement du *fokontany* d'*Ankasina*). Ces bidons constituent les principaux récipients de puisage et de stockage d'eau dans le quartier. L'eau de 20 litres est vendue auprès de ces bornes-fontaines entre 30 Ar (0,007) et 50 Ar (0,01 €). Ce prix est valable seulement si l'acheteur assure lui-même le remplissage et le transport de son bidon. Pour ce faire, il doit attendre et faire la queue avec les autres acheteurs avant d'être servi. Cependant, cela est presque impossible pour des gens qui doivent travailler au jour le jour pour subvenir à leurs besoins. L'attente

peut être longue selon le débit de l'eau, qui varie d'une heure à l'autre. Selon le témoignage des habitants dans le secteur IV par exemple, une des bornes-fontaines les plus utilisées fournit de l'eau avec un débit convenable<sup>88</sup> seulement entre 2h et 4h du matin. Dans la journée, il faut attendre des heures pour remplir un bidon de 20 litres. Si le propriétaire ne veut pas attendre, et c'est presque toujours le cas, il peut envoyer quelqu'un, un porteur ou une porteuse d'eau, pour récupérer son bidon rempli par le gardien de la borne-fontaine. À cet effet, le prix de l'eau revient à 100Ar (0,02 €) pour la même quantité. Quelques foyers du quartier disposent également de leurs pompes chez eux à titre privé et vendent les 20 litres d'eau jusqu'à 200Ar (0,04 €). Parmi les habitants, certains jouent le rôle de « courtier » d'eau, c'est-à-dire qu'ils achètent et récupèrent de l'eau aux bornes-fontaines à 30Ar (0,007 €) au moment où le débit est important et la revendent à 100Ar (0,02 €) à ceux qui n'ont pas pu s'approvisionner au moment voulu ou n'ont pas eu le temps de s'en procurer. L'eau constitue ainsi une source de revenus pour certains habitants du quartier.

Bien que la position des bidons semble anodine à première vue auprès de ces bornes-fontaines, il a été constaté que chaque bidon respecte une position précise dans cet espace public où le risque de contamination par la saleté n'est pas à sous-estimer compte tenu de la présence importante d'immondices. Comme il a été évoqué plus haut, l'eau des bornes-fontaines est perçue comme la plus « propre » et destinée ainsi pour le lavage de la partie supérieure du corps, la préparation d'un repas et la boisson. À ce titre, toute contamination est inacceptable surtout pour les croyants (fervents pratiquants, et pratiquants) sur la souillure. Pourtant, presque la totalité des bidons auprès de ces bornes-fontaines ne sont pas fermés à l'aide d'un bouchon pour éviter le vol de cet objet. Apparemment, un bidon sans bouchon n'a pas d'intérêt. Mais comment la propreté et la « sécurité »<sup>89</sup> de l'intérieur du bidon, vis-à-vis d'une contamination de l'extérieur, sont-elles assurées sans le bouchon ? Les habitants pensent que si le trou du bidon ne se trouve pas du côté des passants, la sécurité et la propreté de l'intérieur sont « protégées » de tout contact et, par conséquent, de toute contamination. Dans ce cas, la contamination serait forcément l'œuvre d'une personne, surtout d'un jeune enfant qui peut toucher ou jouer avec le contenu du bidon, mais non de la poussière transportée par le vent. Les photos 13 et 14 montrent cette orientation particulière des bidons en files d'attente sur une passerelle au milieu d'une rizière et le long d'une ruelle au bord d'un canal d'évacuation. Les ouvertures sont orientées vers le côté de l'eau de

---

<sup>88</sup> Le bidon est rempli au bout de quelques minutes.

<sup>89</sup> Vis-à-vis de la sorcellerie.

surface et non du côté du passage des passants. Le bidon est orienté vers le côté où le passage d'un passant n'est pas évident soit contre le mur ou vers les eaux de surface.



**Photo 13 :** Des bidons alignés avec leur ouverture orientée vers la rizière



**Photo 14 :** Des bidons alignés avec leur ouverture orientée vers le canal d'évacuation

Cette orientation vise symboliquement à protéger l'intérieur du récipient en « éloignant » son ouverture des passants. En raisonnant sur la dichotomie « intérieur/extérieur », le côté des passants est interprété comme l'extérieur, considéré comme source de contamination et le côté opposé est perçu comme le côté intérieur à préserver des immondices.

L'importance et la conservation de ce qui est « intérieur » sont encore plus prégnantes lorsqu'on observe de près la propreté des bidons. La plupart ont leur partie

externe tachée de boue, comme s'ils n'étaient pas lavés ou nettoyés. Par contre, l'intérieur de la plupart des bidons ne présente ni tâche ni boue sauf pour ceux qui sont utilisés pour puiser et stocker de l'eau de surface. Certains bidons doivent rester à l'intérieur de la maison pour conserver leur propreté. En revanche, certains sont entreposés à l'extérieur de la maison pour s'exposer aux aléas du milieu de vie. Les bidons blancs, montrés dans la photo 15, servent à stocker l'eau pour la préparation du repas, la vaisselle, la boisson, le lavage du visage et pour le brossage des dents. Ils sont bien nettoyés et ne sortent pas de la maison. Tandis que les bidons jaunes et quelques fois bleus sont utilisés principalement pour récupérer de l'eau aux bornes-fontaines et le stockage à la maison. Pour éviter la contamination de l'intérieur des bidons et de son contenu, l'eau est toujours transvasée dans un deuxième récipient avant toute utilisation, soit dans un seau pour les eaux de surface, soit dans une cuvette pour l'eau des bornes-fontaines. Le bidon blanc et les cuvettes dédiés à la vaisselle et à la préparation des aliments ne sortent pas de la maison.



**Photo 15 :** Les bidons blancs de la famille de Nini

L'observation des emplacements et des usages des bidons a montré seulement la pointe de l'iceberg à propos de l'importance de ce qui est intérieur, caché ou privé, par rapport à ce qui est extérieur, visible ou public, en matière de propreté. Pour le comprendre davantage, il est important d'identifier les différents cercles concentriques dans lesquels l'individu se meut selon la théorie d'Abraham Moles et d'Elisabeth Rohmer (1977).

## **VII-2- Les cercles concentriques autour de l'espace domestique**

Un individu évoque les différents cercles invisibles qui l'entourent et les termes *malagasy* sont très précis pour repérer ces lieux allant de l'échelle du corps à celui du monde.

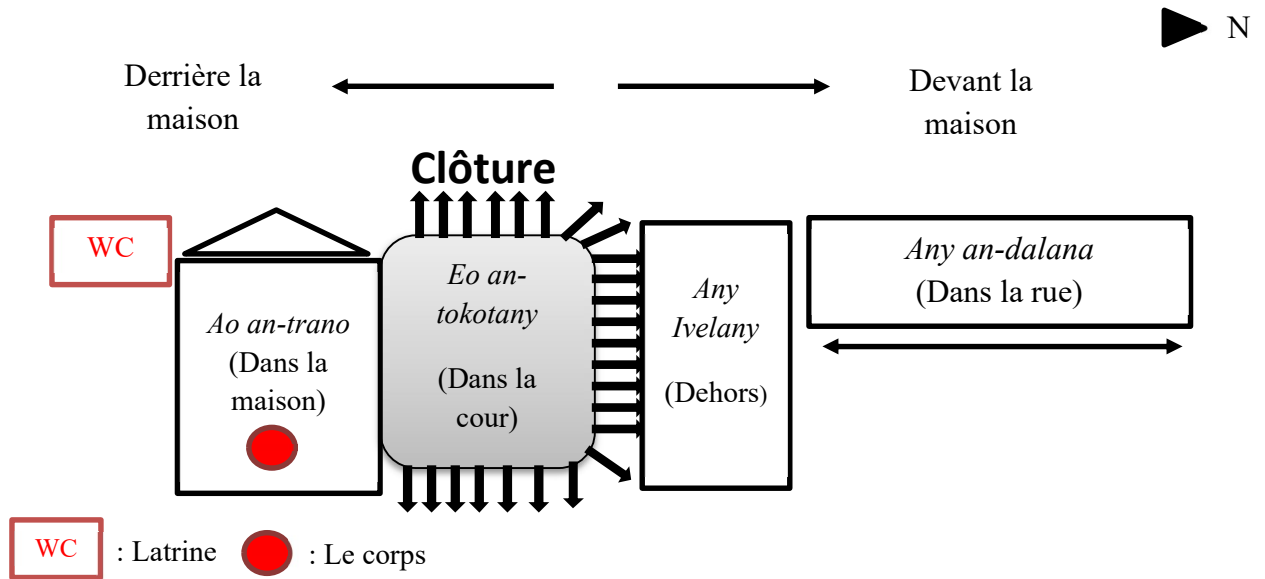
Dans le quartier, de manière globale, il y a d'abord le *vatana* ou le corps suivi successivement par *ao an-trano* (dans la maison), *eo an-tokotany* (dans la cour), *any ivelany* (en dehors) et *eny an-dalana* (dans la rue). Le *vatana*, *ao an-trano* et *eo an-tokotany* désignent l'espace proche, à la fois intime et personnel, de l'individu et renvoient à l'espace privé.

Le *ao an-trano* est constituée souvent d'une seule pièce de moins de 5 sur 5 mètres en mur ou en bois, rassemblant symboliquement la cuisine, la « chambre » à coucher, un salon. Le sol est soit en terre battue couverte ou non de balatum, soit en terre cimentée ou carrelée. On y trouve souvent un lit, des chaises, une table à manger, des ustensiles de cuisine, des chaises de salon, un bahut et des appareils électroniques comme la télévision, le lecteur DVD, la chaîne musicale ou la radio. La plupart des maisons sont équipées d'électricité gérée par une tierce personne (courtier) faisant l'interface entre les foyers et l'entreprise publique de l'électricité et de l'eau à Madagascar ou le JIRAMA. En l'absence d'électricité, la lampe à pétrole ou la bougie est utilisée pour éclairer la maison durant la nuit. Les repas sont préparés à l'aide de *fatapera*, un réchaud à charbon de bois.

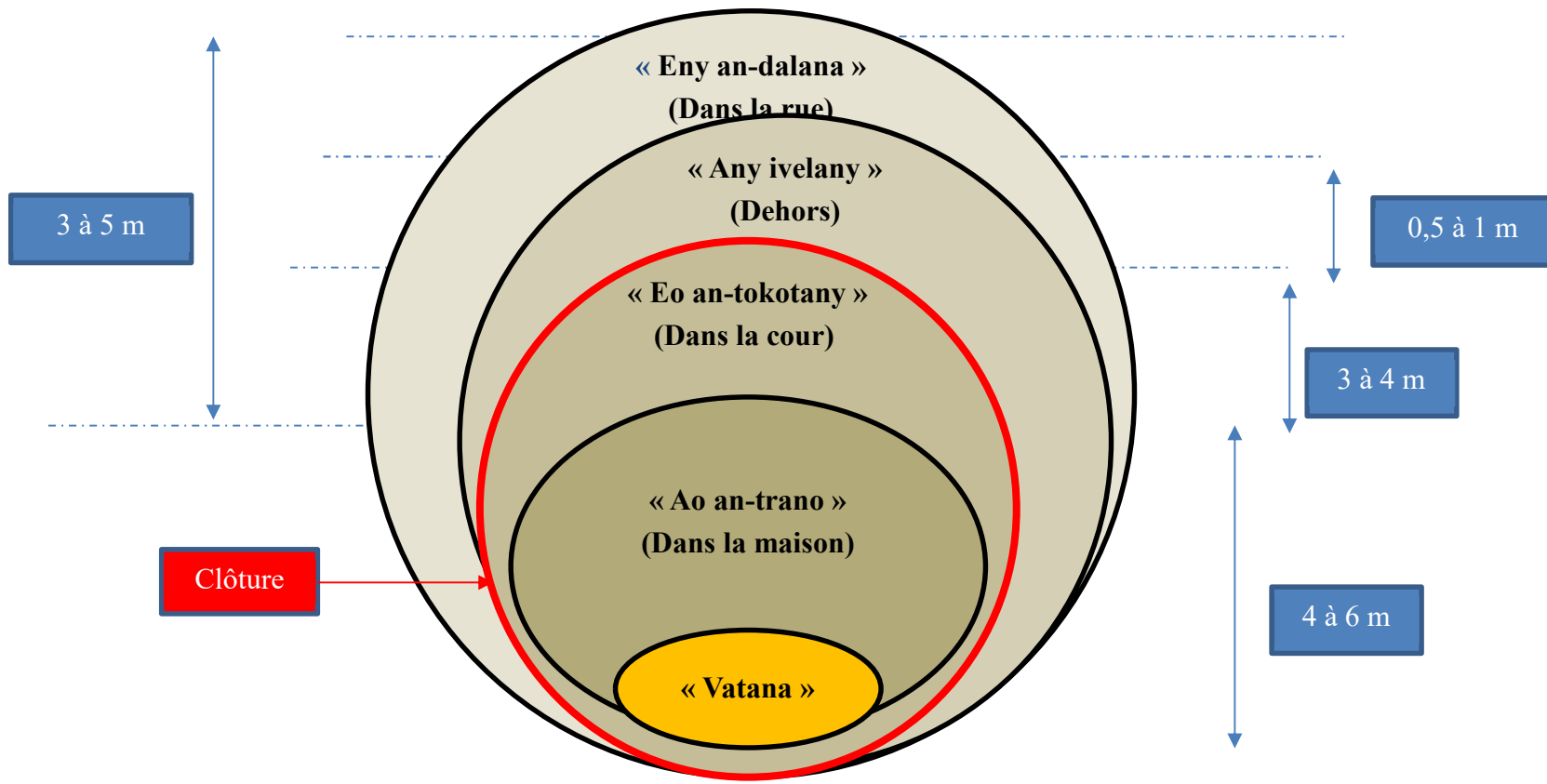
Le *eo an-tokotany*, ou la cour, est l'espace dégagé devant la maison s'étendant de 3 à 4 mètres du portail de la maison. Il est en terre battue et peut accueillir volailles, bœufs, porcs et animaux domestiques dans certaines circonstances. Il constitue le terrain de jeu des nourrissons, des différents apprentissages (développement psychomoteur, alimentation), de jeu des jeunes enfants pendant la petite enfance et le lieu de socialisation pour la maisonnée. Cette cour peut être fermée de l'extérieur à l'aide d'une clôture en bois ou un mur, ce qui est constaté surtout auprès des familles nucléaires ou élargies restreintes. Dans ce cas, elle fait partie de l'espace privé de la famille et est considérée au même titre que leur maison en matière d'appropriation et de propreté. Dans une grande famille élargie vivant dans une concession, ce *eo an-tokotany* est partagé avec les autres foyers (familles ou locataires). Il perd en partie son caractère privé à cause du partage et devient un espace collectif.

Le *any ivelany* constitue l'espace limitrophe jouxtant l'espace privé juste après la clôture ou la maison dans le cas où il n'y a pas de cour clôturée. Il s'étend de 0,5 à 1 mètre du bord externe de l'espace privé et se trouve très proche des ruelles ou de la voie publique. Ainsi, d'après Françoise Navez-Bouchanine, ces espaces limitrophes « ne sont ni tout à fait privés, ni tout à fait publics, mais les deux à la fois » (1991, p. 158). Dans une grande famille élargie vivant dans une concession, la cour familiale peut devenir cet espace limitrophe à cause du partage avec les autres membres et les locataires. Cet espace prépare l'entrée vers l'espace dit public.

Le *eny an-dalana* constitue la voie publique qui n'appartient à personne. Au-delà de 5 mètres d'une maison au bord d'une voie, l'espace peut devenir public ; il peut s'agir d'une ruelle, des canaux d'évacuation et d'irrigation, du terrain de jeu collectif des jeunes enfants (terrain de foot), etc. Dans une famille nucléaire ou élargie restreinte avec une cour clôturée, la limite est bien marquée comme le montre la figure 7. La figure 8 représente les différents cercles concentriques autour d'un corps. L'existence de ces quatre types de cercles peut ainsi varier selon la structure familiale.

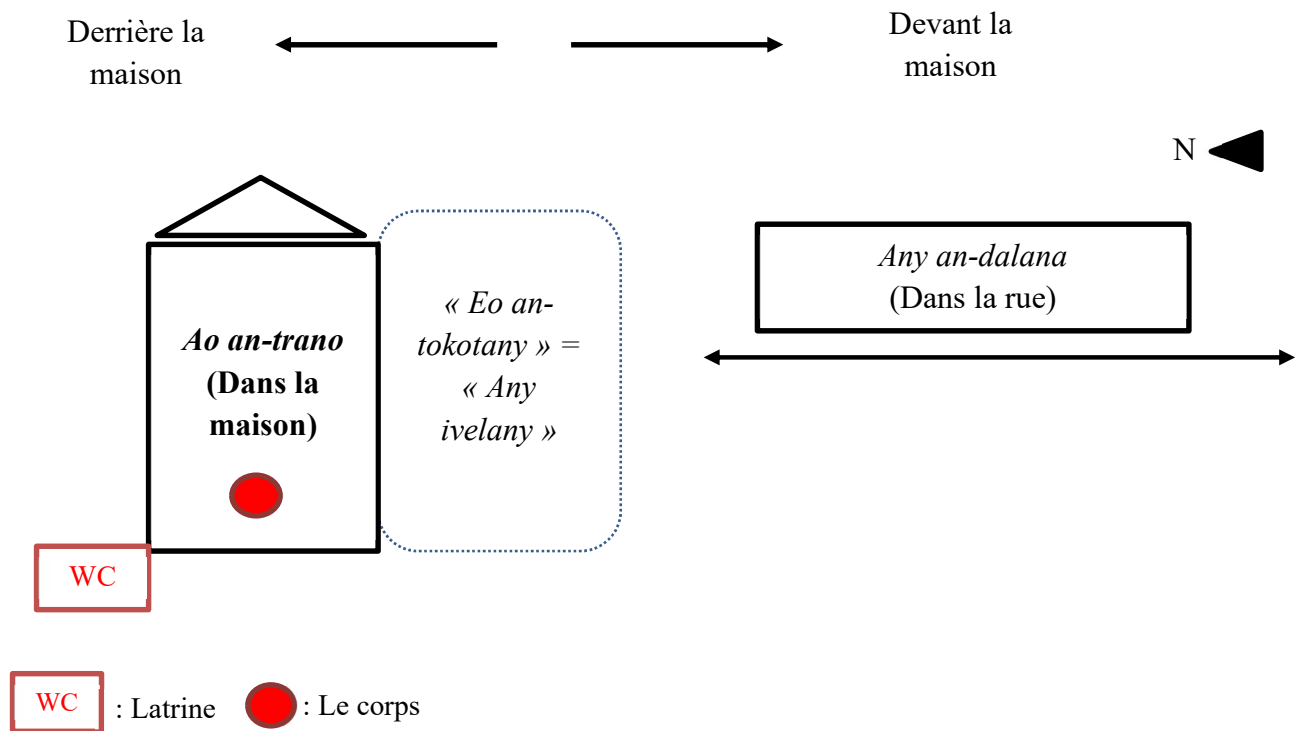


**Figure 7** : Les différents espaces concentriques autour de la maison d'Anto



**Figure 8 :** Les cercles concentriques autour d'un individu dans le quartier

Si le devant de la maison n'est pas clôturé, il devient un espace limitrophe et considéré comme *any ivelany* dans une certaine mesure comme l'illustre la figure 9.

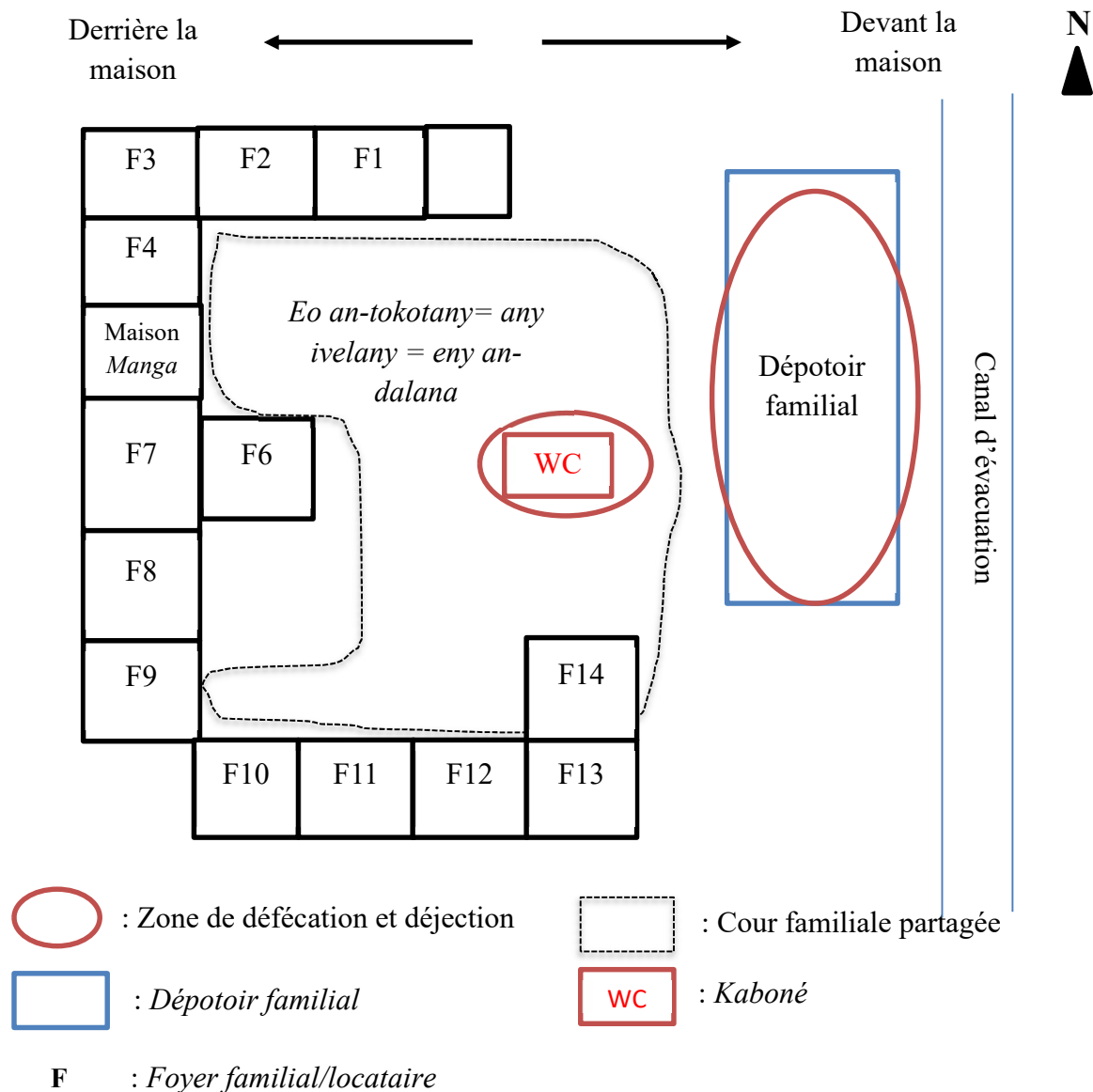


**Figure 9 :** Les différents espaces concentriques autour de la maison de Lauria

En revanche, dans une grande famille élargie vivant dans une concession, l'espace découvert devant les maisons est partagé avec les autres foyers familiaux et les locataires comme le montre la figure 10. À cet effet, il peut être considéré comme un *any ivelany* pour tous les foyers familiaux de la concession. Pourtant, pour les locataires, il peut être perçu comme *eny an-dalana*. Dans ce cas, la même cour peut être conçue de différentes manières en fonction des liens sociaux entre les occupants.

La clôture autour de l'espace découvert devant la maison délimite ainsi l'espace personnel ou privé. Il est l'espace familial dont la fonction est de protéger la famille contre toutes les agressions extérieures et marque les oppositions, privé/public (Honeste-Fliti, 2000), caché/visible (Vassart, *op. cit.*). En d'autres termes, la maison avec la cour clôturée se présente comme « un lieu du secret et de la visibilité » (*Ibid.*, p. 12), permettant à ses occupants de se préserver de l'environnement extérieur, « étant considérés comme totalement hostiles » (Benoit, 2017, p. 149). Cette différenciation de l'espace sera mise en évidence à partir des comportements des habitants en matière de propreté.





**Figure 10 :** Les différents espaces concentriques autour de la maison de Manga

Dans tous les cas, les propriétaires prennent soin de leur espace personnel ou privé en matière de propreté. En revanche, ils font les pratiques de salissement dans un espace partagé, collectif et/ou public.

### VII-3- L'importance de la propreté dans la partie privée

La présence de saleté à l'extérieur du corps d'un individu, par exemple sur les vêtements, les pieds ou les mains, et à l'extérieur de l'espace personnel ou privé, est très banale dans le quartier. Certains habitants, et surtout les jeunes enfants, marchent et jouent sans gêne sur des lieux envahis par des boues ou sur des lieux de décharges. Ces habitants s'installent facilement par terre pendant les discussions, les jeux et les prises alimentaires dans des lieux de socialisation. Cela peut laisser penser d'emblée à des habitants indifférents à la saleté et à la

propreté. Ce qui n'est pas évident pour ce dernier point, vu que l'attention est portée davantage sur la propreté de ce qui est invisible et privé au détriment de ce qui est visible et public.

### **VII-3-1- La prééminence de la propreté « interne » du corps : femme et nouveau-né**

Le discours des femmes autour de l'accouchement est très révélateur sur l'importance de leur propreté intime. Cette propreté peut être évaluée à partir de l'état d'un nouveau-né dont la naissance se déroule souvent à domicile avec la présence d'une matrone et des femmes (membre de la famille et des voisines). Le corps d'un nouveau-né peut être sali de l'intérieur comme de l'extérieur pendant son séjour dans le corps de sa mère à cause d'un régime alimentaire et d'une hygiène intime inappropriée pendant la grossesse de la mère selon la perception locale. Cette hygiène intime d'une femme fait l'objet d'une « évaluation » par les familles proches et les voisines pendant l'accouchement. Selon la perception locale, cette mauvaise hygiène intime se manifeste par la présence du vernix caseosa, connu localement sous le nom de *atrotro*, sur la peau du nouveau-né au moment de l'accouchement et de la croute de lait, appelée localement *taikombindoha* ou les « croutes de lait » sur sa tête ou fontanelle quelques jours après sa naissance. La présence de cette substance est une véritable honte pour une femme et sa famille et peut susciter de véritables polémiques.

Le *taikombindoha* est associé à l'*atrotro* dont la présence sur le corps du nouveau-né peut avoir plusieurs explications selon les interlocutrices. Premièrement, la consommation d'aliments de couleur blanche, comme le manioc, le lait et les arachides, explique sa présence sur le corps du nouveau-né. En fait, l'alimentation pendant la grossesse peut influencer la composition du liquide amniotique selon l'explication reçue. Les résidus de ces aliments susmentionnés se mélangent avec ce liquide et « collent » sur la peau de l'enfant à naître. Les femmes enceintes en limitent ainsi la consommation surtout pendant le dernier trimestre de leur grossesse. Mais la cause la plus retenue par les femmes est l'accumulation des liquides séminaux d'un homme à l'intérieur de la femme après des rapports sexuels d'une part et, d'autre part, celle des pertes vaginales dites blanches faute d'hygiène intime adéquate. Dans les deux cas, la femme est critiquée pour son manque d'hygiène pendant sa grossesse (et de tous les jours) et ne peut pas échapper au jugement de ses pairs pendant son accouchement. Selon la mère de Avo, une telle femme « ... est paresseuse pour se laver [la partie intime] durant sa grossesse ». D'après le discours des interlocutrices, une femme est sujette à un dilemme pendant sa grossesse. Elle doit avoir des rapports sexuels réguliers et assurer une « bonne » hygiène intime pendant la grossesse pour le bien de l'enfant à naître et pour éviter le jugement de la communauté. Selon la croyance locale, si la femme enceinte n'a pas eu « assez » de rapports sexuels pendant sa grossesse, son enfant peut avoir un développement cognitif et physique

« défectueux », se manifestant par un retard mental et une faiblesse physique. Un tel enfant est appelé communément *tsy ampy lahany* littéralement « manque d'hommes », en référence à l'insuffisance de l'activité sexuelle de sa mère pendant la grossesse. Pour prévenir cela, une femme enceinte, même maltraitée, est souvent contrainte par les membres de sa famille, et notamment sa mère, de ne pas quitter le foyer conjugal. La mère de Francine a subi par exemple des violences conjugales pendant sa grossesse. Bien qu'elle ait quitté à plusieurs reprises son foyer à cause de l'agressivité de son mari, sa mère lui a conseillé souvent de « résister » et/ou de revenir y vivre après la séparation de corps. Toutefois, même si cette activité sexuelle est importante pendant la grossesse, une femme est contrainte à s'abstenir pour éviter la présence d'*atrotro* à la naissance. Dans ce cas, la honte, à cause de la présence du *atrotro*, pèse encore plus lourd pour les membres de la communauté que l'état d'un jeune enfant dit *tsy ampy lahany*. Certaines femmes préfèrent diminuer ainsi progressivement leur activité sexuelle pendant le dernier trimestre de leur grossesse jusqu'à l'abstinence totale quelques semaines avant l'accouchement à cause de la difficulté à se laver. Cette difficulté a été expliquée par le fait qu'une femme assure toujours sa toilette intime en s'accroupissant au-dessus d'une cuvette. Cette position devient difficile avec l'avancée du ventre qui limite la portée des mains pour laver la partie génitale. Elle ne peut ainsi nettoyer et enlever convenablement les pertes blanches et le liquide séminal de son compagnon dans son corps, qui peut se fixer par la suite sur le corps de l'enfant à naître dans l'utérus.

En baignant dans le liquide amniotique, l'enfant à naître peut avaler également des « impuretés », issues des aliments consommés, de sa mère, rendant « sale » l'intérieur du corps du nouveau-né, c'est-à-dire la bouche, l'appareil digestif voire l'appareil respiratoire selon le discours des femmes. Ces impuretés peuvent affecter délibérément la peau de l'enfant à naître en provoquant des plaies ou des taches sur son corps, notamment sur le visage. Ces saletés peuvent rendre le jeune enfant malade tout au long de sa vie si leur nettoyage et leur évacuation ne sont pas bien réalisés pendant la grossesse et quelque temps après la naissance. Un nouveau-né est par conséquent perçu toujours comme « sale » et vulnérable. Ce qui nécessite ainsi un investissement pour le préparer à faire face aux aléas du quartier (cf. pratiques de puéricultures locales dans la partie 3).

Plusieurs alternatives sont mises en œuvre pour accompagner les nombreuses interdictions alimentaires de la mère dans le but de « nettoyer » l'enfant à naître. La prise d'une tisane à base de soies de maïs a la vertu de nettoyer l'intérieur du ventre et les impuretés du sang de la femme pour prévenir l'apparition des taches et des plaies sur le corps de son enfant.

La propreté de l'espace privé ou plus précisément « son » territoire est encore plus importante. Un tel territoire privé a plus de valeur que l'espace partagé ou collectif. Les pratiques de propreté en relation directe avec la notion d'appropriation se concentrent autour du principal lieu de vie et diminuent progressivement à mesure que l'on va vers l'espace collectif et partagé.

### VII-3-2- La primauté de la propreté de l'espace privé

Les habitants font la différence entre *ao an-trano*, *eo an-tokotany*, *any ivelany* et *eny an-dalana* en matière d'appropriation et de pratique de propreté. Les deux premiers *ao an-trano* et *eo an-tokotany* font l'objet d'une propreté régulière et permanente, car il s'agit d'un espace personnel, le « chez soi ». Il s'agit de l'espace privé qui nécessite de l'action pour les prendre soin afin de le transformer en territoire. En revanche, les deux derniers espaces, *any ivelany* et *eny an-dalana* sont considérés respectivement comme un espace limitrophe et public. Ceux qui ne requièrent pas une attention ou un soin particulier, car ces espaces sont partagés avec les autres membres de la famille ou des voisins. Voici ce que la mère de Haja a dit pour illustrer les différentes pratiques de propreté selon les espaces :

*Q : Est-ce que vous balayez la maison tous les jours ?*

*R : Uummhh ! (Acceptation). Par exemple, je range la maison le matin, et il faut la balayer (elle rit)*

*Q : Et dans la cour ?*

*R : Tous les jours, tous les jours, je nettoie [la maison] et je sors et la nettoie également.*

*Q : et en dehors (de la cour) ?*

*R : En dehors, si je vois qu'il y a beaucoup de déchets, alors je dois nettoyer*

*Q : Pas tous les jours alors ?*

*R : Cela n'est pas tous les jours [...] Par exemple..., toute la semaine s'il y a beaucoup de déchets et surtout s'ils touchent notre clôture, alors je les enlève !*

*Q : Au milieu du chemin du fer, vous ne le faites plus ?*

*R : Uummhh ! (Acceptation).*

*Q : Pourquoi, vous ne le faites pas ?*

*R : Car il ne s'agit plus de notre quartier.*

Cette mère de famille investit de manière régulière son territoire privé et ne se préoccupe pas de l'espace partagé avec les autres habitants. Cette même logique a été observée par exemple lors d'une observation le 28 mars 2018 auprès de la famille de Nini lorsqu'un oncle de Nini balayait l'intérieur de sa maison et rassemblait les déchets et poussières juste devant la porte. Le nettoyage s'arrêtait ce jour-là à ce seuil sans toucher l'espace limitrophe en dehors de la maison.

Les pratiques de propreté et de saleté varient considérablement d'un espace à un autre. Selon le discours, le nettoyage est permanent, au moins deux fois par jour, *ao an-trano*. Il est interdit d'y déféquer, d'uriner et d'y jeter les ordures. Dans cette unique pièce où se rassemble la cuisine, le salon et la « chambre » à coucher, tout doit se trouver à sa place et bien rangé par la mère de famille. La pratique de propreté et de rangement commence, comme il a été indiqué plus haut, par la sortie du pot de chambre à l'extérieur de la maison. Après cela, la propreté de la cuisine doit être impeccable ; les ustensiles et marmites doivent être à leur place, bien nettoyés pour briller. « Pour nous, depuis toujours !! Lorsqu'on nettoie [la maison], c'est toujours la cuisine qu'on fait en premier avant de ranger la maison, car c'est la cuisine qu'on trouve en premier [...], c'est dedans qu'on doit préparer les aliments [...] » dit la mère de Sitra à ce propos. La propreté des ustensiles est ainsi primordiale, car « [...] ce sont [ces ustensiles] qui entrent dans la bouche !! » selon la mère de Tsoa, qui a souligné d'ailleurs avec beaucoup de fermeté que « la maison n'est rien, on est sale de toute façon, mais il faut les [les ustensiles] prioriser en premier ». Pour ce faire, « l'éponge doit être utilisée avec du savon, le[s] assiette[s], le[s] marmite[s] doivent être frottées s'il y a des taches noires. Il faut les faire briller en vérité !! » raconta la mère de Haja. Ensuite, les ustensiles, les verres, les tasses et les marmites propres doivent être déposés, rangés à l'envers et/ou fermés sur une table, couverte par une nappe ou un balatum, afin de les protéger des saletés transportées par les mouches. La photo 16 illustre, par exemple, le rangement des tasses et des gobelets « propres » auprès de la famille de Jona. En retournant vers la théorie de Mary Douglas sur la question du désordre (*op. cit.*) et sur le bon agencement et rangement des objets comme signe de propreté, les ustensiles sont lavés et rangés dans l'espace dédié à la préparation des aliments. Des exceptions existent pourtant sur la priorité accordée au rangement et au nettoyage des ustensiles et les autres matériels de cuisine dès le petit matin.



**Photo 16 :** La table de cuisine de la famille de Jona avec des tasses et gobelets propres et rangés

Lors d'un entretien avec la mère de Domo vers le milieu d'un après-midi, elle venait d'arriver de son travail quotidien ce jour-là et les ustensiles et les autres matériels de cuisine, comme les marmites, avaient été laissés dans sa maison sans avoir été lavés et en désordre. Interrogée sur la raison du désordre, elle a expliqué qu'elle a dû partir très tôt de sa maison et n'a pas eu le temps de les laver et ranger. La disponibilité de la mère est ainsi importante également pour pouvoir assurer la propreté des ustensiles. Le rangement du lit constitue la deuxième importance en matière de propreté *ao an-trano*. Les draps et les couvertures doivent être bien pliés et les oreillers doivent être mis à leur place tous les matins. Enfin, le plancher doit être balayé tous les jours, le matin et la fin de l'après-midi. Le père peut contribuer à ce balayage.

La propreté de *ao an-trano* peut être évaluée à partir de l'absence de pot de chambre, l'état, la propreté et le rangement des ustensiles et du lit durant la journée. Dans le cas contraire, la famille est qualifiée de *voretra* ou « sale » et c'est la mère de famille qui est la plus visée avec des propos très péjoratifs pour la famille qui vit dans ce quartier envahi déjà par des immondices.

La propreté du *eo an-tokotany* est importante aussi. Cet espace clôturé bénéficie d'un balayage régulier, au moins une fois par jour. Au même titre qu'*ao an-trano*, il est interdit d'y déféquer et de jeter d'ordures ménagères dans la mesure du possible. En revanche, la miction est possible de manière occasionnelle, surtout pour les jeunes enfants. Un récipient ou un sachet à déchets y est installé pour recevoir les ordures ménagères. À part les activités d'appropriation, de soin et de propreté, ces deux espaces, *ao an-trano* et *eo an-tokotany*, sont de véritables territoires pour la famille et, par conséquent sont protégés des pratiques de salissure des voisins c'est-à-dire les déjections, la défécation à l'air libre, la miction et le rejet d'ordures ménagères.

En ce qui concerne, *any ivelany*, le nettoyage y est très occasionnel, une fois par semaine ou par mois en fonction de la situation sauf en cas de présence d'une matière fécale humaine, de fanges ou de tas d'ordures. La propreté n'est plus garantie, car les passants peuvent y jeter leurs ordures et les jeunes enfants peuvent y uriner ou déféquer à l'occasion, au même titre que dans *eny an-dalana*. La pratique de saleté est banale dans cet espace collectif ou public comme l'abandon des fanges dans les ruelles après le curage des canaux d'évacuation, l'évacuation du contenu des pots de chambre, la miction de tout le monde, enfant et adulte confondus, la défécation à l'air libre de jeunes enfants et le rejet des ordures ménagères et des eaux usées. Pour les habitants, la propreté de cet espace ne relève pas de leur responsabilité. « [...] je ne vais pas nettoyer la ruelle des habitants » dit la mère de Haja à ce propos. Cette tâche revient

au responsable de voirie du *fokontany*, c'est-à-dire le RF2 ou la structure pour l'entretien des infrastructures (cf. chapitre 3).

Les pratiques de propreté sont ainsi différenciées entre *ao an-trano*, *eo an-tokotany*, *any ivelany* et *eny an-dalana*. *Ao an-trano* et *eo an-tokotany* constituent les espaces privés ou personnels où se fait « la maîtrise réelle de la propreté » (Jolé, 1991, p. 36) pour se préserver de la saleté et de la souillure. Cette différenciation entre l'espace privé, limitrophe et public en matière de pratique de propreté en milieu urbain est identifiable dans plusieurs villes africaines (Navez-Bouchanine, 1991 ; Jolé, 1991 ; Deverin-Kouanda, 1991 ; Bouju et Ouattara, 2002, Bouju, *op. cit.*, Guitard, 2015). Les gens prennent soin de leur espace personnel au détriment des espaces collectifs où « chacun y fait ce qu'il ne veut pas faire dans sa propre cour » selon Yveline Deverin-Kouanda (*op. cit.*, p. 93). Autrement dit, chacun peut y abandonner sans gêne ses immondices. C'est dans ce contexte que le propos de Jacky Bouju, (*op. cit.*, p. 155) du « [...] paradoxe d'une ville sale peuplée d'habitants propres », trouve sa place. Jacky Bouju et ses collaborateurs ont travaillé à *Bobo-Dioulasso* au Burkina Faso où la construction sociale autour de la propreté concerne le rangement et l'arrangement des objets dans son espace, son territoire et son environnement. C'est ce qui se passe dans ce quartier d'étude où tout objet a sa propre place dans un espace avec une organisation bien précise, d'où la notion d'organisation de l'espace fixe et semi-fixe d'Edward Hall (*op. cit.*) susmentionné. Le moindre changement dans l'espace domestique peut engendrer une rupture de l'organisation sociale et un mécontentement (les pots de chambre par exemple). L'attitude des habitants est influencée par leur territoire, c'est-à-dire *ao an-trano* et *eo an-tokotany*, dans lequel ils se sentent à l'aise et affilés. Dans ce territoire privé, les propriétaires imposent des limites, en l'occurrence une clôture, pour se protéger de la saleté et de la souillure des autres. La place de la saleté devrait se trouver loin de cet espace personnel, *a priori*, derrière ou à la périphérie de la zone d'habitation. Autrement dit, dans un espace qui « [...] n'est pas en voie de privatisation « sauvage », il est considéré comme socialement inutile et donc approprié à un usage de dépotoir et de décharge. On y fait tout ce qui est sale : on y jette les ordures, les eaux usées de la vaisselle et de la douche, on y urine, on y défèque... » (Bouju, *op. cit.*, p. 159). Dans ce quartier, il y a ainsi une véritable « [...] définition de l'espace qu'on veut protéger de l'ordure, et de celui qui, par nécessité, doit la recevoir » (Jolé, *op. cit.*, p. 36).

#### **VII-4- Les risques pour les jeunes enfants des grandes familles élargies**

Il est important maintenant d'expliquer pourquoi un jeune enfant vivant dans une grande famille élargie (dans une concession) est davantage à risque de contamination par des immondices que les jeunes enfants appartenant à une famille nucléaire ou une famille élargie

restreinte. L'existence de ces espaces concentriques, comme il a été démontré un peu plus haut, varie selon la structure familiale, nucléaire, élargie restreinte ou élargie dans une concession. Dans une famille nucléaire et élargie restreinte possédant une cour bien délimitée par une barrière physique, l'espace limitrophe et l'espace public se trouvent en dehors de la clôture. La cour en elle-même constitue une extension de l'espace personnel où le jeune enfant doit interagir pendant sa petite enfance pour les différents apprentissages (psychomoteur et alimentation). Il bénéficie ainsi d'un espace entretenu en matière de propreté, loin des dépotoirs, des zones de défécation et des animaux. Même si le jeune enfant s'interagit avec le sol de cette cour clôturée, le risque d'une contamination directe par des immondices est limité grâce aux nettoyages réguliers et à l'absence des dépotoirs, des zones de défécations de proximité. D'ailleurs, ces espaces privés sont protégés de salissement des passants. La cour clôturée peut ainsi protéger le jeune enfant du risque de contamination dans le quartier. La récurrence de maladies, pouvant entraver la croissance avec le temps, pourrait être très limitée pendant sa petite enfance, c'est-à-dire avant sa deuxième année de vie. Dans le cas où il n'y a pas de cour clôturée auprès de ces familles, le *eo an-tokotany* n'existe pas, mais le *any ivelany*, qui jouxte la maison, existe. Cet espace limitrophe bénéficie de temps à autre d'un nettoyage et garde dans une certaine circonstance son caractère privé ou semi-privé. Il est loin de la zone de défécation et des dépotoirs. Pourtant, il peut être le lieu de passage des animaux et subir le salissement des passants. Ainsi, le jeune enfant bénéficie, mais pas au même titre de ce qui est clôturé, d'un espace entretenu en matière de propreté pendant la période où il doit apprendre à ramper, à marcher, à manger et à socialiser. Dans ces deux scénarios, le jeune enfant peut être prévenu de l'effet de contamination par l'espace collectif au moins pendant la première année. Pourtant, à partir du moment où il commence à être autonome en acquérant la marche, il peut s'exposer facilement aux immondices des espaces collectifs et peut subir l'effet de contamination. La propreté de ces espaces privés joue ainsi un rôle important dans la survenue ou non des maladies liées à l'effet de contamination par un milieu de vie.

Pour la grande famille élargie vivant dans une concession, la porte de la maison constitue la délimitation qui sépare directement l'espace personnel (la maison) de l'espace partagé ou la cour collective. Cet espace collectif est déjà un espace public compte tenu des pratiques en matière de saleté. On peut y jeter des ordures, des eaux usées et les habitants sont très réticents à le nettoyer. Les familles y implantent leur propre dépotoir et latrine dont les immondices s'éparpillent facilement dans le terrain de jeu des jeunes enfants, faute de barrière physique (cf. supra). En outre, plusieurs familles s'adonnent à l'élevage d'animaux de parcage, de basse-cour et ont des animaux de compagnie comme un chien par exemple. Les jeunes



enfants dans ces grandes familles vivent ainsi dans un espace envahi par des immondices de tout genre pendant la période de leur petite enfance où, ils doivent apprendre à marcher, à se nourrir ou tout simplement à socialiser. Dans certaines situations, même la maison peut perdre son caractère « privé » dans ces grandes familles élargies, car les jeunes enfants et les adultes des foyers voisins peuvent y entrer librement. La porte perd ainsi son rôle de barrière en devenant une délimitation « faible ». Le partage d'un espace avec plusieurs autres individus en dehors des membres de la famille et l'absence de clôture exposent directement les jeunes enfants aux immondices pouvant provoquer des maladies pendant leur petite enfance et entraver ainsi leur croissance.

Nous avons vu dans ce chapitre que les comportements des habitants à propos de la propreté et de la saleté diffèrent selon une norme locale qui n'est pas forcément la même qu'ailleurs. Dans ce quartier, la propreté de l'intérieur, du corps, du bidon, de la maison et de l'espace privé l'emporte sur celle de tout ce qui est extérieur. Le risque d'interagir avec les immondices peut varier considérablement selon la structure de la famille et l'existence de tous ces espaces concentriques. Les habitants, et surtout les jeunes enfants des familles nucléaires ou élargies restreintes, peuvent être davantage préservés de la contamination par leur milieu de vie que les habitants et les jeunes enfants se trouvant dans la concession des grandes familles élargies. La présence de *eo an-tokotany*, l'extension de la maison en tant qu'espace personnel, peut être bénéfique pour la bonne santé à court et à moyen terme et la croissance des jeunes enfants à long terme grâce à son appropriation et sa valorisation et sa propreté. Ces jeunes enfants peuvent être ainsi protégés des maladies liées à la saleté pendant la phase importante de leur croissance et de leur développement psychomoteur, au moins pendant les 12 premiers mois de leur vie.

Pour résumer cette partie, nous avons vu dans le chapitre 5 que le nombre de *kaboné* est insuffisant pour les habitants et se raréfie progressivement dans ce quartier pour des raisons économique, sociale, culturelle et symbolique. Les foyers préfèrent partager *un kaboné* ou ne pas en utiliser. Cette insuffisance de latrine a renforcé l'utilisation de pot de chambre, la déjection et la défécation à l'air libre des jeunes enfants de moins de cinq ans. Bien que ces pratiques soient banales dans le quartier, des règlements sont fixés au niveau local. La défécation et la déjection doivent se faire dans les lieux comme les dépotoirs, la surface autour d'une latrine (zone de défécation), au bord et dans les canaux d'évacuation, voire dans les rizières. L'exposition des habitants, surtout les jeunes enfants à ces immondices, peut être favorisée ou minimisée par l'existence des délimitations imaginaires ou physiques séparant les zones à risques (zone de défécation, latrine, dépotoir...) et le terrain de jeu. Cette organisation de l'espace dépend de la structure familiale. Dans une famille nucléaire (composée par les parents, ou un des parents, et leurs enfants) et élargie restreinte (constituée par les parents, enfants et quelques autres membres éloignés du cercle nucléaire), la zone de défécation et le terrain de jeu des jeunes enfants sont séparés par des délimitations physiques limitant tout contact entre la maisonnée et les immondices même pendant la période des pluies. Dans les grandes familles élargies vivant dans une concession, la zone de défécation et le dépotoir font en revanche partie intégrante de leur milieu de vie, implantés dans la proximité du terrain de jeu et de la cour familiale collective. Le contact avec les immondices est constant à tout moment et surtout pendant la saison des pluies.

Dans le chapitre 6, nous avons documenté la perception des membres des familles sur les dangers que représente la matière fécale humaine. Plusieurs familles ou individus craignent que le contact de la matière fécale humaine avec leur corps puisse engendrer la souillure de leur *orim-bintana* ou l'ordre du destin, provoquant la malchance et/ou des maladies. À cet effet, pour se protéger de la souillure, les gens mettent en place des pratiques de prévention qui dépendent fortement de leur niveau de croyance. Grâce à ces pratiques d'évitement, la contamination par le milieu de vie peut être limitée pour les croyants et leur famille, surtout les « fervents et pratiquants ». Pour ceux qui ne croient pas du tout, la prévention peut être assurée par leurs connaissances. En effet, certaines mères ne croient pas à la souillure, mais connaissent le lien entre les maladies comme la diarrhée et la matière fécale humaine et mobilisent des pratiques de prévention pour éviter tout contact. Dans tous les cas, la protection est double pour ceux qui croient en la souillure et connaissent le lien entre maladies et matière fécale humaine. En revanche, le risque est très important pour ceux qui ne croient pas ou plus à la souillure et

ceux qui ne connaissent rien sur le lien entre la matière fécale humaine et les maladies. Ces individus se trouvent davantage auprès des grandes familles élargies.

Dans le chapitre 7 de cette partie, nous avons documenté la distinction entre les différents espaces concentriques autour d'un lieu de vie et les pratiques de propreté ou saleté liées. Cela peut aider à comprendre le niveau de contamination des jeunes enfants en fonction de la structure familiale. Quatre espaces se dessinent autour d'un individu : *ao an-trano*, *eo an-tokotany*, *any ivelany* et *eny an-dalana*. Le nettoyage et la prévention de l'éparpillement d'immondices sont systématiques et réguliers dans *ao an-trano* et *eo an-tokotany* qui ont un caractère de *privacy*. Tandis que la pratique de saleté est presque routinière dans *any ivelany* et *eny an-dalana*. Ces quatre espaces se trouvent bien différenciés chez certaines familles nucléaires et parfois chez des familles élargies restreintes. L'existence d'une cour clôturée (*eo an-tokotany*) fournit un espace personnel « propre » au jeune enfant pendant ses premières interactions avec son milieu de vie. Dans les grandes familles élargies dans une concession, le *eo an-tokotany* est partagé avec les autres membres de la famille et des locataires et devient ainsi un espace collectif au même titre que *any ivelany* et/ou *eny an-dalana* au regard des pratiques de saleté. L'espace personnel ou privé se réduit ainsi à la maison. Quelques fois, l'intérieur de la maison peut être « envahi » par les autres membres de la grande famille et perd son caractère « privé ». Par conséquent, les immondices des voisins peuvent se trouver à tout moment dans la maison, et dans la cour de ces grandes familles. Le jeune enfant, qui y vit, interagit avec un espace « sale » pendant ses premières années de vie, ce qui peut mettre en danger sa santé et sa croissance.

Les informations empiriques mobilisées dans cette deuxième partie nous donnent des explications sur la différence d'exposition des habitants et surtout des jeunes enfants aux immondices du quartier en fonction de l'organisation spatiale de leur milieu de vie et, dans une certaine mesure, en fonction de leur croyance et/ou de leur connaissance sur les dangers émanant de la matière fécale humaine et des autres immondices. Il est important maintenant d'aborder la question du maternage qui est centrale, c'est-à-dire la gestion de la propreté d'un jeune enfant, sa relation avec son entourage et surtout son alimentation. Ces informations peuvent fournir une panoplie d'informations pour mieux comprendre la santé, le développement et surtout la croissance de ces jeunes enfants dans ce quartier.

### **Partie 3 : Propreté et maternage**

« La notion d'enfance n'est pas la même partout. La place et le rôle qui sont assignés aux enfants sont dictés par l'environnement physique, culturel et socioéconomique » (Bonnet, 2010, p. 12)

## **Chapitre 8 : Pratique de propreté et autonomisation du jeune enfant**

Face à une situation de précarité se manifestant par une privation matérielle (pauvreté) et sociale (rupture), la socialisation précoce d'un jeune enfant et l'assurance de son autonomie sont souvent prioritaires pour les adultes maternants (Mauvais, 2003). À cet effet, l'éducation apportée par l'adulte maternant, en l'occurrence la mère, sert surtout à rendre l'enfant autonome le plus rapidement possible (Durkheim, 1963). Dans une société donnée, la construction sociale du jeune enfant, selon les normes locales de la société ou du milieu de vie auquel il appartient, est fortement influencée par les différents contextes, social, environnemental, sanitaire et religieux.

Les adultes maternants utilisent différentes techniques de puériculture à l'image de leur société pour le façonnage du corps, via le massage et les pratiques de toilette quotidienne par exemple. Lorsqu'il avance en âge, l'enfant doit acquérir des savoirs, par imitation ou apprentissage, pour pouvoir se comporter selon les normes sociales de son groupe d'appartenance. Dans les diverses sociétés, les techniques de puériculture s'inscrivent souvent « dans un ensemble socioculturel, économique et sanitaire complexe qui justifie [leur] emploi » (Bonnet et Pourchez, 2007, p. 25). Des pratiques, comme l'embaillotement, l'embrocation, la toilette quotidienne et le massage, ont des objectifs pouvant varier d'une société à l'autre. Il peut s'agir de protection vis-à-vis d'un environnement menaçant en fortifiant et en « immunisant » le corps contre certaines maladies infantiles (de Suremain et Montibert, 2007), en assurant sa croissance par la manipulation du corps et la prise de décoction (Haxaire, 2007) ou en complétant son humanisation à travers le façonnage d'une partie de son corps (Pourchez, 2007) ou en assurant sa toilette quotidienne (Bonnet, 2007 et Teixeira, 2007) là où il est considéré comme un être humain « inachevé ». Ces pratiques peuvent exprimer ainsi la volonté d'un individu, d'une famille ou d'une société à assurer et à contrôler la croissance et le développement de l'enfant en bas âge à partir de normes sociales qui ne coïncident pas forcément aux normes biomédicales.

La socialisation est une autre étape très importante dans la vie du jeune enfant pour pouvoir se comporter comme les siens. Les rituels de socialisation visent à rapprocher davantage son identité du milieu de vie auquel il appartient. Fitz John Porter Poole donne des précisions sur ce concept de socialisation, à vocation universelle, qui « implique ces processus interactifs - leurs structures, leurs contenus, contextes et acteurs - et par lesquels on apprend à être un acteur, à s'engager dans l'interaction, à occuper des statuts, à jouer des rôles et à forger des relations sociales dans la vie communautaire, ainsi qu'à acquérir des compétences, des aptitudes, des sensibilités et des dispositions appropriées à une telle participation sociale » (2003, p. 832). Ce concept accorde une grande importance au milieu, à l'espace ou au territoire où se déroule la transmission des savoirs sur la propreté et la saleté par exemple, et qui servent

de « dénominateur commun » aux membres de la société, du groupe ou de la famille. Ce trait commun peut être une croyance et/ou une norme sociale pouvant varier d'une société à l'autre. Selon Sara Harkness et Charles Super (1986), l'acquisition de ce trait commun peut se faire dans sa « niche de développement » ou l'espace de vie où le jeune enfant interagit et se développe pendant sa petite enfance. Cette « niche de développement » peut être la maison et la cour privée ou la cour collective selon la structure familiale. Souvent, l'ensemble des activités éducatives (apprentissage) se déroulent dans cette « niche de développement » selon les normes de la société ou de la famille et les croyances.

Le présent chapitre décrira dans un premier temps les différentes techniques de puériculture en matière de toilette et de propreté dans les différents types de familles. L'importance de l'acquisition de la marche et les pratiques locales pour y parvenir seront développées dans un deuxième temps. Cette deuxième partie sera terminée par une analyse des différents apprentissages, des différentes pratiques et des risques qu'un jeune enfant peut courir en fonction de l'organisation sociale selon la structure familiale.

### **VIII-1- Le toilettage et la propreté d'un jeune enfant : une affaire de mère**

« [...] laisse le [nourrisson] secourir son corps, nous n'avons pas besoin de l'éducation des riches [...] » (la mère de Manga)

Ce propos de la mère de Manga souligne à quel point la vie est dure dans ce quartier et combien le jeune enfant doit être préparé pour y faire face tôt ou tard et aider ses parents dans cette vie difficile. À partir d'un certain âge (autour de son premier anniversaire), le plutôt possible selon le souhait des mères (dès son 9<sup>e</sup> mois), le jeune enfant doit être prêt pour ne plus être un « fardeau » pour certains parents, c'est-à-dire être capable de marcher et exprimer ses envies dans un premier temps et, dans un deuxième temps, être capable d'aider la famille en rendant des petits services domestiques tels que l'achat des produits de première nécessité aux épiceries (entre 2 et 3 ans) et la surveillance des petits de sa fratrie une fois plus âgé (plus de 8 ans). Pour y arriver, les mères et les autres adultes maternants, dans le cas des familles élargies, doivent faire des efforts pour la pratique de toilette et pour la propreté du jeune enfant afin de le préparer face à la précarité du quartier.

#### **VIII-1-1- Le toilettage du nouveau-né**

Nous avons évoqué dans le chapitre 7 la nature et la cause des impuretés sur et dans le corps d'un nouveau-né, c'est-à-dire les glaires et liquides amniotiques avalés, le *atrotro*, le *taikombindoha* et les plaies cutanées. Il est important désormais de décrire les différentes étapes de toilettage pour enlever ces impuretés de son corps.

Quelques minutes après la naissance, si l'accouchement a lieu à domicile, l'adulte maternant<sup>90</sup> et la matrone, assistant à l'accouchement, nettoient le nouveau-né de ces impuretés. Dans un premier temps, selon une matrone, le nouveau-né est mis à l'envers et les liquides ou glaires amniotiques dans sa bouche sont évacués à l'aide du doigt de cette dernière. Pour le même objectif, la mère ou les autres adultes présents donne de l'eau tiède, sucrée ou non, au nouveau-né pour nettoyer les impuretés avalées et qui doivent être évacuées par la miction ou la défécation. Enfin, le nouveau-né doit dormir « sur le côté » pour pouvoir continuer d'évacuer progressivement les liquides contenus dans son appareil digestif (et respiratoire) pendant le sommeil. Le niveau de propreté de « l'intérieur » du nouveau-né est jugé après quelques jours à partir de la couleur de son urine<sup>91</sup> et de ses selles. Cette évacuation de glaires est considérée comme essentielle pour la santé du jeune enfant selon la matrone et les mères, car si les glaires persistaient le long de l'appareil digestif et respiratoire, le nouveau-né risquerait de développer une toux chronique pendant toute son enfance.

Dans un second temps, le corps est nettoyé avec de l'eau chaude et essuyé avec un tissu pour enlever les *atrotro*. Ce premier « bain » est donné, avant même la coupure du cordon ombilical, au-dessus d'une cuvette avec de l'eau chaude et un savon de couleur blanche et sans odeur. Dans la pratique selon la description des mères, une des mains du nettoyeur tient le nouveau-né et l'autre essuie le corps avec un tissu imbibé d'eau et de savon en commençant par la tête et en descendant vers les membres inférieurs. Ensuite, après avoir essuyé le bébé, l'adulte maternant procède à l'embrocation de son corps entier avec de l'huile de coco ou de graisse de zébu en commençant également avec la tête. Ensuite, la matrone coupe le cordon ombilical avec l'aide d'une nouvelle lame préalablement désinfecté avec du rhum traditionnel malagasy. Le ventre du nouveau-né est couvert après par une bande en tissu pour que le nombril cicatrise très vite et que le nouveau-né n'ait pas de colique qui pourrait survenir, selon la croyance locale, suite à la pénétration du « vent » dans cette plaie de l'ombilic. Le nouveau-né est enfin emmaillotté dans des vêtements et langes pour lui procurer de la chaleur et le protéger contre toute sorte de maladies dues au froid comme la toux ou les maux de ventre. Le deuxième bain est réalisé après quelques semaines, lorsque la plaie de l'ombilic se cicatrise complètement. Entre le premier et le deuxième bain, la mère ou un autre adulte maternant, en l'occurrence la grand-mère maternelle du nourrisson, utilise un coton ou un tissu imbibé d'eau chaude pour essuyer les parties du corps susceptibles de développer des plaies cutanées ou de mauvaises odeurs à cause de la chaleur et du frottement, c'est-à-dire les aisselles, le cou et entre les cuisses.

---

<sup>90</sup> Le soin au jeune enfant peut être prodigué par un adulte maternant autre que la mère. Il s'agit alors surtout de la grand-mère maternelle ou paternelle.

<sup>91</sup> Si l'urine devient transparente, le jeune enfant est « propre ».



Pour les nourrissons ayant du *taikombindoha* persistant pendant les premiers jours ou premières semaines de sa vie, la mère tente de les enlever progressivement en oignant la partie de la tête couverte par ces taches noires (la fontanelle) avec de l'huile de coco et en les grattant très délicatement avec ses ongles ou un peigne. À partir du premier mois du bébé, la mère continue de gratter ces résidus avec un peigne jusqu'à leur complète disparition. La disparition du *taikombindoha*, relié systématiquement à l'*atrotro*, aide à dissiper tout jugement sur la propreté de la mère du jeune enfant. Les pratiques d'embrocation après chaque bain et d'emmaillotement se poursuivent jusqu'au premier anniversaire du jeune enfant pour assurer sa croissance, en l'occurrence sa prise de poids.

Doris Bonnet (2007) disait que les différentes pratiques de maternage, en particulier les toilettes quotidiennes, perçues comme des « pratiques de routines » par Gottlieb Alma (2000), engagent les adultes maternants à adhérer aux normes sociales de leur société. Les perceptions de la « saleté » d'un nouveau-né et l'importance de la toilette pour le débarrasser de ses impuretés corporelles sont communes à plusieurs sociétés dans le but de le protéger des éventuelles maladies liées à ces saletés. À ce sujet, le lavement anal par purgatif, en utilisant la bouche ou une poire chez les bébés Mossi prévient le développement de maladie et permet d'assurer son autonomie à la propreté (Bonnet, *ibid.*).

#### **VIII-1-2- La gestion des excréta : matière fécale et morve**

Les excréta tels que la matière fécale et la morve sont perçues comme très « répugnants » à partir d'un certain âge du jeune enfant. Cependant, les mères ont une certaine tolérance vis-à-vis de ceux de son propre enfant jusqu'aux environs de son 8<sup>e</sup> mois pour la morve et jusqu'à sa diversification alimentaire pour la matière fécale. La matière fécale est très personnelle pour les mères. « Je ne la [la matière fécale] touche pas, car il a sa mère (tout en riant) » dit la mère de Avo à ce propos, et elle ajoute « tu ne peux pas supporter l'essuyage de ses fesses s'il s'agit d'un enfant d'autrui ». Autrement dit, cette mère n'essuie pas les fesses d'un autre enfant que le sien. Cette attitude est partagée et pratiquée par plusieurs autres mères. Lors d'une observation auprès de la famille de Tsaro dans l'après-midi du 29 mai 2018, la mère du petit Bolo, un des cousins de Tsaro, est partie ce jour-là avec des linges et a demandé aux autres femmes de la famille, étant en train de laver du linge, de surveiller le petit Bolo. Ce dernier a uriné et puis déféqué dans son pantalon et s'est promené avec son pantalon rempli d'excréta dans la cour familiale. Bien que certaines des femmes aient aperçu les fèces du jeune enfant, personne n'a rien fait. Puis sa mère est revenue après quelques dizaines de minutes et le jeune Bolo s'est rapproché de sa mère en pleurant. Elle a pensé que Bolo avait eu faim et lui a trouvé du riz cuit dans un bol (...). Puis elle a remarqué que son fils a déféqué dans son pantalon

et l'a lavé et changé. Après, elle a continué ses activités sans se laver les mains [...]. L'enfant a déféqué de nouveau dans son pantalon et elle l'a changé à nouveau et une tante du jeune enfant a dit « pense un peu à cet enfant qui défèque tout le temps [...] ». Selon toute vraisemblance, les femmes présentes, ce jour-là, ont vu que le jeune enfant avait déféqué, mais n'ont rien fait. Il y a eu une forte réticence, qui est liée en partie à la crainte à la souillure évoquée dans le chapitre 6. Il a fallu attendre le retour de la mère pour que le jeune enfant soit débarrassé de sa saleté. Un jeune enfant peut entrer par conséquent en contact avec sa matière fécale pendant une longue période pendant l'absence de sa mère, l'exposant à une contamination et à la souillure. Autrement dit, la gestion de la matière fécale d'un jeune enfant relève entièrement de la responsabilité de sa mère sauf dans des cas exceptionnels, maladie de sa mère ou une longue absence. Dans ces conditions, une autre personne maternante peut prendre le relai, en l'occurrence la grand-mère ou la grande sœur de l'enfant. Cette personne doit être vraiment très proche du jeune enfant, comme sa seconde mère en quelque sorte.

Cette responsabilité d'une mère est encore prégnante dans la gestion des morves. La présence de cette matière qui coule le long du visage d'un jeune enfant est banale dans ce quartier. Le jour de notre (moi et mon assistant) premier contact avec les mères et jeunes enfants du quartier, c'est-à-dire pendant la mesure anthropométrique des jeunes enfants le 6 décembre 2017, une grande partie des enfants venus présentaient ce jour-là de morves sur leur visage. Aucune mère ne réagissait ; au contraire, elles restaient indifférentes. Deux jeunes enfants suçaient par exemple des glaces dans des cornets, mélangées avec leur morve et leurs mères ne manifestaient aucune réaction. Pourquoi ? Selon la perception des familles interviewées, la morve peut exister d'une manière « naturelle » sur le nez d'un individu. Elle est due à l'humidité pendant la saison des pluies, au froid ou à la poussière pendant la saison sèche. Sa production peut être également provoquée par certaines maladies comme le rhume et/ou la toux. Cependant, certaines mères avouent de ne pas connaître la cause de ce mucus nasal. Les habitants catégorisent la morve en fonction de sa couleur et de son abondance. La morve de couleur jaunâtre ou verdâtre est produite à la suite d'une maladie et est considérée comme très répugnante à cause de cette couleur et de son état visqueux. En revanche, la morve, de couleur blanche ou d'apparence transparente, est attribuée aux conditions du milieu de vie et peut être tolérée.

Dans tous les cas, cette matière est toujours répugnante aux yeux des habitants bien que son essuyage relève de la responsabilité de la mère du jeune enfant dans un premier temps (les 12 premiers mois), et plus tard du jeune enfant lui-même. La mère peut l'essuyer avec sa main, son vêtement et/ou une partie du vêtement du jeune enfant lui-même telle que la manche.

L'utilisation d'un mouchoir est encore très rare avant l'école<sup>92</sup>. Lorsqu'une grande quantité de morve obstrue la fosse nasale et par conséquent rend difficile la respiration du nourrisson, certaines mères racontent qu'elles tentent d'aspirer la morve avec leur bouche. Mais cette pratique est inimaginable et complètement impraticable pour certaines à cause de leur répugnance envers ce liquide visqueux. À titre d'exemple, une de mes interlocutrices ne s'adonne pas à une telle pratique, car, comme explication, elle évoque le fait que la boîte crânienne est reliée à la fosse nasale et que si elle aspirait la morve via le nez, une partie du cerveau risquait de sortir en même temps. À cause de sa répugnance, la mère délègue peu à peu cette responsabilité au jeune enfant à partir du moment où ce dernier commence à marcher et à communiquer. À partir de ce moment, la mère devient de plus en plus indifférente à ce que le jeune enfant fait ou ne fait pas sur la gestion de sa morve. Apparemment, « C'est lui [l'enfant] seul qui essuie sa morve », dit la mère de Avo. La mère de Manga dit également que « [...] moi, je ne lui [l'enfant] disais plus depuis [qu'il est autonome], c'est lui qui sait essuyer sa morve [...] ». La tante de Nini a avoué à cet effet que « elle est très fatiguée d'enlever la morve de l'enfant, c'est l'enfant lui-même qu'on demande de le faire, quelques fois il l'aspire ». Progressivement, le jeune enfant est devenu ainsi le seul responsable de ses morves d'après sa mère. L'enfant peut l'enlever ou non selon son bon vouloir.

Dans le premier scénario, plusieurs pratiques existent pour essuyer une morve qui coule. Certains utilisent leur propre vêtement comme la manche ou le bas d'un tee-shirt. Tandis que d'autres utilisent leurs mains ou leurs avant-bras pour l'essuyer. Dans ce cas, le reste de la morve séchée se trouve souvent autour du nez et/ou de la joue du jeune enfant. Comme il a été évoqué, il est rare de voir un jeune enfant utilisant un mouchoir dans le quartier, car la mère a peur que le jeune enfant égare le tissu. « [...] au moment où je ne suis pas là, je ne sais pas ce qu'il fait. Quelques fois, le mouchoir est souvent perdu » dit la mère de Anto. Et « quelques fois, le vêtement qu'elle porte [dans le quartier] n'a pas de poche, mais celui de l'école, le tablier, doit avoir une poche » selon la mère de Riana. L'enseignement à l'utilisation de ce morceau de tissu se fait de manière globale à l'école et non à la maison. Certaines mères donnent néanmoins un mouchoir à leur enfant même dans le quartier et adoptent des stratégies pour éviter sa perte en utilisant une épingle par exemple ou en les surveillant, comme celle de Avo. « [...] aux environs de deux ans [de l'enfant], il y a eu un petit mouchoir que j'ai épinglé sur son vêtement. Après, [je lui dis] essuie avec celui-ci lorsqu'il y a de morve !! » a raconté cette mère. Dans le deuxième scénario, le jeune enfant préfère « garder » la morve en l'aspirant, la

---

<sup>92</sup> Un mouchoir est une des « fournitures scolaires » exigées au même titre qu'une brosse à dents lorsqu'un jeune enfant commence à fréquenter un établissement scolaire.

laissant couler sur le visage et la bouche, et en la goûtant de temps à autre. Certaines mères pensent que la morve devient en quelque sorte un « jouet » pour certains enfants, car lorsqu'elles leur demandent de l'essuyer ou de l'enlever, ces derniers ne les écoutent pas. Un jeune enfant apprend à gérer ce mucus nasal à partir du moment où il fréquente une école (cf. infra).

Dans plusieurs sociétés, un jeune enfant dépend toujours de sa mère en matière de propreté jusqu'à un certain degré d'autonomie, marqué par « l'accès au langage, à la marche et à la consommation d'aliments solides » (Bonnet, 2007 :117). Pendant cette période, l'adulte maternant tolère leur excréta qui ne sont pas forcément considérés comme sales dans plusieurs sociétés africaines. Les excréta des enfants plus âgés et des adultes sont en revanche sales et répugnantes (Epelboin, 1981). Ce qui peut expliquer probablement la délégation progressive de la gestion des excréta au jeune enfant ou à une institution comme l'école.

### **VIII-1-3- Le lavage des mains : selon le rythme local**

Les habitants, y compris les jeunes enfants, suivent un rythme particulier dans le lavage de leur corps et accordent une certaine importance à certaines parties seulement. Il a été évoqué un peu plus haut l'importance de la propreté de ce qui est « invisible » ou « intérieur » pour la femme et pour la communauté. Dans cette partie, il est important de s'interroger sur la pratique du lavage des mains des jeunes enfants, qui est préconisée par les institutions internationales spécialisées dans la santé publique et la santé infantile dans le but de prévenir les maladies hydriques comme la diarrhée. Les messages de sensibilisations peuvent-ils être effectifs sans tenir compte des normes sociales propres aux contextes ? De manière générale, le lavage des mains avant la prise alimentaire et après la défécation est très rare<sup>93</sup> chez les adultes et encore plus chez les jeunes enfants rencontrés sur le terrain au cours de plusieurs observations. À titre d'exemple, le 16 avril 2018, Manga a utilisé la latrine familiale, ne s'est pas lavée les mains et a rejoint directement ses amis pour jouer. Dans la famille de Avo, le 21 avril 2018, le jeune enfant a consommé du manioc dans une gargote, mais elle n'a pas lavé ses mains. Ayant mis par terre l'assiette, elle utilisait une de ses mains pour consommer pendant la prise alimentaire. En fait, le lavage des mains suit un rythme particulier et se fait à quelques moments précis. Lorsque la question sur l'enseignement de lavage des mains et sur les pratiques effectives dans le quotidien a été abordée avec les mères de famille, elles pensent avoir enseigné au jeune enfant le lavage des mains entre leur deuxième et troisième année, et que ces derniers le font dans le quotidien, mais non avant la prise alimentaire et après la défécation. Pendant la petite enfance,

---

<sup>93</sup> Rare, car à un moment donné j'ai vu une femme âgée laver les mains avec de l'eau de surface après avoir utilisé la latrine et elle n'a pas utilisé un savon.

la mère devait assurer par elle-même le lavage des mains de son jeune enfant, habitude qui s'avère difficile à faire pour certaines, car elles-mêmes ne le font pas. Pour celles qui s'absentent régulièrement, en laissant leur jeune enfant sous la surveillance d'un autre adulte maternant, assurer le lavage des mains de leur enfant est également difficile. Il y a très peu d'exception, signalons la mère d'Anto par exemple qui voulait toujours laver les mains du jeune enfant au moins avant la prise des repas. Selon l'explication reçue, elle<sup>94</sup> a appris l'importance de cette pratique et la dangerosité de la saleté sur la santé à l'école. Le lavage des mains suit en tout cas un rythme particulier, mais ne se fait pas toujours avant la prise alimentaire et après la défécation.

La plupart des explications fournies ont été le problème d'accessibilité à l'eau, le coût et la rareté de l'eau. Il a été évoqué dans la partie précédente que l'eau utilisée dans les foyers vient souvent des bornes-fontaines dont le prix de 20 litres varie de 30 (0,007 €) à 200Ar (0,04 €). Ce qui n'est pas toujours facile pour la plupart des ménages de s'en procurer. Le débit de l'eau et l'ouverture des bornes-fontaines sont limités dans le temps et deviennent une difficulté supplémentaire pour acquérir la quantité nécessaire pour chaque foyer. Cette eau est priorisée pour l'essentiel, c'est-à-dire la préparation du repas et la boisson. Pour y remédier, l'eau de surface, celle de la rizière ou de l'étang, est ainsi utilisée pour le lavage des mains dans les secteurs proches de ces eaux. Une deuxième raison revient au fait que le lavage des différentes parties du corps se fait à des moments précis de la journée, surtout le matin et le soir. Lorsque l'individu se lave le visage et se brosse les dents le matin, il se lave en même temps les mains. Lorsqu'il se lave le corps et les pieds le soir, il se lave également les mains. Pour les lavandières professionnelles, le lavage de mains se fait pendant la lessive. Le lavage du corps, y compris des mains, se fait également lorsque l'individu s'apprête à se rendre à un endroit en dehors du quartier pour visiter une famille ou aller retirer un document administratif auprès de la mairie ou d'une autre institution par exemple. Autrement dit, le lavage des mains n'est pas perçu comme un acte de propreté « isolé », mais se pratique lors du lavage des autres parties du corps pour ne pas gaspiller l'eau. Troisièmement, le fait pour l'enfant de ne pas se laver les mains avant le repas peut être encouragé par les parents à cause des modalités de la prise alimentaire. Selon l'explication reçue du grand-père de Tsaro, le jeune enfant mange par terre, dans la cour familiale ou ailleurs et joue en même temps avec des objets de son entourage avec ses mains. Le lavage des mains avant le repas est alors perçu comme un acte « inutile » selon ce grand-père, car le jeune enfant touche de toute façon des objets « sales » par terre pendant la consommation. Le 18 avril 2018, Manga a consommé du manioc avec ses mains ce jour-là et

---

<sup>94</sup> C'est la seule mère ayant une éducation avancée (niveau baccalauréat) suivie le long de cette étude.

ne s'est pas lavée les mains avant cette prise alimentaire. À la question posée à sa mère de savoir pourquoi Manga ne s'est pas lavée les mains, elle a répondu « la différence entre la main sale et les ongles est très évidente, pour la main, on peut frotter (elle a fait le geste) pour enlever la saleté... ». Ce propos laisse comprendre que dans cette famille la saleté sur les mains, en l'occurrence les poussières, ne nécessite pas pour autant un lavage avec de l'eau, mais qu'il suffit de les frotter pour s'en débarrasser. Dans le quotidien, les consommations de repas dans des gargotes sont très fréquentes, et aucun individu ne se lave les mains. D'ailleurs, ces points de vente ne disposent pas de dispositif de lavage de main. Au même titre, après une défécation à l'air libre, un jeune enfant ne se lave jamais ses mains, car le quartier ne possède pas de dispositif de lavage de main à cet effet. Enfin, la distinction des rôles entre la main droite et la main gauche, conformément à « la prééminence de la main droite » de Robert Hertz (*op. cit.*), laisse certains habitants perplexes sur la nécessité du lavage des mains après la défécation et avant la prise alimentaire. La mère de Haja utilise cette technique selon son explication. « Si je touche un pot de chambre avec la main droite, et faire quelque chose de *saro-pady* ou « délicat » avec la même main tout de suite après, je n'aurais pas le temps de laver les mains, c'est pour cette raison que je spécifie bien les mains : la droite pour ceux qui sont *saro-pady* [ou délicat] et la main gauche pour ceux qui sont sales ou souillés ». Ainsi, elle, comme plusieurs autres personnes dans le quartier, n'a pas besoin de se laver les mains avant la prise alimentaire et après la défécation, car le rôle des mains est bien défini dans sa pratique et pour celle de sa famille.

#### **VIII-1-4- La quasi-absence des soins buccodentaires des jeunes enfants à la maison**

On voit souvent des adultes, des adolescents et des écoliers qui brossent les dents avant de quitter le quartier. D'après les discours des gens, le brossage de dents se réalise soit le matin soit avant un évènement en dehors du quartier, par exemple pour voir un match de rugby ou visiter une famille. Les mères n'accordent pas encore d'importance à l'hygiène buccale de leur jeune enfant de moins de cinq ans. Évoquant cette question avec ces adultes maternants, plusieurs avouaient de ne pas apprendre à leur jeune enfant cette pratique. L'initiative de brosser les dents ou non d'un jeune enfant dépend de chaque mère et des circonstances. Pour les jeunes enfants, le brossage des dents est perçu comme un jeu. La plupart imitent ce que les autres membres de la famille font pour les soins buccodentaires. Certaines mères s'efforcent de donner une brosse à dents à leur enfant ou à brosser les dents de son enfant pour faciliter cette imitation. « [...] lorsque je brosse les dents et elle me voit le faire, « je veux aussi brosser les dents maman [disait l'enfant] !! » et à ce moment je lui brosse ses dents » dit la mère de Francine. Lorsque la question a été posée à la mère de Riana, « [...] et vous alors n'avez -vous pas pensé à enseigner

à votre enfant de se brosser les dents ? » et elle a répondu, « j'y ai pensé, mais elle a déjà su brosser ses dents [avant que je veuille lui enseigner] ». En outre, ce n'est pas la pratique en elle-même seulement qui motive les jeunes enfants, mais également le goût « sucré » du dentifrice. « [...] s'il n'y a pas de *colgate*, elle ne veut pas brosser les dents, alors il faut en acheter !! » dit la mère de Riana. Le brossage de dents d'un jeune enfant de moins de 5 ans n'est pas perçu comme une priorité. Cela peut se voir avec le nombre de brosses à dents disponible auprès des familles. Dans la famille de Mami par exemple, composée de 4 membres, la mère partage une seule brosse à dents avec ses deux enfants plus âgés. Le dernier, âgé de moins de trois ans, n'en utilise pas encore.

Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer la rareté du brossage de dents des jeunes enfants. La propreté des dents de lait n'est pas prioritaire, car ces dents seront remplacées tôt ou tard par les vraies dents. Le brossage de dents est considéré dans ce cas comme une pratique ponctuelle dans le but de prévenir ou de traiter les maux de dents. À titre d'exemple, si un enfant consomme des bonbons en excès ou a mal aux dents à un moment donné, la mère lui conseillera de se brosser ses dents. Mais la raison principale est que ce rôle sur l'enseignement du brossage des dents est surtout attribué à l'école au même titre que la gestion des morves et le lavage des mains.

#### **VIII-1-5- Le mouchoir, le savon et la brosse à dents : fournitures scolaires obligatoires**

Le quartier a un centre socioéducatif appelé *Bétania* composé d'un dispensaire et d'une école confessionnelle. Ce centre joue un rôle important dans l'enseignement de la propreté corporelle des jeunes enfants.

Pour la gestion de la morve d'abord, les jeunes enfants commencent à avoir leur propre mouchoir une fois qu'ils fréquentent cette école. Une mère délègue à l'école la responsabilité de l'apprentissage de la gestion de la morve. La mère de Manga a fait référence à cela en disant que « [...], maintenant, l'enfant a un mouchoir, mais avant, elle l'a essuyée avec son vêtement ». Si la mère apprenait à son enfant à essuyer les morves avec la main ou le vêtement, à l'école, l'institutrice lui demandait de « se moucher » en utilisant un mouchoir. Ce tissu fait partie des « fournitures scolaires » obligatoires que les institutrices vérifient à l'arrivée du jeune enfant à l'école. « Ils ne sont habitués à utiliser un mouchoir qu'à l'école » dit la directrice de l'école confessionnelle dans le quartier. Les institutrices de l'école ont mis en place une récitation sur l'utilisation du mouchoir pour apprendre à l'utiliser. Chaque écolier sort son mouchoir pendant cette récitation et si jamais, quelqu'un oublie le sien chez lui, la chanson des enfants le rend « triste » devant tout le monde. À cause de cela, les jeunes enfants s'efforcent toujours

d'apporter leur mouchoir à l'école qui exige également que le vêtement ou le tablier des écoliers contienne une poche pour y placer ce mouchoir. Ce passage à l'école, aussi court soit-il, aurait un impact important sur la gestion de la morve dans le quartier et a contribué à changer le point de vue des jeunes enfants vis-à-vis de cette matière. L'enfant plus âgé commence à comprendre que ce liquide visqueux est « sale » et il ne veut plus jouer avec. Bien que l'utilisation d'un mouchoir soit rare parmi les adolescents et les adultes observés dans des familles suivies dans le quartier, ces derniers préfèrent cette fois-ci l'évacuer plutôt que de l'essuyer avec les mains, le vêtement ou de l'aspirer.

Les apprentissages sur le lavage de mains et sur le brossage des dents prennent forme également à l'école. Les institutrices sensibilisent à l'importance du lavage des mains avant la prise alimentaire et après la défécation en utilisant du savon. Chaque enfant doit avoir « son » savon qui fait partie également des fournitures scolaires obligatoires. Selon les professeures de l'école confessionnelle, les écoliers doivent se laver les mains au moins trois fois par jour, c'est-à-dire avant la prise alimentaire (le goûter pendant la récréation et le déjeuner à la cantine) et après la défécation. Pour faciliter la pratique, l'école dispose de points d'eau, d'une pompe et des seaux remplis d'eau. Ce rôle de l'école est encore prégnant pour l'hygiène buccale des jeunes écoliers. Une observation directe en décembre 2017 a révélé l'importance de l'apprentissage de la propreté dans cette école. Attendant le chef *fokontany* pour une visite de courtoisie, je l'ai aperçu sur le balcon du bureau administratif du *fokontany*, regardant les écoliers faisant la queue devant des seaux remplis d'eau pour un brossage des dents pendant la récréation. « C'est à l'école qu'il [Tsoa] a commencé à brosser les dents [...] » soulignait la mère de Tsoa à ce propos. Je lui ai demandé si elle a eu la volonté d'apprendre cette pratique à ses enfants et elle a répondu franchement « [...] je n'enseigne pas !! » et puis elle a ajouté « je n'ai pas l'habitude d'apprendre à [mes] enfants le brossage de dents !! Lorsqu'ils sont grands, je leur dis : brossez vos dents ! ». L'école fournit une brosse à dents, du dentifrice<sup>95</sup> et un « *mug* » en plastique à chaque écolier au début de l'année scolaire. Ces instruments doivent rester à l'école et ne reviennent à la maison qu'à la fin du calendrier scolaire (sauf pour le « *mug* »). Les élèves du préscolaire brossent leurs dents après la prise du déjeuner à la cantine scolaire. Les primaires doivent se brosser les dents à leur arrivée à l'école chaque matin, à la récréation et après la prise alimentaire. L'école confessionnelle du quartier est devenue ainsi un appui important pour les mères de familles vulnérables<sup>96</sup> pour surveiller, pour éduquer leurs jeunes enfants à la propreté de manière globale et pour assurer un appui nutritionnel à travers

---

<sup>95</sup> Beaucoup le considèrent comme un aliment.

<sup>96</sup> *À priori*, ce sont les jeunes enfants orphelins qui sont priorisés.



la cantine scolaire. Toutefois, le passage dans une école en général ou cette école confessionnelle est de courte durée pour la plupart des jeunes enfants du quartier pour plusieurs raisons, entre autres la difficulté financière. Une grande partie des mères interviewées dans le cadre de cette thèse ont quitté l'école avant la fin du cycle primaire faute d'argent pour payer l'écolage.

L'école est perçue depuis toujours dans plusieurs pays comme une institution permettant d'apprendre l'hygiène (Tschirhart, 2008). Ces établissements contribuent à la lutte contre les maladies liées à la mauvaise hygiène. Selon Annie Tschirhart (*Ibid.*), en Europe par exemple, l'enseignement dans les écoles avait trait à l'hygiène physique et « morale ». La rigueur s'appuyait sur les principes de l'armée. Cela renforçait les efforts fournis par le foyer. Dans le quartier, l'école a remplacé complètement, ou presque, le rôle des adultes maternants des foyers. Dès lors, les jeunes enfants ne fréquentant pas l'école restent très vulnérables aux maladies liées à la saleté et l'eau.

Ce qui importe, en tout cas pour une mère de famille et les autres adultes maternants dans le quartier pour déclencher tout type d'enseigne notamment en matière de propreté ou de saleté, est l'autonomie du jeune enfant, se traduisant, plus précisément, par l'acquisition de la marche et la familiarisation avec son entourage maternant.

#### **VIII-2- « [...] pour que [l'enfant] marche très vite <sup>97</sup>»**

Les mères doivent entreprendre des activités ménagères et/ ou rémunératrices pour subvenir à leurs besoins. La modalité de réalisation de ces activités après la naissance d'un jeune enfant est influencée par la situation matrimoniale de la femme et la structure de sa famille. Une femme mariée dans une famille nucléaire ou élargie restreinte peut arrêter ses activités rémunératrices et réduire ses activités domestiques pendant les premiers mois de vie de son jeune enfant pour en prendre soin et en assurer son allaitement. Une mère célibataire ou en situation conjugale difficile dans une famille nucléaire peut reprendre toutes ses activités quelque temps seulement après la naissance de l'enfant. Enfin, une mère mariée vivant dans une grande famille élargie peut reprendre ses activités domestiques quelques jours après la naissance du nouveau-né, et progressivement ses activités génératrices de revenus après quelques semaines. Elle peut laisser le jeune enfant sous la surveillance d'un ou de plusieurs autres adultes maternants. En revanche, une mère célibataire ou en situation conjugale difficile dans une grande famille élargie est « obligée » de reprendre ses activités domestiques et ses activités génératrices de revenus le plus rapidement possible. Dans tous les cas, l'autonomie

---

<sup>97</sup> Selon le propos de la mère de Solo.

d'un jeune enfant, entre autres pour l'accès à la marche et la socialisation avec autrui, est souhaitée par une mère, quelles que soient sa situation matrimoniale et sa structure familiale pour atténuer sa charge d'activités de maternage. La différence réside dans la temporalité des apprentissages et surtout la condition de propreté ou de saleté de l'espace domestique dans laquelle ces différents apprentissages se déroulent. Les risques de contamination sont de plus en plus plausibles lorsque l'apprentissage se fait dans un espace partagé, collectif ou public à cause de la présence accrue d'immondices.

L'idéal pour la plupart des mères est que le jeune enfant puisse marcher à partir de son neuvième mois. Pour y arriver, certaines mères mobilisent des méthodes dures pour que le jeune enfant soit *matanjaka*, *fetsifetsy* et *mavitrika* c'est-à-dire fort, intelligent et dynamique. Ceci vise à préparer le jeune enfant à la vie précaire dans le quartier. Si ce dernier n'acquiert pas toujours cette capacité de marcher après son premier anniversaire, la capacité d'une mère à éduquer son jeune enfant est remise en cause par la famille et la communauté. Pourtant, une telle perspective n'est pas si facile à réaliser compte tenu du contexte local et de la santé du jeune enfant. Mais tous les moyens nécessaires sont mis en œuvre pour que le jeune enfant puisse acquérir cette capacité avant son premier anniversaire. Les pratiques locales visent à renforcer les membres inférieurs, la hanche et le dos du nourrisson avec des massages dans un premier temps, et l'interaction du jeune enfant avec le sol de son espace domestique dans un deuxième temps. Pour aller encore loin dans ce deuxième point, certaines mères encouragent leur jeune enfant à interagir avec les fanges et les eaux stagnantes. Selon leur perception, si aucune restriction d'interaction n'est imposée au jeune enfant dans son milieu de vie, alors il peut se développer physiquement et cognitivement pour devenir, comme il a été évoqué, *matanjaka*, *fetsifetsy* et *mavitrika*.

### **VIII-2-1- Les gymnastiques et massages matinaux**

Quelques semaines après la naissance, la mère et/ou la grand-mère entraîne les membres inférieurs et postérieurs du nourrisson pour les renforcer tous les matins. Pour ce faire, avec ses mains, l'adulte maternant fléchit plusieurs fois les pieds du nourrisson sur le lit. Puis elle masse ces parties du corps, soit avec de l'huile de coco, soit avec ses salives matinales connues sous le nom de *rora mafaitra*<sup>98</sup> littéralement salive légèrement amère. L'apposition de la salive sur le corps est une pratique bien connue depuis longtemps à Madagascar, comme ailleurs, dans le but de bénir et de guérir un corps malade (Grandidier, 1913, 1932, Raison-Jourde, 1991 ; Mensignac, 2005). Dans le quartier, cette salive matinale sert à renforcer les membres inférieurs

---

<sup>98</sup> Il s'agit de la salive matinale qui n'est pas encore mélangée avec de l'eau ou de la nourriture.

et à masser les muscles sur le cou-de-pied du nourrisson. Ces muscles, selon la connaissance locale, doivent être adoucis et « aplatis » via ces massages répétés, permettant au nourrisson de marcher. À partir de son troisième mois, le jeune enfant est mis fréquemment sur le lit en position assise « forcée » avec la hanche enroulée dans une couverture (cf. photo 17). Cette position initie le jeune enfant à se mettre en position assise et droite, et à renforcer les muscles de la partie supérieure de son corps, c'est-à-dire ceux de la hanche et du dos. Cette activité prépare le nourrisson à ramper et à marcher ultérieurement. Selon la perception locale, même si les muscles du corps du nourrisson sont renforcés par les différents massages et postures, son interaction avec le sol de l'espace domestique, en l'occurrence celui de la cour, s'avère une étape importante pour renforcer davantage son corps.



**Photo 17 :** Un nourrisson apprenant à s'asseoir dans une couverture

« Votre enfant ne rampe jamais si vous le prenez toujours dans vos bras ou le laissez sur le lit [...] » dit Madame M<sup>99</sup>. Le jeune enfant est posé par terre et incité à se déplacer par lui-même pour atteindre un objet ou un jouet posé à proximité (cf. photo 18). « On lui enseigne à s'asseoir par terre [...] lorsqu'il s'assoit, et s'il voit quelque chose pendant qu'il s'assoit, c'est là qu'il commence à ramper [...] on fait en sorte que cette chose soit loin [...] il se déplace pour l'avoir », dit la mère de Jona. Cet objet peut être un emballage de bonbon, un sachet en plastique, une boîte ou un jouet... Une fois que le jeune enfant acquiert la force nécessaire pour se mettre en position debout, il doit s'entraîner à marcher parfois avec l'aide d'un membre de la famille. Souvent, il suffit de mettre à sa disposition des objets sur lesquels il peut s'appuyer pour se déplacer comme un bidon ou un bâton par exemple. Le jeune enfant peut être laissé également par terre et se débrouille tout seul. « Pour apprendre un enfant à être debout, il ne

---

<sup>99</sup> C'est une dame très connue dans le quartier, surtout à cause de son état d'ébriété fréquent dès le petit jour.

faut pas faire une *tata*<sup>100</sup>, on laisse l'enfant là et c'est à lui de se débrouiller pour se lever [...] » dit la mère de Manga.

Toutes ces modalités d'apprentissage influent sur le comportement des jeunes enfants avec le temps. Les techniques de soin relatives au maternage visent de manière globale à mettre en place la séparation socialisante progressive entre le jeune enfant et sa mère jusqu'à l'acquisition de l'autonomie.



**Photo 18 :** Un cousin de Nini jouant avec un sachet en plastique pour aiguiser sa motricité fine

La manipulation et le massage corporel avec une matière grasse sont des pratiques communes dans plusieurs sociétés dans le but d'assouplir, de raffermir le corps et accélérer l'acquisition de la position corporelle (tête droite et position assise) et la marche d'un jeune enfant (Rabain-Jamin & Wornham, 1990 ; Teixeira, *op. cit.* ; Haxaire, *op. cit.*, Bonnet, 2007).

#### **VIII-2-2- « Le jeune enfant devient faible si on le choie<sup>101</sup>»**

« [...] Il ne faut pas élever un jeune enfant comme un *valiha* ou une cithare tubulaire ... » dit la mère de Jona. Cette métaphore « élever comme une cithare tubulaire » fait allusion au fait de prendre tout le temps un jeune enfant dans les bras, ce qui est perçu comme une mauvaise manière de l'élever. Des mères ne veulent jamais porter un jeune enfant dans leur dos sous prétexte que cette pratique rend un enfant « faible », engendre des maux de thorax à l'origine de toux chronique et surtout retarde l'acquisition de la marche. Ce point de vue ne fait pas l'unanimité, car plusieurs mères portent quand même l'enfant sur leur dos à partir de 5<sup>e</sup> mois. Ce portage sur le dos minimise le contact du jeune enfant avec son milieu de vie pendant

---

<sup>100</sup> Mot populaire pour désigner le fait de prendre la main d'un jeune enfant pour l'apprendre à marcher.

<sup>101</sup> Le propos de la tante de Manga.

les deux premières années de vie. Pour celles qui refusent de le pratiquer, l'enfant est rapidement mis par terre.

Avoir un jeune enfant « faible », c'est-à-dire susceptible à la foulure et qui tombe souvent, n'est pas acceptable pour affronter les aléas de la vie et les difficultés dans ce milieu de vie. Un jour, la mère de Manga a dit qu'il faut « laisser le jeune enfant là et c'est à lui de se débrouiller pour se lever... » et la tante a fait écho en disant « Il ne faut pas choyer un jeune enfant ». Le mot local de choyer est *migenagena*. Il ne faut pas accorder trop de délicatesse au jeune enfant pendant sa socialisation dans ce genre de famille. Cela concerne notamment son interaction avec son milieu de vie lors de l'apprentissage de la motricité globale, son rapport émotionnel et les échanges verbaux avec son entourage et l'alimentation. Premièrement il est encouragé à interagir avec les objets et/ou matières qui se trouvent à proximité, même les fanges (sauf la matière fécale humaine). Ainsi, il faut « le [laisser] ramper, n'importe où, pour renforcer son dos et l'enfant arrive à marcher très vite » a souligné la mère de Manga. « Si on interdit à un jeune enfant de faire ce que les autres enfants devraient faire, il devient maladif. Les pieds et les mains remplis de boues ne nous dérangent pas » a dit également Bébé Rav, la grand-mère de Nini. Le contact du nourrisson avec les objets de son environnement ne connaît ainsi aucune interdiction majeure dans certaines familles. Cela peut s'expliquer par le fait que ces familles ne croient pas à l'effet néfaste de la souillure ou y croient, mais ne sont pas « pratiquantes ». Deuxièmement, il faut laisser le jeune enfant se débrouiller tout seul quand il tombe, il doit se mettre debout tout seul. Les familles savent qu'elles sont pauvres et vivent dans les « bas quartiers », et que leurs enfants sont avantagés par rapport à ceux vivant en dehors de ces quartiers défavorisés. « [...] les enfants des riches sont non seulement complètement « perdus », mais [ils] sont lents. [Les enfants des bas quartiers] à 9 mois, peuvent marcher correctement [...] » dit une des tantes de Manga<sup>102</sup>. En raisonnant toujours à partir de cette notion de souillure, toutes les familles ne partagent pas le même point de vue sur l'avantage de cette interaction avec tous les objets de son milieu de vie pour « créer » un enfant *matanjaka*, *fetsifetsy* et *mavitrika*. Nous avons évoqué dans le chapitre 6 que plusieurs familles craignent la souillure de la matière fécale humaine et aussi les méfaits de cette matière sur la santé. Parmi elles, il y a les mères éduquées et/ou croyantes ferventes et pratiquantes à propos de la souillure et de ses conséquences qui ne tolèrent guère le contact de leur jeune enfant avec tous les objets, pouvant conduire à la dégradation de leur *orim-bintana*, de leur « chance » et/ou pouvant provoquer des maladies. Il a été évoqué également que les techniques et stratégies mises en

---

<sup>102</sup> Elle a travaillé en tant que nounou après d'une famille aisée et elle a vu la différence dans la façon d'éduquer un jeune enfant.

place pour éviter tout contact avec ces objets sont à l'œuvre. Dans ce cas, même si la mise par terre de l'enfant est primordiale, ceux, qui ont peur de la souillure, font en sorte que le jeune enfant ne touche pas ces immondices en prenant soin de leur espace de vie et en le surveillant. Le jeune enfant peut s'exercer à acquérir une motricité globale, mais en dehors du quartier ou dans un espace propre comme l'espace privé : *ao an-trano et eo an-tokotany* (cf. chapitre 7).

Ces manipulations corporelles sont ainsi renforcées par des pratiques spécifiques, variant selon la société, pour d'un, remodeler le corps afin de l'adapter aux différentes conditions (souvent difficiles) du milieu, et de deux, être fort. Autrement dit, ces exercices corporels ne visent pas seulement l'esthétique du corps de l'enfant, pour le faire grossir par exemple, mais le conditionnent également. Blandine Bril et son collègue mentionnent dans ce sens par exemple que chez les *Bambaras* du Mali, un jeune enfant est encouragé à piler avec une tige ou un pilon léger dès qu'il a acquis la position debout. Une fois que la maîtrise de la marche est acquise vers son 18<sup>e</sup> mois, quelques tâches mineures lui sont attribuées, comme le portage d'eau ou l'accueil d'un-e invité à la maison (Bril & Roux, 2002, p. 236).

La socialisation du jeune enfant est également primordiale pour assurer pleinement son autonomie après l'accès à la marche. Il ne doit pas avoir peur d'autrui pour faciliter la séparation avec sa mère le moment voulu. Il est entraîné ainsi à interagir avec d'autres gens de son entourage, parents ou voisin-es.

### **VIII-2-3- La socialisation précoce via *ampitampitaina***

L'insertion sociorelationnelle est très importante dans ce quartier où la déficience matérielle est très prégnante. L'insertion dans les différents réseaux, familial, amical et vicinal, s'avère une stratégie pour atténuer le poids de la pauvreté et la discrimination sociale encourue par ces habitants des quartiers défavorisés (cf. chapitre 2). Cette insertion sociale commence dès la petite enfance à partir d'une pratique appelée *ampitampitaina* ou *atsipitsipy* littéralement « faire passer ». Cette pratique, aussi anodine qu'elle soit, a une signification profonde pour les habitants.

Dans un premier temps, l'*ampitampitaina* vise à diminuer la peur du jeune enfant à interagir avec une autre personne n'appartenant pas au cercle familial proche d'une part, et d'autre part, à développer une « confiance » envers une telle personne. Une mère met volontiers son jeune enfant dans les bras des personnes connues et amies qui ont envie de le prendre, un nourrisson pouvant s'asseoir. Elle accepte presque toujours ainsi la demande d'une telle

personne, car « je ne peux jamais assurer tout seul [son soin] » dit la mère de Fi<sup>103</sup> à ce propos. Ce propos souligne le fait que le maternage est partagé avec d'autres adultes pour le bien du jeune enfant et de sa mère. Lorsqu'une personne prend un jeune enfant dans ses bras, elle peut le garder pendant des heures loin de sa mère. Cette personne le prend et l'amène avec elle et le dépose par terre là où ils vont aller. Une des conditions de cette pratique est ainsi que le jeune enfant a la capacité de s'asseoir, car la personne qui l'amène ne peut le porter tout le temps dans ses bras. Il est courant par exemple qu'une voisine, s'appêtant à faire une course en dehors du quartier, demande à une mère de prendre son jeune enfant. Cependant, la mère peut refuser, dans de rares cas, la demande émanant d'une personne, avec laquelle elle est en conflit direct ou indirect. Dans une telle circonstance, la mère peut prétexter son empressement à aller quelque part. Mais généralement la mère donne volontiers son jeune enfant à une tierce personne pour que cette dernière le prenne dans ses bras et l'amène quelque part. Il s'agit notamment des autres figures maternantes de la grande famille comme la grand-mère, les tantes ou encore un jeune enfant de plus de 10 ans ou ceux des voisins.

Cette pratique permet d'éviter le jugement des voisines d'une mère considérée comme « non intégrée » à la vie sociétale parce qu'elle aura refusé leur demande. L'objectif de cet *ampitampitaina* va même au-delà d'une simple familiarisation du jeune enfant avec son entourage physique. Cette pratique vise également à renforcer le corps du nourrisson selon l'explication reçue. Une mère a toujours tendance à manipuler avec beaucoup de soin et de délicatesse son jeune enfant pour éviter une foulure par exemple. En revanche, une autre personne peut le prendre et le manipuler énergiquement. Selon les interlocutrices, la pression imposée par les mains de telles personnes sur le corps du jeune enfant peut être importante et permet de renforcer son corps. Certaines mères trouvent ces manipulations comme un avantage et d'autres la perçoivent comme un danger. Un avantage surtout dans les grandes familles élargies avec la présence importante de personnes maternantes, car la manipulation brutale du corps du bébé permet de renforcer son corps et faciliter l'acquisition rapide de la motricité globale, en l'occurrence, la marche. Dans ce sens, le choix se porte volontiers sur un enfant plus âgé, souvent sa grande sœur ou son grand frère, pour assurer l'*ampitampitaina*. Selon la perception locale, un enfant plus âgé, à la différence d'un adulte maternant, ne ménage pas les pressions de ses mains. Plus la pression est importante, plus le corps se fortifie pour acquérir rapidement à la marche. Le jeune enfant devient alors très vite *matanjaka*, *fetsifetsy* et *mavitrika*, comme il a été évoqué un peu plus haut, à partir de cette pratique. Ceci représente

---

<sup>103</sup> Elle fait partie des 25 jeunes enfants au départ. Sa famille est venue s'installer depuis quelques mois seulement dans le quartier.

un danger, car cette manipulation brutale peut provoquer une foulure. C'est à cause de cela que la mère d'Atina et plusieurs autres ne veulent plus que d'autres adultes et surtout des enfants plus âgés pratiquent l'*ampitampitaina* avec leur jeune enfant. Certaines mères acceptent l'*ampitampitaina* mais seulement avec les adultes de sa famille et non des enfants, d'autres n'acceptent jamais cette pratique.

Cet *ampitampitaina* vise également à alléger la mère de ses activités de maternage et à lui permettre de réaliser ses autres tâches ménagères pendant que son jeune enfant est dans les bras d'une autre personne. Le principe de cet *ampitampitaina* repose sur la limitation de l'attachement physique d'une mère à son jeune enfant, et vice-versa, pour pouvoir faire d'autres choses que du maternage. Elle peut faire la vaisselle, laver le linge et préparer le repas. Cette pratique permet ainsi à la mère et à son jeune enfant d'initier leur séparation qui est inévitable surtout pour une mère célibataire étant obligée de travailler presque tous les jours. L'*ampitampitaina* est ainsi promue par les mères de manière globale dans les grandes familles élargies.

Cette pratique de renforcement du corps d'un jeune enfant est documentée également dans d'autres sociétés. Chez les *Manjak* de Guinée-Bissau et du Sénégal par exemple, le massage du corps du jeune enfant vise à achever la souplesse et la résistance du corps de l'enfant. L'embrocation de la peau avec du beurre de karité permet à « l'assouplir, à cicatriser le nombril et à durcir les os de manière à éviter les fractures si l'enfant tombe » (Teixeira, *op. cit.*, p. 138). Chez les *Gouro* de Côte-d'Ivoire, Claudie Haxaire rapportait le fait que le corps du jeune enfant subit une pression à l'aide d'un linge imbibé d'une décoction par sa mère dans le but de le façonner. Elle écrit que « [...] Les articulations retiennent toute son attention, les membres étant parfois mis en position inversée (décubitus). Les chevilles, les côtes et la colonne vertébrale subissent le même traitement. Le crâne est longuement pressé, à plusieurs reprises, au cours de la toilette, les mouvements se rejoignant vers la fontanelle. Aux yeux d'Occidentaux, la fermeté des gestes peut paraître violente et susciter des réactions émotionnelles : rires ou commentaires. » (2007, p. 105). Dans ces deux exemples, la pression portée sur le corps du jeune enfant est réalisée de manière individuelle par l'adulte maternant. L'*ampitampitaina* peut être assimilé aux pratiques de façonnage du corps d'un nourrisson, mais de manière collective, car plusieurs adultes maternants peuvent intervenir pour un seul enfant dans une journée.

Nous avons vu dans ce chapitre que le toilettage des jeunes enfants est l'affaire de mère, et notamment en matière d'essuyage de sa matière fécale. En absence de sa mère, le jeune enfant



risque de rester en contact avec ses selles, en cas de défécation dans le pantalon, très longtemps et de se contaminer et contaminer les autres jeunes enfants. Il a été évoqué également que les pratiques d'hygiène suivent un rythme particulier compte tenu de la situation locale, et la faible accessibilité à l'eau courante. Le lavage des mains avant la prise de repas et après la défécation ne fait pas partie des habitudes des familles suivies. L'apprentissage de pratiques de propreté, la gestion des morves, le brossage des dents et le lavage des mains sont délégués à l'école. Les jeunes enfants ne savent généralement gérer leur propreté qu'après avoir fréquenté un tel établissement. L'acquisition de la marche est une priorité des mères pour assurer l'autonomie d'un jeune enfant, surtout dans les grandes familles élargies. Plusieurs techniques sont mobilisées dans ce sens, entre autres l'*ampitampitaina*, qui pourrait avoir des conséquences importantes sur l'effet de contamination d'un jeune enfant par son milieu de vie, car il doit être mis en contact avec le sol ou la terre durant cette pratique.

## **Chapitre 9 : Relation mère-enfant**

« La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique » selon John Bowlby (1959, cité dans Jean Labbé<sup>104</sup>). L'importance de cette relation, au même titre que l'alimentation, détermine l'issue du développement global et de la croissance du jeune enfant. L'aboutissement d'un tel attachement, sécurisant ou insécurisant, dépend de l'interaction, de la présence, régulière ou irrégulière, du principal donneur de soins, en l'occurrence sa mère, et surtout la réactivité de cette dernière aux besoins du jeune enfant en cas de détresse (Chatoor *et al.*, 1998 ; Bouville, 2003, Pisani *et al.*, 2005). Pour bien comprendre cette situation, il faut reprendre brièvement la théorie de l'attachement de John Bowlby (1983) et de Mary Ainsworth et ses collaborateurs (2015) sur le « Strange Situation ». Dans son milieu de vie, un jeune enfant a besoin d'être accompagné par une ou plusieurs personnes « expérimentées » qui assurent l'apprentissage, la surveillance et surtout le maternage. Un éventail de noms est attribué par les anthropologues à ces personnes expérimentées comme « l'entourage nourricier », englobant l'ensemble des personnes, adultes et enfants, intervenant dans l'alimentation du jeune enfant (de Suremain, 2007), ou encore « partenaire » désignant toutes les personnes, adultes et enfants, assurant la surveillance et le maternage en général d'un jeune enfant (Razy, 2007). Le terme « partenaire » sera mobilisé pour désigner la donneuse de soins principale qui n'est pas forcément la mère. La qualité de l'interaction est importante à décrire pour appréhender ses effets sur le bien-être du jeune enfant de manière globale et sa croissance.

John Bowlby (*op.cit.*) soulignait le fait que la sensibilité quotidienne d'un partenaire bien défini (principal) aux appels du jeune enfant procure à ce dernier une sensation de sécurité et de sûreté. Ceci, par conséquent, est bénéfique pour son développement physique et cognitif. Si le jeune enfant affronte une situation anxiogène ou de détresse, il cherche refuge auprès de son partenaire. La douleur, la faim, la colère et l'ennui provoquent une détresse se manifestant souvent par des pleurs pour attirer particulièrement l'attention du partenaire qui le connaît bien. À cet effet, le principal donneur de soins devrait le consoler et réagir. Cette sensibilité et cette réactivité rassurent le jeune enfant et définissent ainsi la qualité de l'attachement entre les deux partenaires. Cet attachement, appelé ainsi « sécurisant », permet au jeune enfant, d'un, de s'adapter facilement en situation de détresse même en l'absence de son partenaire et, de deux, retrouver le bonheur, la sérénité et la sécurité aussitôt qu'ils se rencontrent. Les thèses de John Bowlby sur les bienfaits de ce type d'attachement et les conséquences possibles en cas de rupture ont été critiquées à cause du manque d'importance

---

<sup>104</sup> Disponible sur [Microsoft Word - La théorie de l'attachement.doc \(psychanalyse.com\)](https://www.psychanalyse.com/la-theorie-de-lattachement.doc), consulté le 17 mars 2022.

accordée à d'autres scénarios possibles. Mary Ainsworth et ses collaborateurs (*op. cit.*), à partir de leur recherche sur la « Strange Situation », ont démontré l'existence d'autres types d'attachement dits « insécurisants », entre autres « l'attachement évitant ». L'absence (récurrente) du partenaire principal contre la volonté de son jeune enfant dans un environnement peu familier et en présence d'un ou plusieurs autres figures maternantes non familières peut engendrer de la peur, de l'anxiété et de l'angoisse chez le jeune enfant. L'absence récurrente du partenaire peut provoquer ainsi un « attachement évitant » chez le jeune enfant se manifestant par un évitement vis-à-vis du partenaire pendant les retrouvailles, par exemple l'évitement du regard. L'enfant peut même tourner le dos à son partenaire principal à ces moments-là. Mais comment est-on arrivé à ce stade-là, c'est-à-dire l'évitement ?

Pendant l'absence du partenaire, la surveillance du jeune enfant et les différents soins sont souvent confiés à une ou plusieurs autres personnes maternantes de la famille (Eberhart-Wright, 2002). Ces personnes ne répondent pas forcément aux besoins du jeune enfant compte tenu de leurs responsabilités auprès de leur foyer respectif par exemple. Ce qui limite également la portée de la notion « Strange Situation », car à force d'être confronté de manière précoce et fréquente à l'absence physique et émotionnelle du partenaire principal, le jeune enfant pourrait développer une pathologie comme le désordre réactionnel d'attachement. Il ne tisse aucun lien affectif avec les adultes maternants de son entourage. Un tel enfant peut supprimer ses peurs et ses anxiétés et interagit facilement avec toutes les personnes se trouvant dans son entourage (Bouville, *op. cit.*). Il se peut que le jeune enfant « perdu » ne puisse faire également aucune distinction entre ce qui est « sale » ou « propre » en supprimant cette peur tout en montrant une indifférence vis-à-vis des objets de son milieu de vie ; ce qui favorise toute exposition aux différentes immondices.

Dans ce chapitre, la fragilité d'une union conjugale, principale cause de la séparation du couple mère-enfant, sera développée dans un premier temps. Dans un deuxième temps, les différentes relations émotionnelles et attachements que le jeune enfant tisse avec son entourage seront décrits. Enfin, la troisième partie sera consacrée à analyser la place d'un jeune enfant, pouvant se trouver « seul » au milieu de tous, dans les grandes familles élargies et qui favorise davantage son exposition aux différentes immondices de son milieu de vie.

### **IX-1- La violence et la rupture conjugale**

Le risque, « pour certain de comportements destructeurs comme ceux liés à la toxicodépendance (alcool, drogue, médicaments), à des états dépressifs, au manque d'estime de soi... », est très présent dans ce quartier défavorisé (Sana, 2007, p. 32). La conséquence d'une rupture de vie commune est toujours désastreuse, car « supporter seul la misère est très

difficile, psychologiquement et financièrement, surtout lorsqu'on a des enfants » (*Ibid.*, p. 33). Dans ce quartier défavorisé, face à une telle situation, une mère assure souvent seule la prise en charge financière de son ou de ses enfants, issus de pères différents dans certains cas, après la ou les séparations. La mère est obligée de travailler et de se séparer quotidiennement de son jeune enfant. Cette séparation de corps, s'opérant précocement, est un phénomène très banal dans le quartier, surtout dans le cas des femmes vivant dans les grandes familles élargies.

En cas de séparation, la plupart des pères arrêtent de soutenir financièrement la ou les mères de leurs enfants. La prise en charge des enfants revient ainsi souvent seule à sa mère avec l'aide ou non de sa famille. Dans le quartier, l'union d'un couple se résume, en général, au « simple échange des volontés requises par la coutume, échange qui n'avait lieu qu'après une période plus ou moins longue d'union libre, de cohabitation permettant aux futures de se bien connaître. [...] les seules conditions requises étaient d'une part le consentement donné publiquement par les parents et souvent (...) des deux futures. » (Grandidier, 1913, p. 21). Le couple accorde peu d'importance au mariage civil et au mariage chrétien, car la bénédiction des parents suffit pour reconnaître l'union. Le processus s'arrête ainsi souvent, soit au *fisehoana*<sup>105</sup> littéralement « présentations » ou pré fiançailles, ou au *vodiondry*<sup>106</sup> littéralement « la croupe de mouton » ou fiançailles. La difficulté financière et l'incertitude sur l'aboutissement de l'union ont été avancées parmi les explications pour ne pas aller jusqu'au mariage, qui demande des investissements financiers supplémentaires. Parmi les familles suivies, onze mères, ayant un compagnon, étaient en union libre lorsque les enfants sont nés. L'union d'un couple est souvent mise à l'épreuve par les difficultés quotidiennes : difficultés financières, chômage, adultère, alcoolisme, etc. Elles conduisent à des situations de violences physiques et morales et, avec le temps, aboutissent à une rupture. « [...] depuis mes 18 ans jusqu'à 27 ans, c'était vraiment de la souffrance [...] [des] yeux au beurre noir, [du] nez, [de] bouche, [qui] saignent souvent [...] [dus] à des coups de poing [...], des coups de pied impactant ici [sur le corps] » a raconté la mère de Haja.

La trilogie « Femme, mariage, maternité » était considérée autrefois comme le parcours idéal type de la réussite sociale d'une femme dans plusieurs pays (Ouattara et Storeng, 2008) comme à Madagascar (Grandidier, 1913). La femme, le mariage et la fécondité sont des enjeux

---

<sup>105</sup> Il s'agit de la première étape de l'officialisation de l'union de deux personnes dans la famille de la fille et qui a une grande importance dans le quartier. C'est là que le garçon demande la main de la fille devant la famille des deux (famille nucléaire). (Source : <http://aventuremalgache.canalblog.com/archives/2012/06/29/24602646.html>)

<sup>106</sup> C'est la deuxième étape de l'officialisation de l'union. Historiquement, à l'époque de la royauté, le *vodi-ondry* est donné par la famille du prétendant à la main d'une jeune fille aux parents de cette dernière. De nos jours, il est remplacé par une somme d'argent, étant « équivalent à la valeur symbolique de la jeune fille » (Source : <https://dwizerlove.com/vodi-ondry-et-mariage-madagascar/>).

importants pour les *Malagasy* pour assurer la continuité de la famille. « Assurer sa descendance est une affaire primordiale. Non, pas tant pour avoir quelqu'un sur qui compter quand viendront ses vieux jours (encore que ce but ne soit pas négligeable), mais surtout pour avoir quelqu'un qui se chargera d'accomplir correctement son rituel funéraire, ce rite de passage qui permet au défunt d'accéder à l'ancestralité. De ses enfants dépend ainsi sa survie, c'est-à-dire sa vie après sa mort, la qualité de sa vie d'ancêtre. Rester stérile, ne pas avoir d'héritiers est la crainte de tous, hommes et femmes » ont écrit Bodo Ravololomanga et Bernard Schlemmer (1996, p. 459). Cet idéal perd de sa réalité pour plusieurs familles dans le quartier à cause de l'absence du mariage et surtout du délaissement des enfants par l'un des parents après la rupture. Frédérique Andriamaro (2013, p. 146) a évoqué cette problématique pour d'autres quartiers défavorisés d'Antananarivo. « [...] la violence la plus reconnue [dans ces quartiers défavorisés d'Antananarivo] est la violence physique, à travers les coups et les blessures faits par les hommes lorsqu'ils rentrent ivres chez eux ou lorsque leurs femmes tentent de donner leur opinion sur leurs comportements ou sur l'insuffisance financière à la maison [...] » a écrit cette chercheuse. La violence conjugale se constate pour les deux partenaires, l'homme agresse la femme, mais la femme frappe également l'homme. C'est pour cette raison que « la [supposée] victime de la violence sociale est aussi un agresseur » (Ouattara et Storeng, 2008, p. 7). La mère de Manga par exemple frappait à plusieurs reprises avec un bâton ou un balai son mari pendant sa grossesse. Ce qui a obligé le mari d'abandonner le foyer conjugal pendant un moment.

Selon les témoignages, à un moment donné, exaspérée, la femme battue finit toujours par s'éloigner du foyer conjugal d'une manière temporaire ou définitive pour trouver refuge auprès de sa famille. La longueur du processus de réconciliation dépend du type de foyer, de la présence ou non d'un enfant et du sexe de ce dernier. Dans une famille patrilinéaire, une progéniture masculine est importante, et les aïeux, surtout les hommes âgés, peuvent exercer des pressions sur le père pour qu'il récupère sa femme et ses enfants. En d'autres termes, le père de l'enfant est contraint<sup>107</sup> de se réconcilier avec sa femme pour que la famille puisse récupérer le jeune enfant. Ce fut le cas de la mère de Jona qui s'est séparée de son compagnon temporairement à la suite d'une brutale violence conjugale. « Ce qui s'est passé à ces moments-là ! des membres de sa famille sont venus ici pour vendre des chaussures, puis il [le mari] m'a demandé de l'argent. Je lui ai dit que je n'en avais pas, mais ce, que j'avais, était pour l'achat du riz du soir. Il nous a donné seulement deux-mille Ariary. Je lui ai dit que cet argent servira pour mon repas et celui de mon fils pour le soir [...]. Pendant ce temps-là, il [le mari] n'était

---

<sup>107</sup> Avoir un enfant mâle est très important pour la famille, et la perte d'un descendant est inacceptable. La mère de l'enfant peut quitter le foyer et retourner vivre auprès de sa famille, alors que l'enfant reste avec son père.

pas rentré ici chez nous depuis un certain temps. J'étais sur le lit à ce moment-là en train de manger, il m'a injurié, renversé le riz que je tenais et m'a fortement giflé par la suite. Je n'ai plus supporté et j'ai riposté et on s'est battu [...] sa mère et ses deux sœurs se sont toutes ligüées contre moi [...] et le soir même nous avons fait notre valise et le matin nous étions rentrés chez ma mère » a raconté la mère de Jona. L'affrontement était tellement violent, selon le témoignage du grand-père paternel de Jona, qu'il [le mari] a failli tuer la mère de Jona ce soir-là. Elle restait pendant deux mois chez sa famille après cet incident. Puis elle a reçu l'appel du grand-père paternel de l'enfant qui lui a demandé de revenir auprès de la famille à *Ankasina*, car le petit Jona lui manquait et à son père également. Après des jours d'échange et de négociation de la part de la famille du père, finalement « [le père de Jona] est venu demander pardon à mes parents » dit la mère de Jona. Bien qu'elle et son enfant soient retournés, la vie conjugale se délitait. En effet, le mari ne rentrait plus à la maison que très rarement pour récupérer ses vêtements de rechange et en même temps il avait un autre foyer avec une nouvelle femme. Pourquoi a-t-il récupéré son ex-femme et son enfant ? Selon les témoignages des autres membres de la famille, le retour de la mère et de son enfant est dû à la pression du grand-père paternel qui voulait garder son petit-fils dans le cercle familial. Dans une telle circonstance, lorsque la femme et son enfant sont de retour, un mariage est souvent promptement organisé après quelques semaines afin d'avoir la main mise sur l'enfant, au cas où la mère tenterait à nouveau de quitter le foyer. Ce fut le cas de la mère de Jona et d'autres femmes comme la mère de Haja.

En revanche, si une femme dispose de moyens financiers et un rapport de force sociale<sup>108</sup> important grâce à la présence de sa famille « riche » et/ou « influente » dans le quartier, elle refusera souvent de rejoindre son mari après un mariage ou une union, compte tenu de la banalité d'une telle violence conjugale. Elle insistera plutôt pour que le mari la rejoigne dans sa famille. Il s'agit d'une stratégie pour limiter la marge de manœuvre d'un mari « violent » et d'éviter toute sorte de conflits avec la famille de ce dernier. Si la femme suit son compagnon, elle peut subir les violences de conjoint, de sa belle-mère et de ses belles-sœurs en cas de conflit dans une grande famille. En d'autres termes, la violence conjugale envers une femme est extrême au cas où elle habite auprès de la famille de son mari. Ce fut le cas de la famille de Haja, de Francine, de Jona, etc. La gravité des violences conjugales était perceptible lorsque les larmes des femmes venaient quand cette question a été abordée pendant les entretiens. L'ingérence des autres membres de la famille dans les conflits conjugaux dépend ainsi de la structure familiale et de l'indépendance du foyer. Dans une famille nucléaire, mais

---

<sup>108</sup> La femme est issue d'une grande famille et « riche ».

proche de la famille du mari comme celle de Haja, une telle ingérence est limitée et ponctuelle, car le couple a sa propre maison délimitée par des clôtures. En revanche, dans une grande famille élargie, cette implication est permanente, c'est-à-dire à chaque fois que les couples se battent, les autres peuvent intervenir et prendre parti. Certaines femmes refusent ainsi de suivre leur compagnon et restent auprès des siens même après l'union. Ce choix est possible avec un homme, qui n'a ni argent ni maison dans le quartier et qui est loin de sa famille. Si une dispute éclate, il est obligé de retenir ses coups par honte devant la famille de sa femme. Dans ce type de famille, la rupture peut être définitive si le mari subit l'agression des autres membres de la famille de sa conjointe et décide de partir. Une troisième possibilité, même si la famille de la femme et/ou de l'homme vivent dans le même quartier, le couple préfère vivre indépendamment de leur famille respective pour mettre en place un foyer nucléaire.

La violence conjugale, physique et/ou morale, se rencontre dans toutes les sociétés. Elle peut avoir un impact important sur l'individu qui la subit et sur le jeune enfant qui en témoigne. La violence peut se reproduire sur plusieurs générations, car un jeune enfant, ayant grandi dans un foyer violent, peut adopter une attitude agressive une fois adulte dans son propre foyer selon le modèle de l'apprentissage social (Bandura, 1977, Jimenez *et al.*, 2003). Selon Albert Bandura, le jeune enfant apprend à partir de son interaction avec les membres de sa famille et peut assimiler et développer les mêmes attitudes. Mais la mère peut l'intérioriser également et l'appliquer à ses enfants. C'est pour cette raison que Andrée Fortin écrivait (2009, p. 123) que « les enfants exposés à la violence conjugale, comme leur mère, sont ainsi soumis au cycle de la violence ». Dans le quartier, des jeunes enfants, filles ou garçons, agressifs envers leurs camarades se repèrent dans le quotidien. Tsaro, par exemple, frappe à maintes reprises un autre enfant, même plus âgé que lui, selon nos observations. L'agressivité physique et morale d'une mère envers son enfant est également très banale. Les insultes et les gros mots sont prononcés sans retenue par les mères à l'encontre de leur jeune enfant, sans distinction d'âge, en cas de discordance. Même un très jeune enfant, qui ne parle pas encore, peut subir les mauvais traitements qu'un enfant plus âgé peut recevoir. La violence conjugale peut détériorer également la qualité de la relation mère-enfant. Une mère subissant des violences devient moins réactive et sensible à l'appel d'un enfant et elle se trouve souvent dans l'incapacité de discipliner son jeune enfant (*Ibid.*). Une telle attitude affecte par la suite l'attachement émotionnel entre le jeune enfant et sa mère, d'une part, et entre le jeune enfant et les autres proches, d'autre part.



## **IX-2- L'interaction de l'enfant avec son entourage**

Quel que soit le type de foyer, après le « divorce », le ou les enfants, issus de pères différents dans certains cas, se retrouve(nt) seule à la charge de la mère dans le cas d'une famille nucléaire et de la mère et de sa famille dans le cas d'une famille élargie. Elle doit travailler pour subvenir à leurs besoins. Dans la plupart des cas, la relation du jeune enfant avec son entourage, en l'occurrence ses parents, n'est pas stable et harmonieuse. Selon une institutrice de l'école confessionnelle du quartier « les jeunes enfants font plus confiance aux institutrices qu'aux parents ». La question se pose pourquoi ?

### **IX-2-1- La relation entre le jeune enfant et la figure paternelle : presque inexistante**

La plupart des pères, qui ont abandonné le foyer conjugal, manquent à leurs responsabilités envers leurs enfants et leurs femmes. Ils ne soutiennent plus leurs familles financièrement et ne leur rendent visite que très rarement, voire jamais. Il n'y a ni aide financière ni assistance en cas de problème de santé. Dans de rares cas, le père vient demander de l'aide financière à son ancienne femme, mais dans la plupart des cas, il coupe toute relation avec son ancienne famille. Dans une telle situation, la mère doit assurer seule les soins de son jeune enfant. Une femme peut se remarier à tout moment, et dans une telle condition, elle laisse souvent ses enfants d'une ou plusieurs unions précédentes à la charge de sa grande famille. C'est le cas de la famille de Manga par exemple dont, la mère a eu trois enfants d'une union précédente et qui a rompu avec le père de ses enfants qui les a abandonnés. Elle a tissé ensuite une nouvelle union à partir de laquelle Manga a vu le jour et laisse ses trois premiers enfants à la charge de ses parents.

Mais il existe des exceptions dans lesquelles le père veut aider sa famille, surtout le jeune enfant, après la séparation. Dans ce cas, la femme peut accepter ou refuser également toutes aides venant du père, malgré la volonté de ce dernier d'aider son ou ses enfants. Pour la femme qui refuse, il s'agit de priver le père de « son » garçon sous la pression et l'influence de sa famille. Certains enfants, par exemple, ne connaissent pas leur père même s'ils vivent dans le même quartier. Prenons le cas de Tsaro, sa mère et sa famille, se sentant tellement offensées par son compagnon, empêchent tout rapprochement du jeune enfant avec le père de Tsaro, qui cherche à le récupérer. Brièvement, elle était enceinte lorsque le père de Tsaro décidait de les (la mère et Tsaro dans son ventre) abandonner. Elle était envahie par le chagrin et la déception. Par conséquent, elle tomba malade durant la grossesse à cause de cette rupture et ne voulait plus voir le père biologique de son enfant. Trois mois après la naissance de Tsaro, le père voulait rendre visite à son jeune enfant, mais la mère a refusé et l'a caché avec l'aide de sa famille. Les

membres de la grande famille de Tsaro, en l'occurrence sa grand-mère et surtout son grand-père, étaient en colère contre cet homme. Le père de Tsaro n'osait pas venir dans cette famille par peur des représailles. Dans le cas de Heri, c'est le nouveau compagnon de sa mère qui refuse toute aide venant du père biologique pour cet enfant. La conception de Heri a été inattendue. Le jour où sa mère a su cette grossesse, elle a pleuré par peur de la honte auprès de sa famille et de sa communauté religieuse. Ses parents ont une responsabilité importante dans leur église, et cette grossesse en dehors d'un mariage pouvait leur porter préjudice. Ce désarroi fut à son comble lorsqu'elle a su par hasard que le père biologique de Heri était déjà un homme marié ; ce qui a conduit à la rupture du couple. En revanche, ce père biologique continuait de supporter financièrement la mère de Heri pendant la grossesse. Cet engagement cache en fait un intérêt particulier, c'est-à-dire pouvoir récupérer Heri à son 18<sup>e</sup> anniversaire selon la mère. Elle a rencontré un nouveau compagnon qui a accepté d'adopter Heri comme son propre fils. Ce dernier a interdit à la mère de Heri de recevoir une aide financière apportée par le père biologique. Toutefois à la différence de Tsaro, Heri connaît son père biologique et le voit de temps à autre. La mère s'est séparée à nouveau de son nouveau compagnon qui veut garder Heri à tout prix, même s'il n'est pas le père biologique. Après avoir cédé, la mère est retournée vivre seule auprès de sa famille à la campagne et a laissé son fils Heri à la charge de ses ex-belles-familles.

Dans le quotidien, si le père est présent dans la famille, sa relation avec son jeune enfant est souvent très limitée dans le temps à cause de son travail. Les activités rémunératrices des pères de famille dans cette étude sont le commerce ambulancier, la maçonnerie ou la construction de tombeau ; ce qui entraîne de longues absences du foyer. Le père de famille peut s'absenter plusieurs jours, des semaines, voire des mois, à cause de son occupation. Dans une certaine circonstance, une telle absence cache l'existence d'une autre famille à entretenir. Dans ce cas, le travail est un prétexte pour s'éloigner du foyer conjugal « légal » pendant quelque temps. Si la violence conjugale y règne et que le père ne répond pas forcément aux besoins, le jeune enfant peut s'éloigner émotionnellement et physiquement de ce dernier.

Un père peut assurer son « devoir » en procurant de l'argent pour subvenir au besoin de sa famille, ce qui favorise également la présence d'une mère auprès du jeune enfant pour assurer ses soins nécessaires et son alimentation. Parmi les familles nucléaires par exemple, la mère et le père peuvent être natifs du quartier. Le devoir du père envers sa famille, surtout envers ses enfants, ne se limite pas seulement à l'apport financier. Le père peut être présent, à la fois physiquement et émotionnellement, dans la vie du jeune enfant et se préoccuper de son alimentation, de son interaction avec son milieu de vie et de sa santé. Il peut par exemple

apporter un goûter à son enfant ou jouer avec lui pendant que la mère prépare le repas comme dans le cas de Sitra. Le père peut intervenir également dans la prise de décision à propos de la santé du jeune enfant malade en ordonnant par exemple à sa femme d'aller voir un médecin. Il peut également assurer la surveillance du jeune enfant en l'absence de sa femme. Cette présence paternelle donne la possibilité à la femme de ne pas travailler pour s'occuper davantage du jeune enfant pendant ses premiers mois de vie. Elle peut assurer à cet effet de manière régulière la toilette, par exemple en cas de défécation dans le linge, et l'alimentation (allaitement) du jeune enfant. Elle peut surveiller également le jeune enfant pendant son interaction avec son milieu de vie, lors de l'apprentissage de la motricité globale. Dans une telle famille, la relation père-enfant peut être harmonieuse ; l'enfant peut préférer le père à la mère. « Ils s'aiment, elle et son père » a dit la mère de Vani avant de préciser qu'« elle [Vani] aime vraiment son père... ». Dans une telle famille, il y a une collaboration étroite entre les deux parents pour assurer le bien-être du jeune enfant, ce qui procure une protection du jeune enfant pendant ses premières années de vie, vis-à-vis de son milieu de vie et de son entourage. Dans ce quartier où la perte de la notion de « collectivité » ou de « société de voisin » (Haumont et Morel, 2005 cités dans Guitard, 2015) est prégnante, une telle collaboration entre le père et la mère est importante pour le bien-être et les soins du jeune enfant en matière de propreté et d'alimentation (cf. chapitre 10 infra). Au cas où le père est absent, le jeune enfant peut développer un attachement avec une autre figure masculine telle que le grand-père par exemple. D'ailleurs, comme cela a été déjà évoqué, une mère célibataire peut laisser la charge de son ou de ses enfants à ses parents en cas de remariage. Le grand-père maternel, dans le cas de la famille de Tsaro ou de Manga par exemple, peut intervenir dans la prise de décision concernant le traitement en cas de maladie ou pour l'alimentation de l'enfant. Lors d'une observation dans la famille de Tsaro le 25 mai 2018 par exemple, l'attachement et la proximité du jeune enfant avec son grand-père étaient prégnants. Ce jour-là, le grand-père était en train de surveiller ses petits canards dans la cour familiale ; Tsaro avait envie d'uriner et s'est adressé à son grand-père qui lui a conseillé d'ailleurs de le faire devant lui. Puis, il a fait des va-et-vient entre la maison du grand-père et la cour. Après quelques minutes de jeu, il s'est assis sur les genoux du grand-père, discutait avec lui et a fini par s'endormir. Le grand-père l'a déposé chez lui dans son lit. Le grand-père représente sans aucun doute la figure masculine qu'il n'a jamais eue. Ce rôle de père peut être assumé également par un grand frère ou un oncle dans d'autres familles. L'absence du père et la structure familiale peuvent influencer la relation du jeune enfant avec sa mère.

## **IX-2-2- La relation mère-enfant : vers une distanciation dans la grande famille élargie**

« Il n'y a plus de confiance entre une mère et son enfant » dit une institutrice de l'école confessionnelle du quartier. La promptitude, surtout dans les grandes familles, de rendre un jeune enfant autonome et de le scolariser peuvent dégrader la relation émotionnelle entre ce jeune enfant et son entourage, surtout avec sa mère. La mère est obligée de laisser précocement le jeune enfant à cause de son travail sous la surveillance d'un adulte maternant, en l'occurrence la grand-mère maternelle ou paternelle. La séparation peut s'opérer précocement dans la vie du nourrisson. Dans le cas Tsaro, il était laissé à la charge de ses grands-parents maternels, à partir de son 5<sup>e</sup> mois, pendant que la mère travaillait toute la journée du lundi au samedi dans une usine de textile. « Ma responsabilité en ce moment est d'en prendre soin et de le surveiller comme toute autre mère... Sa mère ne prend pas tellement soin de lui » a dit la grand-mère maternelle. Elle a décrit ensuite ses responsabilités en disant « dès qu'il se réveille le matin, je lui fais chauffer du riz [...] et je change ses vêtements. Et le soir c'est la même chose [...], je lui donne du riz. Parfois il dort déjà quand sa mère arrive ». La grand-mère a pris la place de la mère dans son rôle de maternage. Mais une telle responsabilité peut avoir des limites en matière de propreté telle que la gestion de la matière fécale et d'alimentation dans le cas de l'allaitement dans une certaine mesure<sup>109</sup>. Ces pratiques relèvent de la responsabilité de la mère. Dans le cas de Solo ou d'autres familles, sa mère le déposait tous les matins très tôt auprès de ses beaux-parents 6 jours sur 7 (sauf le dimanche) avant d'aller vendre des légumes au marché et le récupérait très tard la nuit. L'adulte maternant choisi par la mère peut déléguer à son tour les soins et la surveillance du jeune enfant à d'autres adultes maternants et ainsi de suite. La relation d'un jeune enfant avec la personne censée le surveiller est « floue », car il ne sait plus qui est son vrai partenaire. Il se peut que le jeune enfant se perde et ne sache pas vers qui se tourner en cas de difficulté ou de détresse.

Dans une famille nucléaire ou une famille élargie restreinte, la rupture conjugale entraîne un tout autre mécanisme dans les soins et la surveillance du jeune enfant. Dans une famille nucléaire, le jeune enfant est souvent amené par sa mère même à son lieu de travail, car elle ne peut ou ne veut pas laisser le jeune enfant dans le quartier à cause de l'absence d'une personne maternante pouvant le surveiller dans le quartier et à cause de la crainte de la souillure ou d'autres dangers (cf. chapitre 6). Dans une famille élargie restreinte, le jeune enfant peut être laissé à la charge d'un adulte maternant bien précis (tante ou grand-mère) vivant dans la même maison ou dans la proximité. Ici la relation entre l'enfant, la mère et l'autre adulte maternante

---

<sup>109</sup> Le jeune enfant peut être allaité par une autre femme de la famille.

est claire, car la personne maternante, la mère ou l'autre, qui doit réagir aux appels de l'enfant, est bien définie.

Dans tous les cas, la relation émotionnelle entre un enfant et une mère qui se séparent régulièrement est différente de celle entre une mère et un enfant restant constamment ensemble. Dans le premier cas, la relation peut être « tendue » entre un jeune enfant fréquemment laissé et sa mère. Cette relation est marquée par la colère ou l'évitement du jeune enfant envers sa mère. Tsaro évite par exemple sa mère lorsqu'elle arrive et préfère rester auprès de sa grand-mère. Pour le consoler, la mère lui apporte un goûter, mais le jeune enfant le récupère et retourne très vite chez sa grand-mère. Cette attitude correspond à l'attachement insécurisant de type « évitant » du jeune enfant envers sa mère. Ces enfants ne se soucient guère de la présence de sa mère qui aurait dû être son principal partenaire (Ainsworth *et al.*, 2015). Il tisse un attachement avec une nouvelle figure maternelle qui devient son principal partenaire. Ce type d'attachement est la conséquence du fait que la mère n'a pas fourni au jeune enfant le réconfort nécessaire pour répondre à ses appels et à sa détresse en cas de maladie ou de difficultés. Dans une telle circonstance, il a été constaté que le jeune enfant ne montre aucune réaction émotionnelle au moment de la séparation avec sa mère et des retrouvailles. Dans le cas de Tsaro, la mère évoquait sa tristesse devant une telle situation tout en pleurant pendant un entretien et réitérait sa volonté de « récupérer » l'amour de son jeune enfant. Mais cette relation peut évoluer, car un jour, elle a perdu son travail ; ce qui l'a obligée à rester plus régulièrement auprès de Tsaro pendant des semaines. Leur relation semblait s'améliorer pendant cette période, car le jeune enfant restait auprès de sa mère tout le temps et ne l'évitait plus.

Mais, même si la mère est présente dans ce cas et si aucun effort de rapprochement n'est fait dans les deux sens, leur relation reste « tendue ». La mère de Manga laissait souvent le jeune enfant auprès de sa grande famille et/ou auprès de celle de son père. Il arrivait à la mère d'être présente physiquement dans la concession, mais très peu de rapprochement a été observé entre elle et sa fille. Lors d'une observation du 7 mai 2018, Manga joue au milieu d'un marécage dangereux avec un autre enfant. La mère de l'autre enfant, qui n'est autre que la tante de Manga, hurle lorsqu'elle vit sa fille au milieu du marécage, tandis que la mère de Manga n'a montré aucune réaction envers sa fille à cet instant ; pourquoi un tel manque de réaction ? Ce même jour, Manga a demandé de l'argent à sa mère, ce fut un des rares échanges entre les deux. La mère lui a donné 100 Ar (0,02 €). Puis, Manga est revenue quelques minutes après pour lui demander encore de l'argent. La mère a répliqué avec beaucoup d'agressivité envers le jeune enfant en lui disant : « je viens de te donner et tu demandes déjà !!!... ». Quelques fois, elle a demandé quelque chose à sa mère, mais cette dernière n'a rien dit et a laissé Manga sans

réponse. À plusieurs reprises pendant les observations à l'intérieur de la maison du grand-père paternel, les membres de la famille regardent un film ou un dessin animé, la mère est dans son coin et sa fille est accroupie dans sa petite couverture sur un siège avec un visage triste et rempli de tache (morve) et avec les cheveux en désordre. Le sourire semble disparaître de son visage et de celui de sa mère. Elles ne se disaient rien et participaient rarement aux conversations. Interrogée sur cette situation, la mère a avoué que sa relation avec sa fille Manga est très compliquée et très limitée. Le silence d'une mère a été également observé auprès de la mère de Nini lorsqu'elle a ses morves (cf. infra dans les études de cas). Cette absence et cette agressivité sans raison particulière d'une mère envers son jeune enfant sont observables dans plusieurs familles, mais pas dans toutes.

D'autres types de relation émotionnelle mère-enfant existent, surtout dans des familles nucléaires ou élargies restreintes. La relation entre Avo et sa mère fournit un exemple qui montre une complicité et une affection réciproque. Le 21 avril 2018 lors d'une observation, une discussion sur la perception de la propreté du foyer a été engagée avec la mère de Avo, et le jeune enfant était là, elle jouait avec deux morceaux de bois, une pince à linge et un bout de ruban adhésif. Puis elle a pris le jeune enfant dans ses bras et communiquait avec elle. Avo a demandé ce jour-là à sa mère de la prendre dans ses bras, ce que la mère a fait, et a regardé le jeune enfant dans les yeux, Avo souriait tout le temps et semblait être content. La scène a montré un rapprochement physique et émotionnel entre le jeune enfant et sa mère. La mère répond à la demande du jeune enfant tout en souriant et le jeune enfant a fait de même. Leur relation se rapproche de ce que John Bowlby (*op. cit.*) caractérisait comme un attachement sécurisant en résonnant sur la sensibilité de la mère envers le jeune enfant. La mère est sensible à toutes les communications du jeune enfant, sourire, demande... Cet attachement joue un rôle important sur l'état émotionnel du jeune enfant et sur son comportement en présence d'autres personnes maternantes, lorsque sa mère est absente. Dans le cas de Avo, il s'agit de ses grandes sœurs et de son frère aîné.

### **IX-3- Les conséquences de l'exposition à plusieurs figures maternantes**

Lorsque la mère s'absente de son foyer, elle pense laisser son jeune enfant à la charge d'une adulte maternante précise au sein d'une famille élargie. Cette personne peut être occupée par ses propres responsabilités, activités ménagères et/ou par les soins envers ses propres enfants. Cette adulte maternante choisie peut déléguer facilement la responsabilité confiée par la mère envers son enfant aux autres femmes de la famille. Une telle situation peut engendrer à long terme une confusion auprès du jeune enfant dans sa relation physique et émotionnelle avec son entourage.

### **IX-3-1- La perte de repère : la sociabilité sans discernement**

Dans de grandes familles élargies, même si le jeune enfant est confié à une personne précise comme sa grand-mère par exemple pendant l'absence de la mère, cette dernière ne peut être disponible à tout moment pour ce jeune enfant à cause de ses tâches ménagères et d'autres occupations ; il y a aussi les autres jeunes enfants à surveiller dans la concession. Cette personne est obligée ainsi à son tour de déléguer implicitement ou explicitement la surveillance et les soins du jeune enfant à d'autres personnes maternantes présentes. Pourtant, plusieurs femmes laissent en même temps leurs jeunes enfants dans la concession pour être surveillés par les adultes maternants présents. Pour les grands-parents, plusieurs petits-enfants, voire arrière-petits-enfants sont à leur charge. Autrement dit, il est extrêmement difficile d'assurer le suivi et la surveillance de manière individuelle d'un seul enfant dans la concession de ces grandes familles. Lors d'une observation du 25 mai 2018, un exemple de ce genre de délégation de responsabilité a été observé dans la famille de Tsaro. La tante de Tsaro doit faire la lessive dans l'après-midi de ce jour-là et a demandé explicitement à son père (le grand-père de Tsaro) de surveiller son fils. Ce dernier a surveillé également Tsaro et d'autres jeunes enfants à ce moment précis. Il a accepté, mais lorsque la mère de l'enfant est partie, il a dit aux autres femmes présentes de surveiller le jeune enfant sans désigner qui que ce soit explicitement. Les autres femmes ont accepté tout en continuant de vaquer à leurs occupations, c'est-à-dire laver des vêtements. Au bout du compte, le jeune enfant n'est pas surveillé de près par qui que ce soit, et personne ne sait ce qu'il fait exactement. De son côté, le jeune enfant ne sait plus qui le surveille et vers qui se tourne en cas de détresse.

Dans une telle circonstance, il y a trois scénarios possibles pour le développement de l'attachement entre le jeune enfant et les adultes maternants. Si quelques personnes répondent aux besoins ou aux appels du jeune enfant pendant l'absence de sa mère, il peut développer un certain attachement avec ses personnes. Par exemple, Tsaro est très proche à la fois de son grand-père et de sa grand-mère. Mais il se peut également qu'une seule personne se soucie du jeune enfant pendant l'absence de sa mère, alors il développe un attachement particulier avec cette personne. Dans le cas de Manga par exemple, elle est très proche de son grand-père. Dès le petit-matin, elle se hâte de quitter sa maison pour aller visiter son grand-père, y prendre son petit déjeuner et y rester presque toute la journée. De son côté, si le grand-père ne la voit pas dans la matinée, il demande à une personne de la récupérer selon le discours de sa mère. Mais ce grand-père est parfois indisponible pendant plusieurs semaines, voire des mois à cause de son travail, pour fabriquer des caveaux dans d'autres régions de Madagascar. Le soin de l'enfant est délégué aux autres adultes maternants en absence de sa mère, de son père et de son grand-

père. Le jeune enfant est alors laissé à la charge de plusieurs autres adultes maternants occupés par leurs propres enfants, leurs activités ménagères et par d'autres responsabilités. Le jeune enfant se trouve « seul » en fin de compte au milieu de plusieurs adultes maternants occupés. Autrement dit, l'absence de la mère dans une grande famille élargie peut exposer le jeune enfant à plusieurs autres figures féminines qui ne se soucient guère de sa personne. Dans une telle situation, le manque de communication entre les adultes maternants présents et l'enfant rend encore leur collaboration très difficile en matière de surveillance des jeunes enfants (Ahlberg et Ahlberg, 1989, cité dans Eberhart-Wright, 2002). Si le jeune enfant est négligé par ces personnes de manière récurrente, il pourrait développer un désordre réactionnel d'attachement<sup>110</sup> et, par conséquent, une sociabilité sans discernement. Par définition, le jeune enfant se montre indifférent dans ses réactions émotionnelles vis-à-vis des personnes familières. (Albus et Dozier, 1999 ; Lieberman, 2002). Autrement dit, « [ces] enfants [...] développent des défenses psychologiques pour faire face à de telles perturbations ; ces défenses consistent à supprimer l'anxiété et la peur et à agir comme si les gens étaient interchangeable. » (*Ibid.*). Dans le quartier, une telle attitude pourrait être dangereuse, car le jeune enfant pourrait interagir facilement et sans aucune émotion avec tout le monde, dans des lieux non familiers en supprimant la peur.

Les pratiques de maternage et de sociabilité précoces susmentionnées (*ampitampitaina*) préparent les jeunes enfants aux séparations avec leurs mères et à la socialisation avec les autres adultes maternants pour devenir autonomes. Mais au bout du compte, certains enfants ne peuvent développer aucun attachement et deviennent insensibles à leurs proches, voire désobéissants à cause des fréquentes séparations pouvant être associées à de la négligence.

### **IX-3-2- La désobéissance : autre figure d'évitement**

« L'attachement autorise et limite à la fois l'exploration du monde : la sécurité de la relation à la mère autorise le comportement d'exploration, mais aussi sa limitation, la mère marquant les limites. Il y a donc déjà obéissance dans l'attachement : obéissance à une figure bienveillante, qui « veut du bien » à l'enfant et pour cela exerce du pouvoir et du commandement » écrivait Frédéric Worms (2004, p. 84). Le refus persistant du conseil d'une mère et d'autres adultes maternants par un jeune enfant pourrait alors être la conséquence d'un attachement insécurisant. Il a été observé que les enfants notamment grandissant dans les grandes familles élargies n'écoutent pas les conseils de leurs mères ni de leurs entourages maternants. Quelques fois, il ou elle réplique même avec de gros mots en réponse à leur mère.

---

<sup>110</sup> Il était difficile de démontrer ce syndrome tel quel, mais le comportement des jeunes enfants se rapproche de la définition attribuée à ce désordre.



S'agit-il d'une résistance ou d'une revanche envers une figure maternante délaissant ? Ce fut le cas par exemple dans la famille de Manga, lorsqu'une mère demanda à son jeune enfant d'aller faire sa défécation dans la latrine, ce dernier a ignoré cette demande et l'a fait quand même en plein jour dans un pot de chambre qui se trouve devant la porte d'entrée de leur maison. Pourtant, la latrine se trouve à moins de 5 mètres de cette maison. On dirait que la parole de la mère n'a pas de valeur particulière pour le jeune enfant. Dans la famille de Nini, la mère demande à l'enfant d'essuyer sa morve toute en le menaçant de ne pas l'amener voir un match de rugby en cas de refus, le jeune Nini a répliqué « bouffe ta merde ! » tout en ignorant la demande. En se fiant à l'analyse de Mary Ainsworth et ses collaborateurs (*op. cit.*), ces comportements résultent une fois de plus des conséquences d'un attachement insécurisant de type « évitant », car les jeunes enfants ignoraient leurs mères, leurs demandes ou leurs conseils. Ils s'éprouvaient même de la colère lorsque leurs mères insistaient sur quelque chose. Le lien émotionnel, qui les attache, pourrait être affecté si le jeune n'obéit plus à la demande de sa mère.

Ce n'est pas le cas dans une famille où le jeune enfant est proche de son partenaire. Le jeune enfant obéit à la demande et suit les conseils des membres de sa famille. Ces enfants se trouvent souvent dans des familles nucléaires ou élargies restreintes, étant restés près de leurs mères ou d'une adulte maternante « attentive » pendant leurs petites enfances. Le lien développé pourrait expliquer leur obéissance envers leurs parents, en l'occurrence la mère, et leurs attitudes dans ce milieu de vie. À titre d'exemple, la petite Mami a eu beaucoup de morve l'après-midi du 1er juin 2018. La mère lui a demandé de l'enlever. Ce dernier l'a fait avec son vêtement ; elle a écouté et suivi la demande de sa mère. De même, Anto, dont la mère lui a demandé à maintes reprises de ne pas aller loin de la maison, a suivi le conseil de son partenaire.

### **IX-3-3- La mobilité sans peur et l'éloignement de l'espace domestique**

La mobilité des jeunes enfants dans le quartier pourrait être expliquée également par les conséquences de la relation insécurisante qu'ils ont tissée avec leur entourage durant leur petite enfance, c'est-à-dire la sociabilité sans discernement. Ce qui a été observé est que les jeunes enfants dans les familles élargies sont « libres » d'aller où ils veulent. À l'inverse des jeunes enfants dans des familles nucléaires et/ou élargies restreintes, les jeunes enfants (âgés de plus de 4 ans) dans ces concessions étaient souvent absents et lorsque j'ai demandé, où ils se trouvaient, la réponse obtenue était que, seuls ou avec leurs ses amis, ils étaient allés visiter une grand-mère, une tante ou tout autre membre de la famille qui se trouvaient loin de leur maison, à plus de 300 mètres. Ceci montre que ces jeunes enfants s'aventurent largement au-delà de leur espace familial et cela dès qu'ils sont capables de marcher avec l'aide des autres jeunes

enfants plus âgés, voire pendant la pratique d'*ampitampitaina* (cf. supra). En grandissant, les jeunes enfants ne disent pas forcément où ils vont ; et leurs mères ou les autres adultes maternants censés les surveiller ne s'intéressent pas non plus à l'endroit où ils vont. Autrement dit, ils peuvent fréquenter facilement des endroits en dehors de l'espace familial où le risque de contact avec les immondices est plus grand.

Ceci pourrait expliquer pourquoi les jeunes enfants se précipitent dans un dépotoir sauvage, un lieu de défécation, de déjection et de rejet des ordures ménagères, et des fanges, pour monter dans une grande roue lors d'une kermesse locale, sans se soucier de l'état de saleté de ce milieu (cf. photo 19). La question se pose pour une telle interaction : ces jeunes enfants sont-ils habitués aux immondices, en l'absence de toute peur d'interagir avec leur milieu de vie ou en raison de manque d'éducation à propos de ce qui est « propre » ou « sale », ou encore ont-ils seulement l'envie de jouer vu la rareté d'un tel évènement dans ce genre de quartier ? En tout cas, ces enfants n'ont montré aucune réserve pour faire la queue sur ce dépotoir pour attendre leur tour afin de monter sur la grande roue.

Ces déplacements loin de l'espace domestique, l'interaction sans peur avec leur milieu de vie, la désobéissance vis-à-vis de leurs mères et leurs entourages et la sociabilité sans discernement avec les personnes non familières peuvent être dus à l'absence, physique et/ou émotionnelle, du principal donneur de soins, n'ayant pas le temps d'éduquer le jeune enfant et aussi aux pratiques de socialisation précoce, l'*ampitampitaina*, mise en place dans les familles. Ces jeunes enfants sont sujets à des risques de contamination importante par leur milieu de vie dans ce quartier.

D'un autre côté, il se peut qu'un jeune enfant éprouve de la peur vis-à-vis du milieu de vie et de la méfiance vis-à-vis des personnes non familières. Lors de l'observation auprès de la famille de Avo, le 21 avril 2018, le jeune enfant a été laissé par sa mère dans sa maison sous la surveillance de sa sœur aînée et de son frère aîné qui avaient des tâches ménagères à effectuer. La fille faisait la lessive de la famille après avoir fait quelques provisions, tandis que le frère récupérait de l'eau auprès d'une borne-fontaine et préparait le repas. Avo jouait seul tantôt proche de moi, tantôt à côté de son frère. Elle est solitaire dans son jeu, car elle s'assoit par exemple près d'un arbre pour jouer avec des cailloux toute seule. Deux autres enfants voisins, une fille et un garçon s'installèrent auprès d'elle pour jouer au saut à la corde, mais elle ne voulait pas y participer et les ignorait. Ses déplacements étaient limités dans son milieu de vie, dans la maison et les environs du foyer, dans un rayon de 10 à 15 mètres. Dans cette famille et d'autres, le jeune enfant jouait souvent ainsi dans sa cour familiale et dans l'immédiate

proximité. Ce fut le cas également de Haja et d'autres jeunes enfants, à maintes reprises, qui préférait jouer seul dans leur cour familiale (*eo an-tokontany*) au lieu de jouer avec les voisins dans les espaces publics.



**Photo 19 :** La « kermesse » au-dessus d'un dépotoir sauvage quelques jours avant la célébration du jour de l'indépendance en 2018

La conséquence d'un fort attachement entre un jeune enfant et sa mère apparaît clairement lorsqu'il demande une permission à sa mère avant de s'éloigner de sa maison. La mère de son côté ne cesse de dire également « ne va pas loin !! ». Ces échanges prouvent un attachement plus ou moins harmonieux entre les deux. Une autre caractéristique est la méfiance et la distanciation entre ces jeunes enfants et les personnes non familières, comme moi par exemple, malgré mes fréquentations régulières avec ces familles, pendant les entretiens, les observations et les visites informelles en dehors des rendez-vous. Si dans la famille de Nini, les enfants et les adultes me nomment « dada vazaha », dans la famille de Avo et Haja par exemple, on m'appelle « monsieur » ; ce qui marque non seulement un certain respect, mais également une distance sociale. Cette distance ou cette méfiance se concrétise par l'évitement de toute conversation. Ces peurs de s'éloigner de l'espace domestique, l'obéissance vis-à-vis de sa mère et la sociabilité discernée avec des personnes proches peuvent être dues à la présence, physique et/ou émotionnelle, du principal partenaire et quelques adultes maternants ayant répondu aux appels ou au cri de détresse des jeunes enfants pendant leur petite enfance. La limitation ou l'absence de pratique de l'*ampitampitaina* dans ces familles y joue certainement un rôle important. Ces attitudes pourraient minimiser l'interaction des jeunes enfants avec l'espace public envahi par les immondices. Leur fort attachement à leur partenaire et à leur espace domestique peut contribuer à limiter l'effet de contamination par leur milieu de vie.

Dans tous les cas, l'attachement sécurisant est très important pour la croissance et le développement d'un enfant. Jean-François Bouville indiquait que « ...l'apparition plus tardive des symptômes [de la malnutrition] semble davantage être liée à l'insensibilité de l'entourage maternant (mère et autres adultes) malgré les sollicitations diversifiées, cette fois, de l'enfant » (Bouville, *op. cit.* p.43). Dans un milieu dominé par les immondices telles que la matière fécale humaine et les ordures ménagères, l'insensibilité de la mère ou son absence expose le jeune enfant davantage aux différentes pathologies liées à la saleté et avec le temps au retard de croissance. Dans un autre contexte chez les *Dogons* du Mali, Lelia Pisani et ses collègues (*op. cit.*) avancent une autre facette de cette relation. Les auteurs montrent que la réponse tardive déployée par la mère devant le cri de détresse de l'enfant peut avoir une répercussion sur la croissance (Pisani et al, *op. cit.*). Dans ce cas, la phrase de John Bowlby évoquée au début de ce chapitre prend toute sa place pour comprendre la survenue d'une malnutrition auprès d'un jeune enfant, c'est-à-dire que « la relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines ou les protéines pour le développement physique » (Bowlby in Labbé<sup>111</sup>).

La présence, physique et émotionnelle, de la mère et/ou sa suppléante à côté du jeune enfant pendant au moins sa première année de vie peut directement le protéger des conséquences de l'attachement insécurisant et indirectement contribuer à limiter la survenue des maladies et du retard de croissance. Autrement dit, une telle présence peut contribuer à préserver sa santé et sa croissance. Ces deux derniers points, santé et croissance, sont toutefois liés également à la question d'alimentation, en la présence ou l'absence de la mère, qui sera traitée dans le chapitre suivant.

---

<sup>111</sup> Jean Labbé, disponible sur [http://grainedemassage.fr/La\\_theorie\\_de\\_l\\_attachement.pdf](http://grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf), consulté le 29 juillet 2017.

## **Chapitre 10 : Diversification alimentaire précoce auprès des familles élargies**

L'alimentation est avant toute chose un fait social selon Marcel Mauss (1950). Les pratiques alimentaires relèvent de plusieurs aspects, à la fois économique, social, moral et juridique. Le travail de Charles-Édouard de Suremain et Esther Katz (2007) a montré dans ce sens la hiérarchie et la distinction d'un groupe à partir des modèles alimentaires qui sont définis comme « ...les modèles de référence présentés dans les discours et qui renvoient à des modes idéaux de préparation, de consommation, de convivialité, de solidarité ou de redistribution des aliments ». De leur côté, Jean-Pierre Poulain et Laurence Tibère (2008) ont démontré que la condition de précarité d'un groupe donné peut engendrer des pratiques et des normes sociales particulières en matière d'alimentation, qui ne peuvent se réduire à une pratique mécanique, chimique ou physiologique pour subvenir aux besoins nutritionnels d'un individu par l'ingestion des nutriments. L'alimentation reflète des normes et des valeurs socioculturelles (Bordet *et al.*, 2011). Claude Fischler (2011) expliquait justement la question de la « commensalité » définissant le partage en commun d'un repas entre familles dans une situation de convivialité pour renforcer les liens sociaux. Cette pratique se définit comme « manger sur la même table » ou encore manger avec d'autres personnes (Sobal et Nelson, 2003 cités dans Fischler, 2011). L'alimentation implique justement la coopération des individus d'un groupe donné pour son approvisionnement (chasse et/ou cueillette), le partage et la consommation entre les membres du groupe, la réciprocité et la redistribution. Cette pratique joue un rôle central dans le maintien de l'unité sociale dans une famille ou une société (Ochs et Shohet, 2006). La commensalité écarte « [...] exclusive selfishness of eating » (*ibid.*, p. 531). Cela n'exclut pas pour autant des exceptions, car dans plusieurs sociétés le partage avec les autres n'est pas toujours équitable. En Micronésie, lors du partage d'un repas par exemple, si le jeune enfant manque l'heure du repas, il risque de ne pas avoir sa part, car les autres peuvent ne rien lui laisser (Rubinstein, 1979, cité dans Ochs et Shohet, 2006). Selon Gwenaél Larmet (2002), la dynamique de l'alimentation en groupe a connu une évolution depuis les années 1980 avec la préférence de consommer en dehors du cercle familial. L'alimentation collective sort progressivement du cercle familial et se fait de plus en plus dans un espace collectif, dans un restaurant ou une gargote par exemple. Le repas familial, surtout méridien, est moins en moins fréquent à cause des occupations, de la distance entre le lieu de travail et le foyer (Herpin, 1988). Les habitants du quartier d'*Ankasina* n'échappent pas à ces réalités.

L'alimentation des jeunes enfants, en l'occurrence l'allaitement maternel et surtout l'alimentation de complément, renvoie à des normes sociales. L'alimentation infantile sert de transition pour faire passer les valeurs de la société ou d'une famille à une nouvelle génération telle que le partage. Toutes ces pratiques ne s'accordent pas forcément avec les modèles promus par les institutions internationales et nationales. L'OMS et l'UNICEF recommandent vivement

la mise aux seins dans l'heure suivant la naissance, la pratique de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et la diversification alimentaire à partir du sixième mois. La mère ou le partenaire de l'enfant devrait être attentif également à la prise alimentaire de ce dernier.

Dans ce chapitre, l'allaitement maternel, rapporté aux contextes et normes locaux, sera décrit et discuté, et mis en perspective avec les pratiques standardisées proposées par les institutions internationales dans un premier temps. La question de la diversification alimentaire sera documentée dans un deuxième temps. Le rapport individualisé entre une personne, voire un enfant, et son repas ; et les apprentissages sur la prise alimentaire, s'opérant dès la petite enfance, seront développés dans un troisième temps. Cette dernière partie sera terminée par la l'analyse des difficultés rencontrées par les jeunes enfants, se trouvant dans les grandes familles élargies, à consommer convenablement en absence de leurs mères.

### **X-1- Le lait maternel : un aliment à consommer « chaud »**

Selon l'OMS, « Le lait maternel est le premier aliment naturel pour les nourrissons : il fournit toute l'énergie et les nutriments qu'il faut à l'enfant pendant les 6 premiers mois de vie et continue de couvrir la moitié ou plus de ses besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie, et jusqu'à un tiers de ceux-ci pendant la deuxième année. »<sup>112</sup> . Cette perception biomédicale du lait maternel est véhiculée, à travers les « modèles voyageurs »<sup>113</sup>, dans plusieurs pays, surtout les pays à bas revenu, pour combattre la malnutrition infantile. Est-ce applicable à l'échelle du quartier défavorisé ? L'allaitement maternel « adéquat », selon les instances internationales, dépend pourtant de plusieurs facteurs dans le quartier, à savoir la perception de la propreté d'un nouveau-né, la représentation et la perception du lait maternel en soi, et la disponibilité ou non de la mère.

Les institutions internationales recommandent la mise au sein dans l'heure suivant la naissance du jeune enfant pour sensibiliser, de manière indirecte, l'ingestion du colostrum et pour assurer la montée laiteuse. Dans le quartier, la première préoccupation à propos du nouveau-né est sa propreté. Il est toujours considéré comme « sale » à cause, entre autres, du liquide amniotique ingéré dans l'utérus de sa mère comme il a été évoqué dans le chapitre 8. La plupart des mères, ayant donné naissance à domicile, sont occupées dans un premier temps à nettoyer le nouveau-né avec l'aide des adultes maternants présents. L'eau, préalablement bouillie et sucrée ou non, est donnée au nouveau-né à l'aide d'une cuillère à café à plusieurs

---

<sup>112</sup> Source : [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/fr/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/)

<sup>113</sup> « [...] réformes et interventions standardisées, sous la forme de nouvelles politiques ou de nouveaux protocoles [...] et censées avoir une efficacité intrinsèque grâce à leurs 'dispositifs' opérationnels » qui sont mises en place dans les pays en développement dans le cadre de la santé maternelle et infantile (Olivier de Sardan, 2018, p. 84)

reprises pendant les jours suivant sa naissance pour évacuer les impuretés ingérées (ou mucus) par le nouveau-né durant son séjour dans le ventre de sa mère. Cette eau vise également à compenser l'insuffisance du lait maternel perçue par les adultes maternants à ce stade. Dans ce cas, l'introduction de l'eau l'emporte déjà sur la mise au sein dans l'heure suivant la naissance et l'allaitement exclusif attendu.

La mise au sein dépend de l'abondance du lait maternel qui est évaluée par les adultes maternants à partir de sa couleur, de son apparence et de l'état des seins. Un lait maternel « transparent » est considéré comme insuffisant et nécessite, par conséquent, de l'apport d'eau sucrée ou non au nouveau-né. La mère allaitante a besoin également de consommer des aliments favorisant la montée laiteuse, comme l'arachide, la chayote et/ou les feuilles de manioc broyées, qui permettraient de rendre la couleur blanche au lait maternel et contribuer à son abondance et à sa qualité. Le nouveau-né est souvent mis au sein seulement au moment où le lait maternel commence à monter, c'est-à-dire des heures, voire des jours après la naissance. Il se peut également que le nouveau-né ne soit pas mis au sein dans l'heure suivant la naissance à cause de la perception sur la saleté du premier lait. Le *loha-nono*, littéralement la tête du sein (lait), doit être évacué, car il est froid et peut provoquer la diarrhée chez le nouveau-né qui l'ingère. Avant même de l'évacuer, les mamelons de la mère allaitante doivent être nettoyés. L'état de santé de la mère et du jeune enfant conditionne aussi la mise au sein immédiate ou non du nouveau-né. Si la mère est fatiguée à cause d'une complication ou une intervention chirurgicale, une césarienne par exemple, la mise au sein du jeune enfant est retardée. Si le nouveau-né est prématuré comme dans le cas de Avo par exemple, la mise au sein s'opère très tard, des jours ou des semaines après la naissance. En revanche, si la femme a choisi d'accoucher dans un centre de santé, le nouveau-né à terme peut être mis au sein à la demande du soignant, en l'occurrence la sage-femme, qui ne tient pas compte pour autant les pratiques locales des parturientes « [...] il [le nouveau-né] était encore sans vêtement et a mis au sein » dit la mère de Lauria. Ce propos illustre une mise au sein immédiate après la naissance, mais aussi la critique de la mère à propos de cette pratique.

L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois des jeunes enfants est difficile à tenir pour plusieurs familles à cause de la représentation du lait maternel et de la disponibilité de leur mère. Le lait maternel est vital pour la survie d'un jeune enfant, mais il s'agit d'un *solo-sakafo* ou d'un aliment de remplacement pour la plupart ; pour certaines, le lait maternel est à la fois un *solo-sakafo* et une boisson. Ces deux représentations influencent drastiquement la pratique d'allaitement exclusif. « Quelques fois, il n'est pas suffisamment hydraté par le lait maternel et il a soif également, et on lui donne un peu d'eau chaude !! » dit



la mère de Jona. « On donne de l'eau toujours à l'enfant parce que le lait maternel est son aliment et l'eau est comme nous adulte lorsqu'on a soif, on a besoin d'eau » a souligné la mère de Nini. Pour ces deux mères et plusieurs autres, le lait maternel, malgré sa forme liquide, ne peut éteindre la soif du jeune enfant. L'eau est donnée juste avant et après l'allaitement pour soulager la soif. Dans ce cas, l'allaitement maternel n'est jamais exclusif auprès de ces familles, mais prédominant<sup>114</sup>. Pour celles qui définissent le lait maternel à la fois comme un aliment et une boisson, l'allaitement exclusif peut avoir lieu, mais va rarement jusqu'au sixième mois. Cette pratique peut durer jusqu'au moment où la mère, si elle est célibataire et vit au sein d'une famille élargie, commence à s'absenter fréquemment à cause de son travail. Au cas où la mère est célibataire et vit indépendamment dans un foyer nucléaire ou un foyer élargi restreint, l'allaitement prédominant ou exclusif peut durer quand même dans le temps, car la mère amène souvent son jeune enfant dans son lieu de travail.

Dans tous les cas, à partir du moment où la mère se sépare du jeune enfant à cause de son travail ou autres occupations, l'allaitement maternel n'est plus à la demande du jeune enfant, mais dépend de la disponibilité et du lieu où se trouve la mère. L'allaitement se fait, *a priori*, dans un lieu à l'abri des vents et, par conséquent, rarement dans un espace ouvert et public. Le lait maternel « froid » est mauvais pour la santé d'un jeune enfant selon la croyance locale et ceci rejoint les représentations à propos du premier lait qui est « froid » et doit être évacué. Son ingestion peut provoquer diarrhée et vomissement. C'est la raison pour laquelle les mères évitent le froid pendant les 3 premiers mois d'allaitement et adoptent des précautions particulières. Elles prennent des boissons chaudes avant la mise au sein et portent toujours des vêtements chauds. Le port de soutiens-gorge est particulièrement conseillé pendant cette période pour assurer la chaleur des seins. Avant chaque allaitement, la mère doit évacuer d'abord une partie du lait maternel perçu comme « froid », secouer les seins, et/ou boire de l'eau chaude pour chauffer les seins et le lait maternel. Dans un lieu public, les seins doivent être au moins secoués avant l'allaitement qui doit être réalisé à l'abri du vent. Si la mère est en train de faire un repiquage ou une lessive, elle doit éviter le contact du jeune enfant avec ses vêtements mouillés. Souvent la prise d'une boisson chaude est nécessaire juste avant l'allaitement dans ces lieux. Certaines mères pensent que l'allaitement dans un espace public est difficile. Cela ne signifie pas pour autant l'impossibilité de le pratiquer.

La possibilité d'allaitement régulier dépend de la structure familiale à laquelle la mère est affiliée. Dans une famille nucléaire, le jeune enfant peut être amené par sa mère si

---

<sup>114</sup> Il s'agit d'un allaitement accompagné par la prise de l'eau (thé, jus ou infusion) selon la définition de l'OMS (1990).

l'occupation de cette dernière le permet comme le commerce par exemple. L'allaitement peut continuer alors lorsque le jeune enfant le demande. L'allaitement maternel, prédominant ou exclusif, peut perdurer pendant plusieurs mois. Dans une famille élargie restreinte, le jeune enfant peut être emmené par sa mère avec elle si aucune autre personne maternante n'est disponible pour le surveiller. Dans le cas contraire, plusieurs alternatives peuvent être mises en place pour assurer la continuité de l'allaitement. La personne assurant la surveillance peut lui donner tout simplement *rano matavy*, littéralement de l'eau grasse ou de l'eau préalablement bouillie et sucrée en attendant l'arrivée de sa mère. Si la mère se trouve dans la proximité, cette personne peut amener le jeune enfant auprès de sa mère pour être allaité. Dans une grande famille élargie, le lait maternel peut être substitué par un aliment de complément au moment où la mère se sépare de son nourrisson à cause du travail. À part les alternatives évoquées pour les familles élargies restreintes, l'allaitement du jeune enfant peut être confié également à une nourrice, souvent une tante, mais à condition que les jeunes enfants allaités sur les mêmes seins soient de même sexe.

Dans d'autres circonstances liées à l'état de santé de la mère, l'allaitement peut être arrêté momentanément à cause des plaies sur les seins par exemple. Puis la mère reprend l'allaitement après la guérison. Si le jeune enfant ne reçoit pas encore un aliment de complément à ce stade, la personne maternante peut lui donner de l'eau sucrée ou, très rarement, du lait maternisé ou concentré.

La littérature internationale montre que l'allaitement maternel exclusif peut sauver la vie d'un jeune enfant vivant dans un milieu de vie dominé par des immondices. Cette pratique peut minimiser le risque de contamination du jeune enfant par son environnement via la diversification alimentaire précoce. Une étude réalisée par Mardya Lopez-Alarcon et ses collègues (1997) dans un quartier défavorisé à Mexico a attesté par exemple que les jeunes enfants allaités exclusivement sont protégés de la diarrhée et de l'infection respiratoire aiguë davantage que les enfants de même âge allaités partiellement. Shams El Arifeen et ses collaborateurs (2001) ont démontré également que les enfants non allaités exclusivement vivant dans des quartiers défavorisés dans la capitale du Bangladesh (Dhaka) sont sujets aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës pouvant conduire à la mort. L'arrêt de l'allaitement accélère l'introduction des aliments de complément et le sevrage.

## **X-2- L'alimentation de complément trop tôt en l'absence de la mère**

Selon la première directive des instances internationales, l'allaitement exclusif devrait être maintenu jusqu'à l'âge de six mois et la diversification alimentaire doit commencer à partir

de cet âge. D'un côté, la définition de ce que la plupart des interlocutrices attendent par « aliment » et l'insuffisance de lait maternel influent sur les pratiques de diversification alimentaire. De l'autre, les modalités d'introduction de la diversification alimentaire dépendent également de la pression des femmes âgées expérimentées et de l'absence ou de la présence de la mère, qui sont toutes liées à la structure familiale. Dans tous les cas, la diversification alimentaire se fait avant le sixième mois du jeune enfant dans plusieurs familles. Cette modalité suit un schéma particulier dans le quartier. Elle commence par les biscuits écrasés et trempés dans un liquide, thé ou eau chaude, dans un premier temps. Ensuite est introduite l'eau de cuisson de riz rouge et/ou de riz mélangé avec des purées de pomme de terre, de potiron et de carottes mélangés ou non avec des chevaquines rouges (espèce de crevettes d'eau douce). Les farines infantiles industrielles viennent plus tard, si la famille a les moyens financiers pour en acheter, à partir du sixième mois. La nourriture familiale est donnée à partir du 8<sup>e</sup> mois en général.

En premier lieu, il est important de savoir ce que les habitants entendent par « aliment » ou « nourriture » appelé communément par le terme *sakafo*. Le terme *sakafo* se réfère peu ou prou au riz pour la plupart des *Malagasy*. Introduire un aliment de complément ou *sakafo fanampiny* veut dire introduire du riz. Les aliments comme le biscuit, le morceau de pain ou le beignet, introduits souvent très tôt, ne sont pas forcément considérés comme un *sakafo fanampiny*. La consistance peut jouer également un rôle dans la qualification. Un aliment sous forme liquide, comme l'eau de cuisson par exemple, n'est pas forcément considéré comme de la nourriture. En moyenne, l'introduction d'un aliment liquide se fait à partir du troisième mois du jeune enfant. Les jeunes mères ne savent pas la raison d'une telle pratique, mais suivent la directive d'une adulte maternante « expérimentée », une grand-mère ou une tante.

En second lieu, l'insuffisance du lait perçu à travers l'humeur du jeune enfant (qui pleure malgré l'allaitement), l'état des seins (flasques), l'apparence ou la couleur du lait (transparent) et/ou l'état du jeune enfant émacié malgré l'allaitement, provoquent l'introduction de la première nourriture (à base de riz). La cause principale de cette insuffisance de lait est attribuée au manque de nourriture de la mère pour en produire suffisamment. Nous avons évoqué plus haut que la prise de boisson chaude avant l'allaitement servirait à « chauffer » le lait maternel. C'est pareil avec la production du lait à la suite d'une consommation, car la montée laiteuse et le « chauffage » étaient déclenchés instantanément après la prise alimentaire selon la perception de certaines mères. En revanche, d'autres, ayant un niveau d'éducation avancé (secondaire et plus), qui établissent un lien entre alimentation maternelle et production laiteuse, savent que cela ne se fait pas instantanément, mais s'étale dans le temps.

En troisième lieu, l'influence des femmes âgées sur la diversification alimentaire est importante. « Donne à ce jeune enfant de la nourriture [selon le propos des femmes âgées] ; ce fut comme ça qu'on élevait ta mère [la grand-mère de Veli] pendant sa petite enfance » ; « mais je ne devais pas encore lui donner... » dit la mère de Veli. « [Notre belle-mère a dit, donne-lui de l'aliment un peu avant, car il a été allaité très tard [à partir de son deuxième mois] », selon la mère de Tiavi. Dans ces scénarios auprès des familles élargies, la pression d'une femme âgée, une arrière-grand-mère ou une grand-mère, sur une mère est importante pour l'alimentation du jeune enfant ; la mère est contrainte de suivre ces conseils, à cause de son absence, malgré sa volonté d'introduire l'aliment plus tard. La femme âgée a également la main mise sur les ingrédients et leurs préparations. « Notre grand-mère [arrière-grand-mère de Veli] a ordonné de préparer de l'eau de cuisson de riz à mon enfant, il faut mélanger avec de la viande hachée, de la pomme de terre et de la carotte », raconta la mère de Veli. L'influence de ces femmes âgées auprès des mères sur l'alimentation infantile se retrouve dans plusieurs régions de Madagascar (Rakotomanana *et al.*, 2018) et dans plusieurs autres sociétés (Aubel *et al.*, 2004 ; Diagana et Kane, 2016). Dans tous les cas, ces femmes expérimentées transmettent leur savoir-faire à la nouvelle génération et ainsi de suite. Dans ce quartier, une telle emprise est importante encore pour une jeune mère primipare et célibataire qui se retrouve souvent dans un dilemme entre suivre les conseils des soignants et des agents communautaires de nutrition,<sup>115</sup> d'un côté et, de l'autre, respecter les injonctions des femmes âgées. La balance penche souvent vers la deuxième option, surtout pour les mères dans de grandes familles élargies, qui doivent s'absenter à cause de leur travail et solliciter l'aide de ces femmes maternantes pour assurer les soins de leurs jeunes enfants. En revanche, dans une famille nucléaire où la mère reste auprès de son jeune enfant, l'influence et l'ingérence des femmes âgées dans l'alimentation du jeune enfant peuvent être limitées, voire ignorées au cas où la mère est éduquée. Ce fut le cas de la mère de Anto qui n'a pas suivi le conseil de l'arrière-grand-mère du jeune enfant sur la diversification alimentaire à partir du troisième mois.

Enfin, l'introduction précoce d'un aliment de complément est due également à l'absence de la mère à cause de son travail et à la préparation de l'enfant à une telle éventualité de séparation de corps d'une façon inattendue. « Je ne serai pas là toujours. Par exemple si je trouve soudainement une activité génératrice de revenus, je pars et je le laisse à un enfant, je ne rentre que le soir [...] » dit la mère de Jona à ce propos. La personne maternante, qui surveille le jeune enfant en absence de sa mère, est obligée de recourir à un aliment pour compléter les

---

<sup>115</sup> L'agent de nutrition, élue ou choisie localement, fait partie de la communauté et ne peut pas ignorer le poids de la tradition dans ce métier.

besoins du jeune enfant, souvent à l'insu de sa mère. En guise d'exemple, la mère de Solo est une commerçante et le laisse tous les matins à ses beaux-parents<sup>116</sup> pour sa surveillance. Bien qu'elle ait planifié un petit moment pour allaiter Solo dans la journée, le jeune enfant a reçu de l'eau et d'aliment de complément chez ses beaux-parents. Elle ne sait pas à quel moment son fils a reçu une diversification alimentaire et quels aliments l'enfant a consommé pendant ses séjours auprès de ses grands-parents, car elle n'a jamais demandé et les grands-parents n'ont pas rendu compte. Ce fut pareil avec la mère de Riana, vers le 3<sup>e</sup> mois du jeune enfant, et qui a repris ses activités professionnelles. Riana a été surveillée souvent par sa belle-sœur et rarement par sa belle-mère. Pour compenser l'insuffisance du lait maternel, la mère a laissé du lait concentré pour le jeune enfant. Pourtant, la belle-sœur a donné, en parallèle avec le lait concentré, d'autres aliments de complément à Riana à l'insu de sa mère. Compte tenu de ces informations, la mère est loin d'être la seule responsable de l'alimentation d'un jeune enfant dans ce quartier, surtout dans des familles élargies (grandes ou restreintes).

La diversification alimentaire peut se faire également à l'initiative de la mère elle-même pour « familiariser » le jeune enfant avec d'autres aliments en vue « d'entraîner progressivement son estomac » et à supporter d'autres aliments que le lait maternel selon les discours locaux. En somme, la structure familiale élargie, selon son organisation sociale, constitue le cadre privilégié pour introduire un aliment de complément précocement et souvent à l'insu de sa mère.

L'accès au plat familial se fait à partir du 8<sup>e</sup> mois en général, trop tôt par rapport à la norme standardisée qui préconise le douzième mois du jeune enfant. Ceci est lié à l'absence fréquente de la mère et à l'indisponibilité de la suppléante de la mère à préparer un aliment « spécial » pour le jeune enfant jusqu'à son douzième mois. Par exemple pour Tsaro, sa grand-mère maternelle assurait son alimentation pendant que sa mère travaillait. Il a reçu son premier aliment à partir de 3 mois, entre autres des purées de riz avec des pommes de terre et des carottes. Les légumes sont cuits dans de l'eau à part, et le riz rouge mou est préparé à part. Une fois cuites, les carottes et les pommes de terre sont écrasées dans un seul récipient pour pouvoir avoir une purée. Les mêmes ingrédients, alternés avec d'autres, ont été toujours utilisés à partir du 6<sup>e</sup> mois, mais avec une consistance plus solide. La ponction dans le plat familial a été faite vers son 9<sup>e</sup> mois à cause de contraintes de temps. Un autre exemple, la mère de Tsoa a suivi des séances d'éducation nutritionnelle dispensées par des agents communautaires de nutrition. Le jeune enfant a reçu de l'eau de cuisson de riz rouge et des purées de pommes de terre et de

---

<sup>116</sup> Les beaux-parents se sentent coupables du comportement de leur fils vis-à-vis de la mère de *Solo* et de ses enfants. Pour se racheter, ils acceptent de prendre en charge ces enfants.

carottes à partir de son sixième mois. Ces aliments spéciaux ont été préparés par la sœur aînée du jeune enfant à la demande de sa mère. Lorsque la sœur aînée est retournée à l'école au moment de la rentrée scolaire, personne, y compris la mère, n'avait le temps pour préparer l'aliment spécial de Tsoa. La solution était de lui donner une part du plat familial. Plusieurs autres arguments ont été évoqués pour justifier cette introduction précoce du plat familial. Si le jeune enfant est perçu comme « petit », selon la perception de certaines familles, un aliment « fort consistant » devrait être donné pour accélérer la prise de poids et lui donner de la force, surtout s'il s'agit d'un jeune garçon. Autrement dit, sans connaître la notion de valeur énergétique d'un aliment, la consistance de la nourriture, solide ou molle, peut être utilisée comme référence à ce sujet. « Le riz tari lui donne de la force, paraît-il, mais le riz mou affaiblit un enfant », dit la mère de Fi à ce propos. D'un autre côté, un enfant, ayant des « dents » et étant capable de mastiquer, est jugé déjà par les adultes comme capable de prendre part au plat familial.

À partir du moment où le jeune enfant accède au plat familial, il est obligé de suivre le rythme de la prise alimentaire de sa famille, c'est-à-dire un à deux repas par jour. Une famille est souvent contrainte de ne préparer qu'un seul repas par jour, le dîner, du mardi au samedi. Le lendemain matin et dans une certaine mesure le midi, la maisonnée consomme le reste du repas de la veille. S'il n'y a pas de restes, les membres de la famille peuvent se contenter de collations, une soupe, des pâtes alimentaires et/ou des beignets dans une gargote pour le déjeuner. Cela n'écarte pas les exceptions sur le fait que d'autres familles peuvent préparer trois repas par jour (très rare parmi les familles suivies) et sur le fait que d'autres n'en préparent pas du tout à certains jours où la mère (ou les parents) n'a pas pu trouver d'argent. Pendant la prise alimentaire, les gens aiment manger en dehors de la maison dans un espace partagé comme la cour familiale dans de grandes familles élargies et/ou la gargote. Les jeunes enfants aiment manger par terre, sur le lit...

Dans un milieu de vie envahi par des immondices où le lavage des mains, avant la consommation et après la défécation, n'est pas effectif pour différentes raisons (cf. chapitre 8), l'introduction précoce d'un aliment de complément pourrait mettre en « danger » précocement le jeune enfant, car ces aliments et nourritures sont des véhicules potentiels de germes pathogènes si aucune précaution n'est prise pendant la préparation et la consommation de ces aliments. Serge Trèche et ses collaborateurs (1995) évoquaient par exemple la contamination croisée des aliments de complément spéciaux (ou de sevrage) des jeunes enfants et des plats familiaux par des microbes d'origine fécale dans plusieurs pays en développement. Cette contamination s'opère avant la cuisson à cause de la vaisselle et d'ustensiles mal lavés, de la

présence des eaux usées dans la proximité, du milieu de vie insalubre, de la présence des animaux domestiques et de leur excréta, et de l'utilisation des eaux sales et contaminées, et pendant la consommation à cause de l'absence de lavage de mains (Motarjemi et *al.*, 1995). Sans aucune surveillance, le jeune enfant pourrait être encore facilement contaminé, car il peut jouer, manipuler des objets souillés dans un espace partagé tout en s'alimentant en même temps avec ses mains. En revanche, l'assistance du partenaire ou sa suppléante pendant cette prise alimentaire dans un espace privé et propre pourrait limiter toute contamination.

Dans tous les cas, l'appréhension du processus visant à apprendre un jeune enfant à consommer tout seul, et la condition dans laquelle cette pratique se déroule, peut aider à comprendre le risque important de contamination pendant la prise alimentaire pendant la petite enfance dans ce quartier. En outre, le rapport très « individuel » d'une personne, voire d'un jeune enfant, à « sa » nourriture peut nuire à toute solidarité qui s'exprime autour de l'alimentation. Faute de cette solidarité, un jeune enfant laissé par sa mère dans une grande famille risque de ne pas manger si sa mère ne lui laisse pas d'aliments ou de l'argent pour sa part.

### **X-3- La notion de *mamoky tena* et le non-partage de nourriture**

Quelques semaines après la diversification alimentaire, les adultes maternants, y compris la mère, apprennent à un nourrisson à s'alimenter tout seul pour le préparer progressivement ou rapidement, selon la circonstance, à être indépendant pendant la prise alimentaire. Il s'agit en fait d'une autre étape importante, à part l'acquisition de la marche traitée dans le chapitre précédent, pour assurer l'autonomie du jeune enfant dans ce quartier en vue de libérer complétement la mère et/ou les autres adultes maternants de leurs tâches d'assistance à la prise alimentaire du jeune enfant.

Selon la troisième directive des recommandations internationales, la personne qui prend soin du jeune enfant doit « prêter attention à l'enfant pendant ses repas ». Dans ce paragraphe il a été souligné qu'il faut « nourrir les nourrissons directement et aider les enfants plus âgés lorsqu'ils s'alimentent eux-mêmes en étant sensibles à leur faim et à leurs signaux de satiété » (Dewey, 2003, p. 14). Déjà à cause de l'absence de la mère, une personne maternante, en l'occurrence une grand-mère dans une grande famille, et en présence de plusieurs petits-enfants, ne peut surveiller de manière régulière le jeune enfant. Ce qui a été évoqué plus haut, la plupart des habitants dans ce quartier se trouvent dans une situation instable et pleine d'incertitude et doivent travailler au jour le jour ; ce qui favorise un climat de tension continue entre les habitants, les voisins et les membres des familles, surtout autour de la question d'alimentation.

Autrement dit, « Vivre dans des conditions de vie matérielles difficiles, c'est vivre dans un contexte déprimant, c'est devoir se priver, vivre avec des besoins mal ou non satisfaits. C'est aussi vivre dans l'angoisse de ne pouvoir faire face à toutes les dépenses incompressibles, de devoir laisser des factures impayées ; c'est aussi la peur de ce que réservera le lendemain [...]». Les tensions au sein de la famille risquent d'être plus nombreuses et les relations plus difficiles et chaotiques. » écrivait Pierre Sana (*op. cit.*, p. 30). La nourriture est perçue comme « individuelle » et « personnelle » dans ce quartier et la notion de partage est souvent difficile entre les membres des familles et surtout entre les voisins. La nourriture a une valeur particulière aux yeux des habitants ; il faut savoir comment s'en procurer et comment garder pour soi-même sa part sans partager avec autrui. Ce principe s'apprend déjà dès la petite enfance.

Le terme *mamoky tena*, littéralement se rassasier tout seul, désigne la pratique pendant laquelle le nourrisson mange tout seul sous la surveillance sporadique de son entourage. L'apprentissage coïncide avec le moment où la mère pense que le jeune enfant doit apprendre à développer sa motricité fine, celle des doigts. Le développement de cette faculté peut se faire également par la manipulation d'objets, par exemple des petits jouets ou un stylo. Dans le quartier, le morceau de biscuit ou un beignet et la cuillère peuvent remplacer ces objets pour développer cette faculté selon les mères. Cette pratique de *mamoky tena* vise ainsi deux objectifs complémentaires : apprendre à manger tout seul et développer l'aptitude de ces mains. Pour y procéder, la mère laisse une assiette contenant des aliments et une cuillère à café (ou en plastique) devant le jeune enfant. Le jeune enfant « joue » dans un premier temps avec l'assiette, la cuillère et son repas, et essaie de manger son aliment en alternant les mains et la cuillère. Jusqu'à ce qu'il sache diriger « proprement » la cuillère ou ses mains avec l'aliment vers la bouche, la personne maternante peut l'assister ou non, cela dépend de la disponibilité de cette personne. Si le jeune enfant sait diriger la cuillère et/ou ses doigts avec un aliment vers la bouche, l'assistance peut diminuer progressivement ou drastiquement. « Pour qu'il sache manger et n'attende pas toujours les parents pour lui donner son repas » dit la mère de Jona à ce propos.

La pratique est fréquente chez toutes les mères interviewées, mais la différence réside dans la temporalité de l'apprentissage qui dépend elle-même de la présence ou non de la mère et de la structure familiale. Pour une mère célibataire résidant dans une grande famille élargie, qui doit travailler, l'apprentissage du *mamoky tena* peut s'opérer très tôt, vers le 7<sup>e</sup> mois et n'est pas forcément à l'initiative de la mère. Pour illustrer ce poids de la famille dans cette pratique pendant l'absence de la mère du jeune enfant, prenons le cas de Fali. Native du quartier, la mère



de Fali suivait son mari après son mariage et vivait dans un quartier semi-rural d'Antananarivo. Le couple a conçu Fali qui grandissait auprès de ses parents dans ce quartier semi-rural pendant ses 12 premiers mois. Selon elle, les eaux usées et les matières fécales humaines dans l'espace public sont très rares dans ce quartier. Le jeune enfant bénéficiait d'une assistance de sa mère et d'un espace plus propre pour interagir. Elle a introduit l'alimentation de complément entre le sixième et le huitième mois et ne l'a pas initié encore au *mamoky tena* jusqu'à son 12<sup>e</sup> mois. Après avoir rompu avec son compagnon, la mère et son fils Fali sont retournés vivre dans sa famille auprès du quartier d'Ankasina. « C'est ici que ma mère [la grand-mère maternelle] l'habitua à manger tout seul » a dit la mère de Fali. Elle a dû travailler après cette rupture et laisser le jeune enfant auprès de sa grande famille élargie sous la surveillance de sa grand-mère maternelle. À l'insu de la mère, la femme âgée a appris à Fali à manger tout seul. Un jour, sa mère était surprise de voir Fali manger tout seul son repas sans assistance. Aucun membre de la famille ne lui a rendu compte de cette pratique. Par rapport à ce témoignage et ceux d'autres femmes, la présence physique de la mère auprès du jeune enfant peut retarder cette pratique de *mamoky tena*. L'initiation peut commencer vers le 12<sup>e</sup> mois et avec l'assistance de sa mère ou d'autres adultes maternants.

Normalement, tous les jeunes enfants doivent apprendre à manger tout seuls entre le 12<sup>e</sup> et le 18<sup>e</sup> mois. Ils ne peuvent être autonomes qu'après la quatrième année. Dans le quartier, beaucoup de mères sont persuadées que leurs jeunes enfants peuvent manger tout seuls dès le 12<sup>e</sup> mois. Par rapport à la question de la propreté dans les différents espaces, l'analyse de ce *mamoky tena* s'avère être centrale pour expliquer l'une des causes probables de l'effet de contamination par le milieu de vie. Faute d'une chaise haute dans les familles observées, le jeune enfant est souvent mis sur le lit dans un premier temps, puis sur une natte ou par terre dans la maison, et enfin dans la cour familiale à partir du 6<sup>e</sup> mois. Nous avons évoqué dans le chapitre précédent que l'état de propreté des cours varie en fonction des modalités d'appropriation de l'espace, privé ou public (cf. chapitre 7). Dans une cour privée d'une famille nucléaire ou élargie restreinte, c'est-à-dire clôturée, régulièrement nettoyée et séparée par une délimitation physique d'un dépotoir et/ou d'une latrine, l'interaction directe du jeune enfant avec les saletés (eaux usées, voire matière fécale) durant le *mamoky tena* peut être très limitée. D'ailleurs, le jeune enfant peut bénéficier de l'assistance d'une adulte maternante pendant cette pratique. En revanche, dans une grande famille élargie, la pratique de *mamoky tena* expose déjà le jeune enfant à des immondices. La cour, étant partagée avec des locataires et d'autres foyers, est perçue comme un espace collectif, ne bénéficie d'aucun nettoyage régulier et contient des objets souillés à cause du dépotoir sauvage familial, de la proximité de la latrine familiale et

dans certaines circonstances, la présence des excréments d'animaux (parcage, basse-cour...). Le niveau de risque du fait de cette *mamoky tena*, varie ainsi selon que l'on a affaire à une cour clôturée, un espace collectif ou un espace public.

La photo 20 montre Tsaro et son cousin en train de *mamoky tena* dans la cour de la grande famille élargie.



**Photo 20** : Deux jeunes enfants en train de *mamoky tena*

Cette pratique peut expliquer également un phénomène social important autour de l'alimentation : la réticence au partage de nourriture entre individus. Une telle réticence se met en place déjà pendant la pratique de *mamoky tena*. La question de la nourriture est très sensible et son partage peut être la source de querelle. Cette attitude se met en place petit à petit pendant la pratique de *mamoky tena*. La plupart des jeunes enfants de moins de 24 mois s'approprient leurs repas et ne veulent plus le partager avec les autres, c'est-à-dire ses frères et/ou ses sœurs. Selon les mères interrogées, « Il est irritable, par exemple s'il mange et si on en prend sa part, il va réagir et jette son assiette. Il ne mange plus même si on achète un autre aliment » dit la mère de Jona. Ce jeune enfant ne supporte pas qu'on touche à « son » repas et les mots utilisés par la mère montrent à quel point il est en colère lorsqu'un autre enfant ou une autre personne s'avise de toucher à sa part. Jona répond selon sa mère « je ne donne pas ! ». Ce fut pareil avec la petite Diah, selon sa mère, « elle frappait avec une cuillère, si on touche à sa nourriture ». Une observation auprès de la famille de Tsaro le 4 mai 2018 a montré Tsaro ayant failli frapper un petit garçon avec sa cuillère lorsque ce dernier a tenté de prendre à son repas, heureusement qu'un adulte maternant a empêché de telle agressivité. La réticence au partage d'aliment est déjà développée dès la petite enfance dans ces trois grandes familles et plusieurs autres. Bien

que les mères pensent à ne pas inculquer à un tel « égoïsme » d'un jeune enfant vis-à-vis de « sa » nourriture, la pratique de *mamoky tena*, la situation de précarité de plusieurs familles et surtout l'attitude des adultes (par imitation) peuvent favoriser un tel comportement. Dans ce quartier, l'entraide entre voisins, voire entre membres de la même famille, n'existe plus autour de l'alimentation. Chaque famille ou individu doit compter sur ses seules forces lorsqu'il s'agit de se procurer à manger. La totalité d'une préparation est souvent réservée uniquement à la maisonnée. « C'est extrêmement délicat, le nôtre est déjà insuffisant, et nous allons encore le [le repas] partager ? » dit la mère de Francine. « J'ai vu cela avec ma belle-sœur, si son mari a gagné peu de revenus après sa journée et arrive seulement avec 3000 Ar (0,73 €) à 2000 Ar (0,49 €), [la femme] ne donne pas de repas à son mari, elle prépare seulement un demi-gobelet de riz pour son enfant [...]. Il n'y a jamais de partage dans cette famille, elle ne donne jamais, elle a une fille, [...], elle [la mère] ne lui donne rien [...] » raconta la mère de Manga à propos de la famille de son ex-compagnon. Le problème financier dans ces familles pousse les gens en premier lieu à adopter une telle attitude. Le partage est régi par le « don contre don » de Marcel Mauss (*op. cit.*) auprès des familles observées. Un acte de bienveillance d'un donneur doit être répondu par un autre acte de bienveillance en retour, de préférence de même nature, par le receveur. Ce dernier attend avec impatience le retour de l'acte. C'est la peur de ne pas honorer un tel retour, à cause de l'incertitude de la vie, l'absence d'emploi fixe par exemple, qui empêche une personne de demander. Ce principe s'applique lorsqu'un jeune enfant est confié à une autre adulte maternante, une tante, une grand-mère et/ou une belle-sœur par exemple, pendant l'absence de sa mère. Selon le témoignage de certaines mères, elles sont obligées de laisser du riz ou de l'argent pour préparer le repas de leurs jeunes enfants. Si la mère n'a pas les moyens, la personne déçue, chargée de surveiller le jeune enfant, n'hésite pas à insulter sa mère en disant par exemple « tu travailles et pourtant tu ne laisses même pas du riz ou autre [chose] à ton enfant », comme en témoigne la mère de Riana. Le jeune enfant peut recevoir également des injures et des offenses dans une telle circonstance. Ce fut le cas du petit Solo qui dut prendre ses repas auprès de ses grands-parents paternels pendant que sa mère travaille. Souvent lorsqu'une dispute éclate entre les grands-parents paternels (donneur) et la mère de Solo, le donneur rappelle toujours ses bienfaits, précisant que sans lui, le jeune enfant n'a rien à manger. À cause des offenses et des injures, Solo ne veut plus prendre part au repas en l'absence de sa mère. Dans certaines circonstances, le jeune enfant peut ne rien recevoir du tout en l'absence de sa mère, car cette dernière n'a rien laissé, ce qui peut avoir une répercussion sur la santé, le développement et la croissance du jeune enfant à long terme. Voici une autre anecdote racontée par la mère de Heri montrant que Heri a préféré mentir à sa mère en disant qu'il a déjà pris son

déjeuner pour dissimuler les injures de sa tante lorsque la mère a été accusée de ne pas laisser d'argent pour le déjeuner de Heri.

« [...], un jour je suis arrivée, et j'ai entendu que Heri n'a pas eu son déjeuner. J'ai parlé à la fille [une tante] « pourquoi Heri n'a-t-il pas eu son déjeuner ? » et elle a dit ; j'ai eu un problème et j'ai dû m'absenter. Puis elle a demandé, où est l'argent pour mon enfant que je t'ai laissé ? Et la fille a répondu « j'ai tout dépensé, mais je vais te rembourser demain ou ce soir lorsque mon mari sera de retour de son travail. Et je n'ai plus parlé et j'ai demandé à Heri « tu as mangé où ? » et il a répondu « chez toutou » la belle-sœur et j'ai dit ok. Pourtant le soir de ce jour, après avoir demandé à Heri, j'ai changé de vêtement chez moi et j'ai dit à Heri de venir avec moi chez « vato be », [un lieu] pour manger du riz si tu as faim. L'enfant a répondu « maman, j'ai déjà consommé chez « toutou », mais achète moi tout simplement des biscuits. Lorsque je suis sortie de notre couloir, j'ai rencontré une autre personne, qui m'a dit que pourquoi laisses-tu l'enfant ici si tu n'as pas d'argent, pourquoi tu ne l'amènes pas avec toi, car il était le centre de commérage des habitants du quartier en disant que même pour son enfant, elle [la mère de Heri] n'a pas laissé de l'argent pour son repas, son enfant (Heri) mange chez nous, [...] lorsque j'ai entendu cela j'ai discuté avec ma belle-sœur et nous avons eu une dispute ».

Les jeunes enfants risquent ainsi de ne pas recevoir leur repas en l'absence de leurs mères dans ces grandes familles élargies. Pour éviter une telle situation, dans certaines familles, la mère laisse une partie du diner de la veille pour le déjeuner de son enfant le jour suivant, comme il a été évoqué un peu plus haut. Un échange de nourriture peut se faire également au moment de la préparation du repas si les deux familles portent un intérêt particulier au repas de l'autre. Pourtant, tout malentendu peut aboutir facilement à un commérage. Une des familles peut accuser l'autre que la quantité donnée ne correspond pas à celle qui est reçue. Les gens ne supportent pas le commérage et la diffamation à cause de la nourriture. Plusieurs mères de familles nucléaires choisissent de ne pas laisser leur enfant dans le quartier même s'il y a des membres de familles pouvant les surveiller pendant leur absence à cause de cette situation.

La réticence à l'égard du partage de la nourriture avec les autres s'avère également être une stratégie pour éviter les accusations mal fondées sur un malheur parfois associé à l'ingestion d'un aliment. Un mal inexplicable est toujours l'œuvre d'un sorcier dont « la parole, le regard et le toucher ont une vertu surnaturelle » (Favret-Saada, 1977, p. 21). Les habitants croient, par exemple au pouvoir du regard, du toucher et de la parole sur l'ensorcellement. À ce sujet, un aliment cru est souvent dissimulé dans un sac en plastique ou en rabane sur le chemin vers la maison pour éviter un regard d'un voisin-e qui a de mauvaises intentions. Dans le même principe, comme le partage d'un repas réside dans le principe de « don contre don », certaines familles font en sorte de ne pas partager un repas pour ne pas en recevoir en retour. Ceci est, en fait, un système de protection vis-à-vis des personnes malveillantes. Si un enfant s'avise de demander un aliment à un-e voisin-e, il reçoit une punition de sa mère pour ne plus recommencer. « Mes enfants ne mangent jamais chez les voisins, car ils ont peur de moi et ils sont réprimandés par leur père. Leur père est formel, si les gens mangent, il faut partir, il ne faut pas rester » dit la mère de Vani.

Des stratégies sont mises en place également par les familles pour ne pas partager un repas. La visite à l'heure du repas n'est pas du tout souhaitée. Au cas où une personne, même s'il s'agit d'un membre de famille proche, s'avise de visiter une famille pendant l'heure du repas, elle est invitée à quitter la maison de manière très indirecte et diplomatique. La plus connue est le fait de continuer à cuire le riz ou le repas bien qu'ils soient déjà cuits pendant la présence du visiteur. La personne ajoute de l'eau sans arrêt pour montrer au visiteur que le riz ou le repas n'est pas encore cuit. Tout cela est fait pour gagner du temps avant que le visiteur se rende compte par lui-même qu'il n'est pas le bienvenu à cette heure précise. Si les jeunes enfants jouent ensemble dans la maison, le jeune enfant du foyer peut inviter directement les autres à rentrer chez eux. S'ils jouent en dehors d'une cour clôturée et que l'heure du repas est arrivée, la mère appelle son jeune enfant pour qu'il rentre et ferme derrière lui le portail de la cour. Ce geste, selon une mère, vise à empêcher les autres enfants de suivre et d'entrer pour le repas. La mère peut également faire exprès de ne jamais donner à manger à son jeune enfant devant les autres jeunes enfants pour ne pas partager.

Tout cela montre à quel point la question du partage de nourriture est une problématique dans le quartier. Mais cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'exceptions. Si entre adultes, le partage est quasi impensable, le partage avec un jeune enfant peut être acceptable jusqu'à une certaine limite. La grand-mère maternelle et/ou le grand-père maternel peut tolérer le partage du repas de son foyer avec quelques-uns de ses petits-enfants à cause de son rôle de « seconde mère » en l'absence de sa fille. C'est le cas de Tsaro et Manga par exemple. Cela dépend de la relation émotionnelle entre la personne ou les personnes maternantes et le jeune enfant. La grand-mère considère Tsaro comme son propre fils à cause de ce que la mère de cette enfant a enduré après sa séparation avec le père de l'enfant (cf. supra). Le jeune enfant et la grand-mère ont développé un attachement émotionnel fort. C'est pareil entre Manga et son grand-père maternel. Comme il a été évoqué, ces deux personnes ne sont pas toujours disponibles pour assurer les soins de leurs jeunes enfants dans leurs familles respectives à cause de leurs occupations respectives. S'ils s'absentent de la concession, les jeunes enfants (Tsaro et Manga) sont confiés aux autres adultes maternants qui n'hésitent pas à imposer les mêmes règles autour du partage de nourriture. Une autre exception est la volonté de partager un repas sans condition avec son entourage, surtout avec les jeunes enfants. Deux mères pensent qu'elles peuvent partager leur repas avec des enfants ou des voisins se trouvant dans le besoin. Les mères éduquent leurs enfants à partager la nourriture, l'argent ou autre chose. « C'est moi qui les habitue si l'un a quelque chose, il doit le partager avec l'autre, et ils sont habitués, si quelqu'un leur donne 200Ar ils partagent et chacun possède 100 Ar ». Ces familles, qui partagent

volontiers, peuvent être entourées par des familles régies par le « don contre don » autour de l'alimentation. Autrement dit, les membres de telles familles ne peuvent échapper à ce système et si jamais elles sont confrontées à un problème de pénurie alimentaire, leur entourage pourrait ne pas les aider.

Nous avons vu que la présence physique et émotionnelle d'une mère est rassurante pour un jeune enfant en matière d'alimentation. Cette présence peut contribuer à la continuité de l'allaitement de manière régulière et à retarder la diversification alimentaire. Elle peut être attentive et accorder de l'importance à la nourriture de son jeune enfant en consacrant du temps à la préparation d'un aliment de complément « spécial » et enrichi. La présence de la mère peut retarder l'apprentissage de *mamoky tena* et assurer une assistance. Dans tous les cas, la propreté de l'espace et son organisation, où le jeune enfant s'entraîne pour manger tout seul, joue un rôle pour éviter la contamination. En présence de la mère et dans un espace privé régulièrement nettoyé, la contamination peut se produire, mais à minima, par rapport au contexte d'un espace partagé ou collectif.

Dans cette partie, les rôles centraux attribués par la famille à une mère envers son ou ses enfants ont été rapportés et discutés. Le chapitre 8 aborde le rôle singulier d'une mère (ou sa suppléante) sur la propreté de son jeune enfant dès la naissance, en l'occurrence la gestion de ses matières fécales, jusqu'à son autonomie, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il soit capable de communiquer de ses besoins et de marcher vers l'espace dédié à la défécation. En sa présence, une mère peut essuyer ainsi à temps son jeune enfant en cas de défécation dans ses vêtements ; ce qui peut limiter sa contamination par ses propres selles. Au contraire, si la mère et/ou sa suppléante est fréquemment absente, le jeune enfant est laissé à la charge des autres adultes maternants. En cas de défécation dans ses vêtements, il peut rester « sale » jusqu'à l'arrivée de sa mère ou de sa suppléante. Il peut se contaminer par ses propres selles et infecter également d'autres jeunes enfants de proximité. Il a été abordé également dans ce chapitre 8 que les jeunes enfants sont contraints de se socialiser précocement à travers la pratique d'*ampitampitaina* pour ne pas avoir peur d'autrui et se familiariser avec leur entourage familial et/ou vicinal. Cette pratique nécessite que le jeune enfant soit capable de s'asseoir. Les personnes amènent, à tour de rôle, le jeune enfant et le mettent fréquemment par terre. Cette pratique est promue par des familles élargies et limitée par des familles nucléaires. Un jeune enfant élevé à travers un *ampitampitaina* très poussé (avec plusieurs personnes) risque de s'exposer davantage à la contamination par son milieu de vie.

Le chapitre 9 traite de la relation émotionnelle entre un jeune enfant et les adultes maternants. La séparation fréquente entre le jeune enfant et sa mère pendant sa petite enfance, en l'occurrence dès la première année de vie, peut compromettre leur relation émotionnelle qui se manifeste par des évitements du jeune enfant et l'attachement à une autre figure féminine (grand-mère maternelle ou paternelle). L'assistance de cette dernière peut être limitée également dans le temps à cause de ses propres occupations et/ou de ses devoirs envers les autres petits-enfants à surveiller dans le cas d'une grande famille. Autrement dit, elle ne peut assurer à plein temps les soins et la surveillance d'un seul enfant et, par conséquent, est obligée de déléguer implicitement ce rôle aux autres adultes maternants présents. Il se peut que le jeune enfant perde tout repère à qui se fier en cas de besoin ou de détresse en l'absence de sa mère et de sa suppléante. En somme, un tel enfant peut se trouver tout « seul » en l'absence de ses partenaires principales. En plus de l'*ampitampitaina*, le développement d'une sociabilité sans discernement peut être exacerbé par cette perte de repère d'attachement entre un jeune enfant et son entourage. En tout cas, un jeune enfant délaissé pendant sa petite enfance est « rebelle », car il ne suit pas facilement les conseils et les demandes de son entourage, surtout de sa mère. Il est très mobile et s'éloigne facilement de son espace domestique avec l'aide de ses pairs dans

un premier temps et tout seul lorsqu'il est devenu un peu plus grand ; ce qui peut l'exposer davantage aux immondices de l'espace public du quartier. En revanche, la présence physique et émotionnelle d'une mère pendant la petite enfance procure avec le temps de la sécurité, de l'obéissance, du discernement dans les interactions avec l'entourage et de la peur d'interagir avec les espaces non familiers (loin de l'espace domestique). La mobilité du jeune enfant dans son milieu de vie peut être ainsi très limitée pendant sa petite enfance.

Dans le chapitre 10, la question de l'allaitement a été traitée dans un premier temps. La représentation du lait maternel et l'absence de la mère peuvent limiter la pratique de l'allaitement exclusif. La présence de la mère peut assurer la continuité de l'allaitement du jeune enfant et limite la diversification alimentaire précoce. La mère peut accorder du temps pour préparer des aliments de compléments spéciaux pour le jeune enfant et l'assister pendant les prises alimentaires. Ce qui peut limiter les risques de contamination par le milieu de vie. Chaque famille doit s'assurer que le jeune enfant soit autonome en matière de prise alimentaire à travers la pratique de *mamoky tena*. La différence réside dans la temporalité de sa mise en œuvre, selon le contexte familial. Cette pratique peut être initiée avant le premier anniversaire du jeune enfant dans un espace partagé et « sale » auprès d'une grande famille élargie si la mère s'absente. Elle peut être retardée après la première année du jeune enfant dans un espace privé et « propre » auprès d'une famille nucléaire ou élargie restreinte si la mère est présente ou absente. Cette pratique peut favoriser ou non la contamination du jeune enfant par le milieu de vie selon la présence ou non du partenaire et selon l'état de propreté de l'espace de vie. Tout cela peut expliquer pourquoi un enfant est à risque de retard de croissance lorsque le chef de famille est autre que les parents du jeune enfant selon les résultats de Pascal Vonaesch et ses collègues (Vonaesch *et al.*, 2021). La présence de chef de famille, autre que les parents, souligne l'élargissement de la famille avec la présence d'autres membres en lien direct (parenté) et indirect (collatéralité) avec le jeune enfant.

Pour pouvoir approfondir les thématiques proposées dans les deux précédentes parties et démontrer les mécanismes sociaux pouvant expliquer l'état de santé durant la petite enfance et l'état nutritionnel du jeune enfant, des études de cas seront proposées dans la partie suivante, portant notamment sur une grande famille élargie où vivait plusieurs enfants malnutris sévères un jeune enfant normonutri vivant dans une famille nucléaire et une famille élargie restreinte où habite un enfant ayant un indice taille pour âge très proche du seuil de la malnutrition. Ces familles se trouvaient toutes dans le quartier depuis au moins 20 ans, et partagent des représentations analogues sur le lien entre souillure et destin. Dans ces trois cas, le père est absent physiquement.



## **Partie 4 : Études de cas**

« Laisse-le secourir à son corps, nous n'avons pas besoin l'éducation des riches ! » (La mère de Manga)

## **Chapitre 11 : Nini et sa grande famille élargie**

Le foyer de Nini se trouve dans une grande famille élargie bâtie à l'origine par son arrière-grand-mère, surnommée bébé Rakri et son feu mari, qui vivaient pendant leur petite enfance et leur adolescence dans une zone rurale à l'est d'Antananarivo. Ils se sont installés dans ce quartier dans les années 1960, lorsque bébé Rakri, étant sexagénaires lors de cette étude, a été enceinte de son premier enfant. Leur concession est composée de 11 foyers en 2018 dont 10 sont constitués de parents, et 1 foyer locataire. Trois enfants de bébé Rakri vivent encore dans cette grande famille : bébé Rav, bébé Do et M. Rasolo. Ces trois personnes ont leur propre famille dans cette concession familiale. Les maisons sont bâties autour d'une cour, étant un espace collectif partagé par tous.

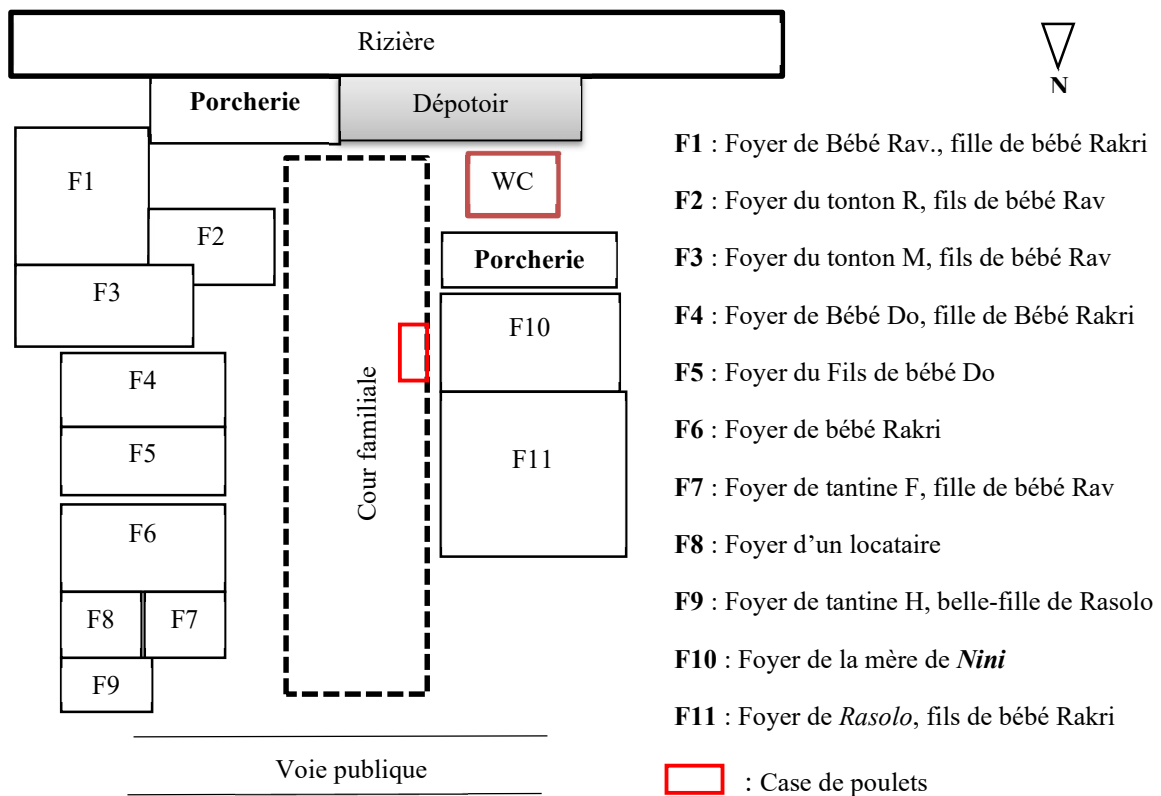
Bébé Rav, la fille aînée et grand-mère de Nini, a eu six enfants durant sa première liaison. Le couple s'est séparé et elle s'est remise avec un autre compagnon. Au moment de l'enquête, quatre de ces six enfants vivaient dans cette concession, c'est-à-dire Madame N, tonton R, tonton M et tante F. Madame N est la mère de Nini et a donné naissance à quatre enfants à travers de deux pères différents, dont deux garçons, âgés de 18 ans et de 13 ans, fruits de la première union. Après leur séparation, madame N entretenait une autre relation à partir de laquelle Nini et son grand frère Dom, âgé de 6 ans, ont vu le jour. Nous nous sommes intéressés spécifiquement à la vie de Nini et à son foyer. Nini est une petite fille de 4 ans au début de cette recherche anthropologique. D'après les mesures anthropométriques réalisées par l'équipe épidémiologique du projet, elle souffrait d'un retard de croissance sévère avec un z-score de -3,61 ET (indicateur taille par rapport à l'âge). Elle vit avec sa mère et son « père<sup>117</sup> » dans cette maison de 4 mètres sur 4. La maison est divisée symboliquement en trois parties non cloisonnées : une cuisine, une chambre à coucher, avec un grand lit et un petit salon avec une table et des chaises pour recevoir les visiteurs. Le foyer de madame N est composé, *a priori*, de 6 individus partageant le même repas. Mais, ces trois fils dorment toutes les nuits chez leur arrière-grand-mère, bébé Rakri, faute d'espace dans la maison.

En ce qui concerne les autres enfants de bébé Rav, Tonton R habite en face de celle de madame N. Il est marié et père de trois jeunes enfants. L'autre fils de bébé Rav est tonton M, qui est marié et a quatre jeunes enfants. Son dernier enfant habitant dans cette concession est tante F qui est « divorcée » et a deux enfants. Un de ses enfants, Solo, a été choisi et suivi également dans le cadre de cette étude anthropologique. Après la séparation avec son mari, elle est retournée vivre auprès de la sienne dans cette concession. En tout, bébé Rav a 13 petits-enfants vivant dans cette concession dont la plupart sont âgés de moins de 8 ans.

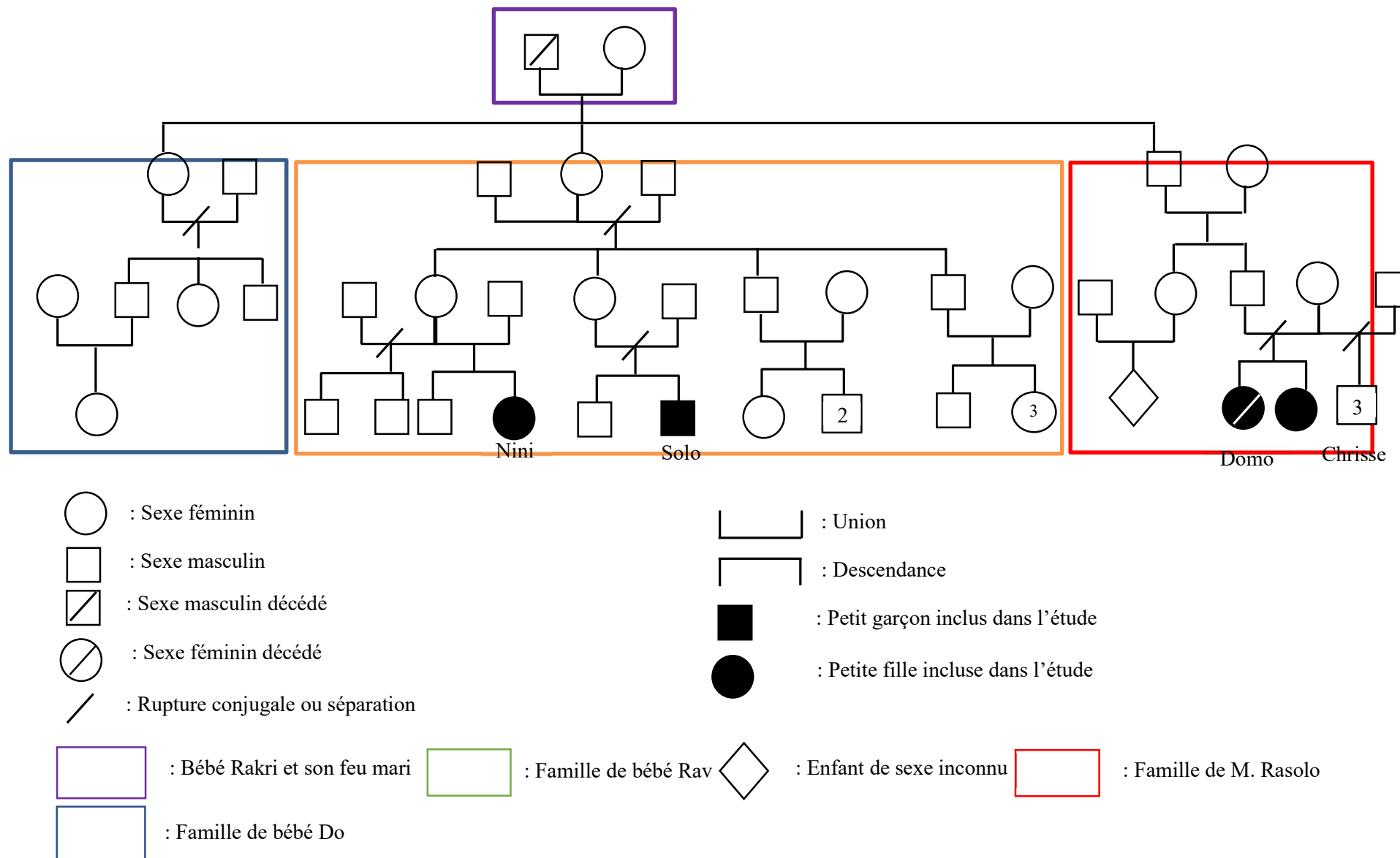
---

<sup>117</sup> Un père que nous n'avons jamais vu pendant les multiples mois de contact avec cette famille.

Les autres enfants de bébé Rakri ont leurs propres familles dans cette concession. Bébé Do et ses trois enfants habitent dans cette concession. L'un de ses enfants est marié et père d'une petite fille. M Rasolo, sa femme et ses deux enfants avec leurs familles respectives vivaient également dans cette concession. En tout, bébé Rakri, la fondatrice de cette famille a 20 arrière-petits-enfants dans cette concession. Les figures 11 et 12 représentent respectivement la disposition spatiale des foyers dans cette concession et l'arbre généalogique de cette famille dont les membres vivent dans cette concession. Les informations sur les analyses portent principalement sur la famille de madame N, sa fille Nini et les membres de cette famille.



**Figure 11** : La dispersion spatiale des foyers, membres de la famille de Nini



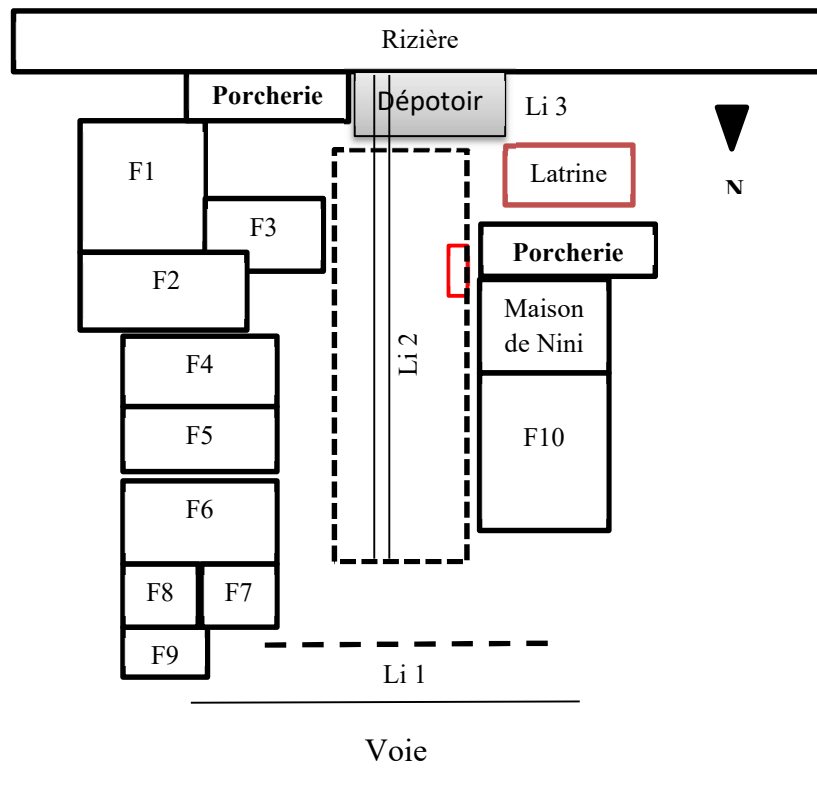
**Figure 12 :** L'arbre généalogique de la grande famille de Nini vivant dans sa concession

## XI-1- La latrine, le pot et la croyance sur la souillure

Les foyers dans cette famille partagent une seule latrine à proximité de la porcherie et de la maison de madame N. Ce *kaboné* est caché de la vue des passants et, par conséquent, difficile à apercevoir en traversant la ruelle. Pour cette grande famille, il y a au moins trois délimitations séparant cette ruelle et le *kaboné* en question.

L'entrée de la cour est une délimitation, empêchant un passant de s'aventurer dans cet espace. Pour y pénétrer, une personne non familière doit préciser aux propriétaires ce qu'il ou elle cherche. Pendant les observations, j'ai été confronté à cette expérience, car il se peut que la cour soit vide, surtout dans l'après-midi et même si j'étais connu, j'ai hésité à y pénétrer sans demander s'il y avait quelqu'un. La deuxième barrière est la cour elle-même, car il est difficile pour une personne étrangère de la traverser sans se faire remarquer. Car tout le monde connaît tout le monde dans ce secteur, même si aucun membre de la grande famille est présent, les voisins ou les voisines peuvent remarquer et signaler la présence d'un intrus. Une dernière barrière est la murette de la latrine dont la porte est tournée vers le sud. Ce *kaboné* de la famille de Nini est implanté depuis toujours dans le coin sud-ouest de la concession. Cet emplacement respecte la croyance sur l'importance symbolique de l'orientation ; conformément à ce qui est évoqué dans le chapitre précédent, elle est à la place dédiée à l'impur et au profane (Hébert, 1965 ; Pacaud, 2002). La tête de chaque membre de cette famille est orientée à l'opposé de la latrine pendant leur sommeil, c'est-à-dire vers le nord ou l'est. La figure 13 montre la localisation de la latrine et les différentes barrières évoquées.

Pour les jeunes enfants qui ne peuvent l'utiliser à cause du danger représenté par la fosse, la zone autour de cette infrastructure constitue une zone de miction et surtout de défécation pour eux. Dans la nuit, chaque foyer utilise son pot de chambre. Ce récipient, perçu comme un objet « sale », doit sortir de la maison à la première heure de la journée pour préserver la propreté (et la sacralité) de la famille en matière de destin. Car selon la grand-mère de Nini (bébé Rav), « le pot de chambre doit être fait, sortir le matin, car c'est honteux et ça se sent mauvais [...] ». Et elle a ajouté que « [...] s'il y a encore le pot, alors la grâce [la chance] n'entre pas dans la maison [...] ». Si jamais, une personne rend visite à une famille et aperçoit le pot de chambre à l'intérieur de la maison, cela devient très vite le sujet de conversation de la journée pour les voisins, et cela apporte la honte à la famille concernée. La simple présence de cet objet à l'intérieur de la maison durant la journée peut qualifier la famille entière et ses membres, comme *voretra* ou « sale ».



- - - : Li 1 : Délimitation symbolique le seuil entre la ruelle et la cour de la famille
- - - : Li 2 : Délimitation symbolique : la cour
- WC : Latrine avec sa murette : Li3 (Clôture)
- Case poulets

**Figure 13** : L'emplacement de la latrine de la famille de Nini

Pour l'éviter, un des premiers gestes est de le faire ainsi sortir de cet objet, de le laver et de le sécher contre son mur. Le lavage est très délicat pour éviter tout risque de contact avec son contenu. Pour ce faire, le pot doit être lavé avec la main qui ne touche pas les aliments, c'est-à-dire la main gauche selon la grand-mère de Nini (bébé Rav). En plus, pour doubler la précaution, un bâton, dont une des extrémités est enroulée par un chiffon, est utilisé pour nettoyer l'intérieur du pot. Le pot propre doit être séché sur son propre territoire et non sur celui de son voisin, contre ses murs ou près de sa porte. Dans la journée, les jeunes enfants ne doivent pas toucher cet objet. Toutes ces précautions sont mobilisées en effet pour se protéger de la souillure à la matière fécale humaine selon bébé Rav. Selon cette croyante fervente, les malheurs de sa famille sont liés à une souillure. Elle soupçonnait une telle souillure au début du mois de février 2018 par exemple, car une truie enceinte de bébé Do (sa sœur) a été trouvée morte et des poulets de la famille ont également été perdus. Par-dessus tout, son mari a eu

beaucoup de difficultés à trouver un travail à cette période. Cette grand-mère est une croyante « fervente » et pratiquante, car pour elle, le simple contact d'une matière fécale, avec n'importe quelle partie de son corps, peut provoquer son malheur et celui de son foyer.

Pour la mère de Nini, le niveau de croyance diminue par rapport à celle de bébé Rav, car elle connaît l'existence d'un lien entre souillure et destin, mais elle ne croit pas à la dégradation de la vie à la suite d'un contact. En revanche, elle admet que la matière fécale humaine est dégoûtante et son contact avec la tête d'un individu peut rendre fou ce dernier. C'est pour cette raison que les membres de son foyer n'orientent pas leurs têtes vers la latrine pendant le sommeil. En outre, elle interdit également l'emplacement des pantalons, des culottes, mais non des jupes, sur les oreillers. L'utilisation des sandales spécifiques pour la latrine et le fait de les laisser en dehors de la maison est une autre précaution pour éviter tout contact à l'intérieur de la maison. En revanche, Madame N n'interdit pas à sa fille Nini d'interagir avec son milieu de vie et avec les fanges et/ou les eaux usées, tant que la tête est « protégée ». À cet effet, madame N n'est pas croyante fervente et pratiquante comme sa mère, mais croyante et peu pratiquante.

## **XI-2- La prééminence de l'espace interne**

La grande famille de Nini accorde une grande importance à la propreté de l'intérieur d'un espace, c'est-à-dire à l'espace privé. La propreté d'un bidon peut être une référence dans cette famille pour identifier cette prééminence. Trois bidons existent dans ce foyer de Nini. Les bidons jaunes sont utilisés pour puiser de l'eau dans les bornes-fontaines et peuvent entrer dans la maison. Les bidons jaunes découpés en deux servent à collecter les eaux de surfaces et des canaux d'irrigation ; ils ne peuvent pas entrer dans la maison. Les bidons blancs sont utilisés pour stocker de l'eau dédiée à la préparation de la nourriture, au brossage des dents, au lavage du visage et à la boisson. Ces bidons sont considérés comme « propre » et ne sortent pas de la maison. Cette considération reflète l'importance de « l'intérieur » par rapport à « l'extérieur » en matière de propreté. Pour le foyer de Nini, ainsi que pour les autres foyers de la concession comme ceux de bébé Rakri, de bébé Rav..., l'intérieur de la maison doit être propre et bien rangé. Le balayage du plancher, le rangement du lit, le nettoyage et le rangement des ustensiles de cuisine et les marmites, et surtout la sortie du pot de chambre à la première heure de la journée sont réguliers. La maison doit être également préservée de la matière fécale et de toutes autres saletés de l'extérieur, en laissant les sandales au portail de la maison par exemple. En revanche, l'extérieur ne fait pas l'objet d'une telle attention. Rare est le nettoyage de la cour familiale. Le 26 mars 2018, le tonton R de Nini balayait l'intérieur de sa maison, puis il a rassemblé et abandonné les déchets, juste devant sa porte. Au sein de la maison même, il y a



une hiérarchie sur l'importance de la propreté et du rangement des objets. Les ustensiles de cuisine et les marmites doivent être bien nettoyés et rangés avant la visite inopinée d'un-e voisine ou d'un autre membre de la famille. Autrement dit, la famille est qualifiée comme « sale » et fait l'objet d'un commérage dans la communauté si jamais des ustensiles « sales » et « mal rangés » sont aperçus dans la maison. La photo 21 montre ce rangement des ustensiles propres dans la maison de Nini.

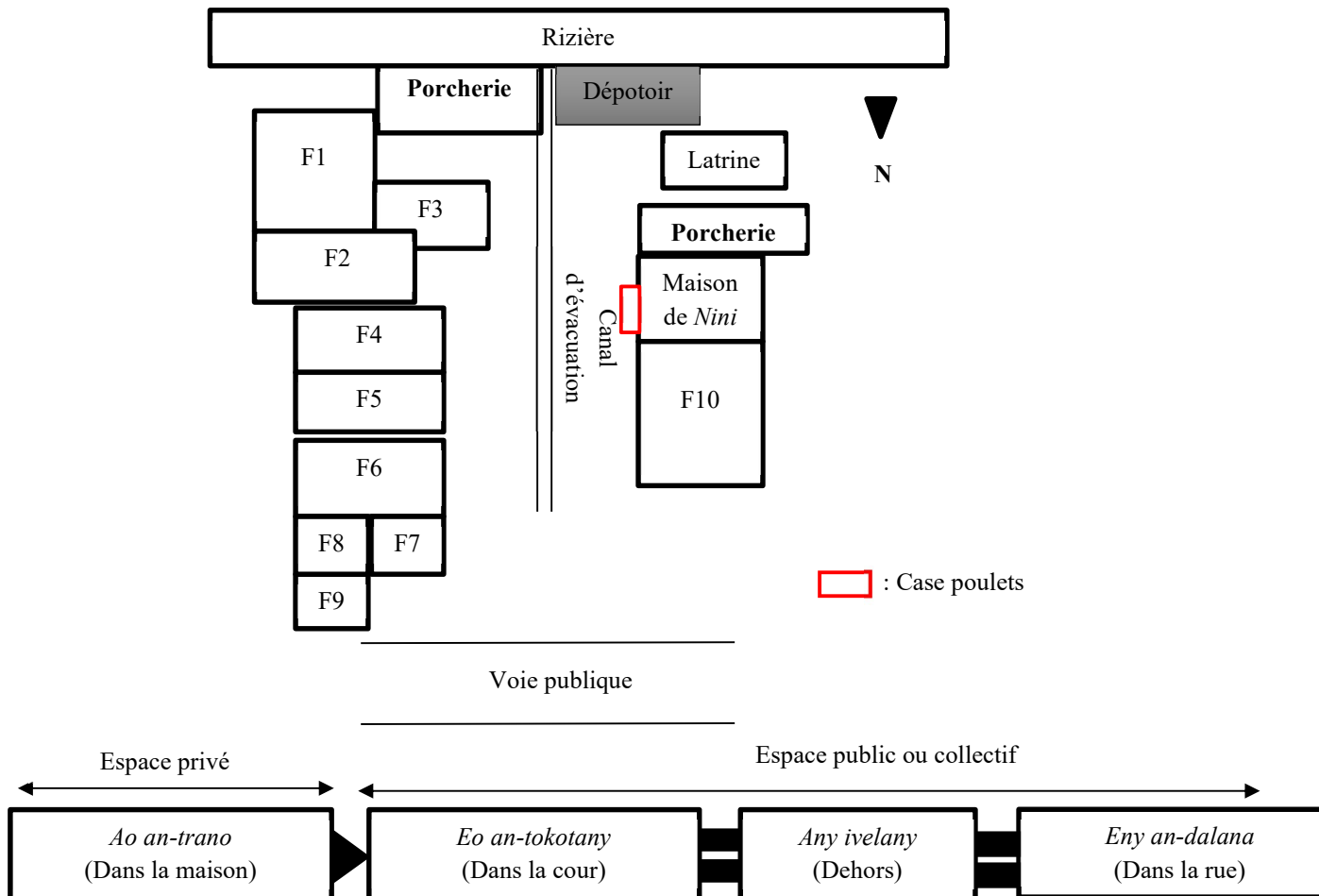


**Photo 21 :** La cuisine de la famille de Nini avec les ustensiles bien rangés

Cette distinction entre l'intérieur et l'extérieur en matière de propreté est liée aux différents espaces concentriques autour du corps et/ou de la maison. Comme il a été évoqué plus haut, il y a une différenciation des espaces liés à différentes pratiques c'est-à-dire *ao an-trano* (dans la maison), *eo an-tokotany* (dans la cour), *any ivelany* (en dehors) et *eny an-dalana* (dans la rue). Dans ce foyer de Nini, *eo an-tokotany*, la devanture de la maison existe, mais est partagée avec les autres foyers. Cet espace est souvent traité comme *any ivelany* (en dehors), voire *eny an-dalana* (dans la rue) (cf. figure 14). Cette cour familiale, qui est un terrain de jeu également pour les jeunes enfants, est traversée par un petit canal d'évacuation où sont déversées les eaux usées de chaque foyer. Un dépotoir familial se trouve dans la proximité de cette cour familiale pour recevoir les ordures ménagères. Les jeunes enfants sont conseillés par les adultes de déféquer autour de la latrine. Il arrivait que les très jeunes enfants défèquent même dans cette cour. La présence des porcs, des poules et des canards<sup>118</sup> ne fait qu'aggraver le niveau de saleté de cette cour. Cet espace collectif ne reçoit aucun balayage ou nettoyage des

<sup>118</sup> Les canards sont élevés dans la maison de Bébé Rav.

membres des foyers à cause de son caractère collectif. Lorsque la raison a été demandée, le nettoyage de cette cour revient à bébé Rakri qui est un agent de RF2. C'était elle seule qui doit, selon les membres de cette famille, assurer le nettoyage de la latrine et de la cour très tôt dans la matinée à cause de son étiquette « agent de la voirie » locale. La mère de Nini affirmait à ce propos que « nous ne nettoyons jamais [la latrine], il n'y a pas de tour de rôle [...] c'est toujours elle [bébé Rakri] qui la nettoie ».



**Figure 14 :** La définition des différents espaces concentriques dans la grande famille de Nini

Le seul espace privé dans cette grande famille est l'intérieur de la maison. Une fois en dehors de l'habitat, les membres de foyers, surtout les jeunes enfants, risquent d'interagir avec des excréta humains, des eaux usées et des ordures ménagères dans sa propre cour et d'être exposés à la contamination par leur propre milieu de vie. Le risque de développer une maladie à cause de l'interaction avec cet environnement est encore plus important lorsque le jeune enfant y est laissé seul sans la surveillance des adultes maternants pendant ses premiers mois ou premières années de vie.

### XI-3- La propreté corporelle de Nini

Nini est née à domicile en présence de bébé Rav et bébé Rakri. La matrone a été sollicitée après l'accouchement pour délivrer le placenta et couper le cordon ombilical de l'enfant. Elle a été perçue comme « sale » à sa naissance et a reçu son premier bain avec de l'eau tiède et nettoyée avec du savon blanc quelques minutes après sa venue et avant la coupure de son cordon ombilical. En attendant que la plaie de l'ombilic se soit cicatrisée pour son second bain, la mère a nettoyé régulièrement Nini avec des cotons imbibés d'eau chaude, ses aisselles, la partie entre ses cuisses et son cou. Après chaque bain, sa mère a fait une embrocation sur le corps de Nini avec de l'huile de coco, fournissant de la chaleur et censée assurer la prise de poids du jeune enfant. Nini avait le *taikombindoha* couvrant sa fontanelle durant le premier mois. La mère ne supportait pas la présence de cette « matière » jugée sale et qui reflète sa propre hygiène intime défaillante. Elle tentait ainsi de le dissimuler en l'enlevant à tout moment en appliquant de l'huile de coco sur la partie couverte et puis en grattant avec un peigne ou ses ongles.

Madame N était en réclusion pendant une semaine<sup>119</sup> après la naissance de Nini, durant laquelle, Bébé Rav assurait toutes les activités ménagères de son foyer. Elle a repris progressivement ses activités ménagères et son occupation en tant que femme de ménage à partir du troisième mois du jeune enfant. Elle travaillait de 7h à 14h du lundi au samedi. Pendant cette absence, elle laissait le jeune Nini sous la responsabilité de Bébé Rav qui s'occupait également de la surveillance des autres petits-enfants. La présence de ces autres jeunes enfants limitait ses marges de manœuvre pour les soins de chacun d'entre eux. « C'est toujours la mère qui doit s'occuper de l'enfant, mais moi, je le surveille seulement. Des fois, je suis en colère : Appelle ta mère ! » dit Bébé Rav à ce propos. Elle veillait ainsi que les jeunes enfants ne se trouvent pas trop proches de la rizière à côté de sa concession, mais elle n'y arrivait pas et ne voulait pas changer leurs vêtements. Ceci montre que Bébé Rav ne pourrait jamais remplacer les mères de ces enfants et se trouvait en difficulté pour assurer la propreté de chaque jeune enfant après leur défécation par exemple.

La gestion de la propreté d'un jeune enfant, en l'occurrence celle de sa matière fécale, est réservée à la mère du jeune enfant. Dans cette famille, Bébé Rav craint farouchement la souillure due au contact, de n'importe quelle partie de son corps, avec la matière fécale humaine d'autrui. Une fois que le jeune enfant entre dans la phase de diversification alimentaire, elle ne

---

<sup>119</sup> La période de confinement a été souvent plus longue que cela jadis de 8 à 12 semaines. Dans les zones rurales à Madagascar, elle peut s'étendre encore au-delà de 8 semaines. La diminution de sa durée montre à quel point la mise au travail de la mère est primordiale.

veut plus toucher la matière fécale de ce dernier. Compte tenu de ces informations, il est fort probable que Nini reste en contact souvent avec ses matières fécales lorsqu'elle déféquait dans son linge en l'absence de sa mère à cause de cette crainte ; ce qui met probablement en danger le jeune enfant à cause des risques de contamination par sa propre matière fécale.

#### **XI-4- L'interaction de Nini avec son milieu de vie : un risque de contamination importante**

Nini a été mise par terre dans la cour familiale vers son 6<sup>e</sup> mois pour apprendre à ramper et à marcher le plus tôt possible. Bébé Rakri veille à ce que cela soit effectif dans sa famille. Pendant les jours d'observation au sein de cette famille, les jeunes enfants, ne savant pas encore marcher correctement, rampaient par terre dans la cour partagée et interagissaient librement avec les objets qui s'y trouvaient. Le jeune enfant est mis sur une natte pendant les premiers contacts pour éviter le sol. Une fois qu'il arrive à se déplacer, il est attiré par des objets que la mère ou l'adulte maternant met à dessein à une certaine distance hors de la natte pour que le nourrisson puisse se déplacer pour l'attraper. Cette pratique aide le jeune enfant à se déplacer, mais le met également en contact avec le sol, car la natte disparaît progressivement. Les saletés du dépotoir, des animaux de parcage et de la basse-cour, de la zone de défécation et du canal d'évacuation contaminent sûrement et facilement les objets qui s'y trouvent, surtout pendant les périodes de pluies.

Les jeunes enfants mettent facilement ces objets en contact avec leurs bouches. Il était impossible d'observer Nini pendant ses premiers mois, mais l'observation du 12 février 2018 a mis en évidence le contact des objets du milieu de vie avec la bouche de Nini. Ce jour-là entre 8h51 et 9h43 du matin, elle a mis plusieurs fois des pailles, une bouteille et des peluches, se trouvant par terre, en contact avec sa bouche. Elle jouait avec une peluche et la mettait en contact avec sa bouche devant sa mère qui ne disait rien. Puis elle se roulait par terre tout en jouant, il y avait de la boue sur son visage, autour de sa bouche. Trouvant une bouteille par terre, elle jouait avec et la mettait également en contact avec sa bouche. Elle reprenait les pailles, se trouvant par terre et les mettait sur ses pieds et puis dans sa bouche et ainsi de suite. La mère et les autres adultes maternants ne disaient rien devant ces faits. Pour démontrer une fois de plus cette mise en contact fréquent des objets de son milieu de vie avec sa bouche, l'observation du 28 mars 2018 entre 8h et 10h a permis de voir que Nini jouait avec un bout de papier cadeau se trouvant par terre puis l'a mis dans sa bouche et l'a mâché tout en se roulant par terre. Elle dansait, rampait par terre lorsqu'elle entendait la musique de son voisin. Nini portait un chapelet autour de son cou ; elle l'a mis dans sa bouche, puis par terre, puis dans sa bouche à nouveau. Puis, elle reçoit de la goyave de sa mère qu'elle a consommée sans se laver les mains. Vers 9h50, elle jouait la poussière et la boue en utilisant une boîte avec les autres jeunes enfants pour

une dinette. Avec les mains pleines de poussière, elle a mis à nouveau le chapelet dans sa bouche. La mère ne réagissait pas par rapport à cela. Lorsque bébé Rav a été questionnée sur ces interactions sans interdiction du jeune Nini, et des enfants en général, avec la boue et la poussière de leur milieu de vie, elle dit que « si on interdit à un jeune enfant de faire ce que les autres enfants devraient faire, il devient maladif. Les pieds et les mains remplies de boue ne nous font rien, car l'enfant est lavé systématiquement le soir et le vêtement est changé ». Autrement dit, les jeunes enfants sont « autorisés » et encouragés à interagir avec tous les objets de leur milieu de vie et peuvent tout faire, sans forcément se laver les mains avant la prise alimentaire.

#### **XI-5- L'absence de lavage de mains avant la prise alimentaire et après la défécation**

« On n'a plus le temps de laver les mains » dit bébé Rav. Les membres de cette grande famille se lavent les mains en suivant un rythme particulier comme la majorité des familles incluses dans cette étude. Cette pratique n'est pas régulière à cause de problèmes d'accès à l'eau propre dans ce secteur IV du quartier. L'eau vient de plusieurs sources : de la borne-fontaine pour la préparation du repas, la boisson et le lavage de la tête ; de la rizière pour le lavage des mains, des pieds et le nettoyage de la latrine ; et du canal d'irrigation pour la lessive. Les jeunes enfants se lavent les mains pendant leurs bains, soit le matin ou le soir. Comme il a été évoqué un peu plus haut, le lavage de chaque partie du corps suit un rythme bien précis. Le lavage des mains avant la consommation d'un repas ou d'une collation n'est pas effectif. Plusieurs observations ont montré que les jeunes enfants consomment directement leurs gouters ou leurs repas sans se laver les mains. Pourtant, ils manipulent la nourriture pendant cette prise alimentaire. Ce fut le cas lors de l'observation du 12 février 2018 pendant le déjeuner à midi quand la mère de Nini a servi le repas, à 12h02 ce jour-là, à Nini et à sa cousine, la fille de tonton R, dans sa maison. Il s'agissait de riz et de potiron mélangé avec des brèdes. Nini et sa cousine ne s'étaient pas lavées les mains ; et les morves de Nini coulaient également dans sa bouche. Elle s'est servie de ses mains pour manger tout en jouant avec le reste d'une cigarette se trouvant par terre. Apparemment, la cousine n'a pas aimé du tout le potiron et est partie demander un autre accompagnement de riz à bébé Rav. Cette dernière lui a donné du voandzou. Vers 12h26, Nini est sortie de la maison avec son assiette et s'est assise sur une natte par terre. Elle a reçu également un peu de voandzou comme accompagnement. Elle a pris et mangé avec ses doigts les graines de voandzou. Elle touchait ses pieds sales avec ses mains tout en mangeant. Vers 12h32, elle est rentrée dans sa maison et s'est installée sur le lit pour consommer les restes de son repas... Nini et sa cousine étaient très mobiles et se servaient beaucoup de leurs mains pendant cette prise alimentaire tout en manipulant des objets de leurs

entourages. Le lavage des mains n'est pas non plus effectif après l'utilisation d'une latrine. La mère de Nini a admis que les adultes et les enfants de sa famille n'ont pas l'habitude de se laver les mains après la défécation. Pendant l'observation du 2 mai 2018, cinq jeunes enfants, y compris Nini, jouaient à la dinette devant moi et soudain l'un des enfants est allé dans la latrine pour déféquer. Il n'a ni utilisé un papier pour s'essuyer ni lavé les mains après l'utilisation de la latrine. Il a rejoint directement les autres enfants pour reprendre le jeu.

L'absence de lavage de mains est dangereuse pour la santé de Nini et les autres jeunes enfants, car l'état de saleté de leur milieu de vie est important. Un jeune enfant interagit toujours avec les objets de cette cour familiale, les met toujours en contact avec sa bouche et se sert toujours de ses mains lors de la prise alimentaire. La différence réside sur la propreté ou la saleté de son milieu de vie et la sensibilité de la mère ou de l'adulte maternant pour éviter la mise en contact d'un objet avec la bouche. Si le milieu de vie est propre, loin des matières fécales, des ordures ménagères, des eaux usées, des excréments d'animaux, ce qui n'est pas le cas ici, le risque de contamination par les immondices peut être moindre pendant ces interactions. Dans cette grande famille élargie, le risque est grand à cause de la présence de la zone de défécation, du dépotoir familial, des excréments d'animaux domestiques, de basse-cour et de parcage, et surtout de l'absence de nettoyage régulier dans ce lieu de socialisation et de jeu.

#### **XI-6- La relation entre Nini et son entourage**

Comme il a été évoqué plus haut, Nini a été souvent laissé sous la surveillance de bébé Rav pendant que sa mère travaillait. Apparemment son père<sup>120</sup> quitte toujours très tôt le foyer et ne revient que très tard la nuit dans la maison. Bébé Rav est claire dans ses propos sur le fait qu'elle ne pouvait pas assurer les soins et les pratiques de maternage envers cet enfant. Il se peut que Nini se trouvât vraiment seule à un moment donné dans sa vie sans aucune adulte maternante, car Bébé Rav elle-même s'est absentée lorsqu'elle vivait avec son nouveau compagnon dans sa famille, se trouvant dans un autre quartier, pendant des semaines. Quelques jours après le début des observations dans cette famille, la mère de Nini a perdu son emploi, mais il lui arrivait de s'absenter souvent pour jouer de « gambling » dans un autre quartier. Nini est laissée dans sa famille pendant cette absence, mais aucun adulte n'a été affecté à sa surveillance. Les observations ont pu montrer un certain malaise dans la relation émotionnelle entre Nini et son entourage. Sa désobéissance et son agressivité peuvent en témoigner. Les propos de Frédéric Worms (*op. cit.*, p.84) cités un peu plus haut, ne s'appliquent pas à cet enfant

---

<sup>120</sup> Nous n'avons jamais eu l'occasion de rencontrer ce père biologique de Nini.

: « L'attachement autorise et limite à la fois l'exploration du monde : la sécurité de la relation à la mère autorise le comportement d'exploration, mais aussi sa limitation, la mère marquant les limites. Il y a donc déjà obéissance dans l'attachement : obéissance à une figure bienveillante, qui « veut du bien » à l'enfant et pour cela exerce du pouvoir et du commandement ». On dirait que les adultes n'ont pas de pouvoir de commandement envers Nini. Il est difficile de documenter la relation émotionnelle de Nini avec tous ses proches à cause de l'absence de la plupart de ces personnes pendant les observations. Les personnes présentes quotidiennement auprès de l'enfant étaient la grand-mère, quelques fois la mère, les frères, l'arrière-grand-mère et les cousins et cousines.

Bébé Rav et la mère de Nini ont évoqué la relation entre Nini et son père que je n'ai jamais vu tout au long des observations et de plusieurs entretiens réalisés dans la famille. Il partait de son foyer très tôt le matin et revenait très tard la nuit même les weekends. À un moment donné, nous doutions même de l'existence de ce père ; mais les discours de bébé Rav, de madame N et d'autres adultes maternants nous assuraient que « il part le matin pour trouver de l'argent et il rentre le soir... ». Selon les discours, Nini ne supporte pas son père ; à un moment donné, Bébé Rav a demandé à Nini où elle voudra vivre si son père et sa mère se séparaient. Elle a répondu, selon la grand-mère, « avec sa mère ». La relation entre cet enfant et son père n'est jugée par son entourage ni bonne ni harmonieuse. La mère de Nini racontait que lorsque le père arrive le soir, Nini se rapproche de lui pour récupérer son goûter et s'éloigne aussitôt après pour l'éviter. Ce genre d'attitude reflète un attachement insécurisant de type « évitant » rapporté par Mary Ainsworth et ses collaborateurs (2015). Un enfant abandonné présente ce type d'attachement insécurisant et cherche à éviter une telle personne pendant les retrouvailles, par exemple lorsque cette personne veut le prendre dans ses bras, il s'éloigne en lui tournant le dos. Nini se rapproche du père par « intérêt », c'est-à-dire pour récupérer le goûter. Souvent lorsqu'un père n'est pas présent pour un jeune enfant, ce dernier cherche une autre figure masculine dans la grande famille. Pour Nini, aucune figure masculine n'est proche d'elle, que ce soient ses oncles, son grand-oncle, son grand-père par alliance ou encore ses frères pour la consoler.

La relation émotionnelle entre Nini et sa mère n'est pas bonne non plus. Lorsque la question a été abordée avec la mère, elle admet qu'elle peut être proche d'elle physiquement, mais aussi l'oublier lorsqu'elle est occupée. De son côté, Nini peut ignorer sa mère même si toutes deux se retrouvent ensemble dans un même endroit. Une telle relation peut être la conséquence de leur séparation pendant la petite enfance de Nini. Cette froide relation émotionnelle a été observée dans leur vie quotidienne. Bien que Nini et sa mère se trouvent côte

à côté dans leur cour, les échanges verbaux sont très limités. Par rapport aux pratiques d'hygiène, entre autres le lavage des mains et la gestion des morves, la mère ne dit presque rien et lorsqu'elle finit par dire quelque chose à Nini, cette dernière ne suit pas ses conseils et n'hésite pas à répliquer avec beaucoup d'agressivité en cas d'insistance de sa mère. Souvent lorsque le jeune enfant ne la suit pas, la mère fait un petit chantage pour l'inciter à changer d'avis et suivre son conseil ou sa demande. À travers ces échanges, on dirait que Nini en veut à sa mère. Lors d'une observation dans la matinée du 12 février 2018 par exemple, Nini avait beaucoup de morves qui coulaient à ce moment-là et elle les inspirait souvent. Les adultes maternants présents, à part sa mère, soit la femme de tonton R et Bébé Rav, lui ont demandé de l'enlever, mais n'a rien fait. La mère était présente, mais n'a pas dit quoi que ce soit. Vers 11h45, la mère a fait une remarque après être restée silencieuse pendant des heures et dit : « regarde un peu tes morves !! ». Mais Nini n'a pas réagi à cette remarque. Au moment de la prise du déjeuner plus tard, la mère a fait une deuxième remarque lorsque la morve s'est mélangée avec la nourriture. Elle lui a dit encore de l'essuyer, mais Nini n'a pas réagi. Le 28 mars 2018, vers 8h10, Nini s'est faite gronder par sa mère pour nettoyer son visage et essuyer son nez à cause de la présence des traces de boues sur ses joues et aussi des morves coulant dans sa bouche. Mais, le jeune enfant a ignoré les remarques, les morves continuaient de couler. La mère n'a plus rien dit après. Vers 10h15, elle a fini par faire encore une remarque à Nini lorsque ses morves touchaient encore une fois la bouche de l'enfant, mais Nini s'est moquée d'elle en riant et n'a pas suivi ses ordres. Ce fut pareil le 2 mai 2018, lorsque la mère a dit à Nini de brosser ses dents. Elle n'a rien fait et puis la mère l'a menacé de ne pas l'emmener avec elle voir un match de rugby le samedi suivant, si elle ne se brossait pas les dents ; Nini a réagi avec un gros mot en disant « bouffe ta merde !! » à sa mère, mais elle s'est brossée quand même les dents. Sa relation émotionnelle avec sa mère se résume à des silences, des cris, des menaces, très rarement des encouragements et des réconforts. Le jeune enfant désobéit à sa mère et se montre arrogant.

Une figure maternante importante pour Nini est bébé Rav. Lorsqu'elle se réveillait le matin, elle rendait visite à cette grand-mère. Durant les observations, bébé Rav souriait souvent à Nini et échangeait avec elle. Elle intervenait plus souvent que la mère sur la propreté du jeune enfant en lui disant par exemple d'essuyer ses morves, et si le jeune enfant ne réagissait pas, elle se levait à un certain moment et l'essuyait elle-même avec le vêtement du jeune enfant, et cela était devant la mère de Nini. Ce geste montrait que Bébé Rav s'inquiétait de Nini. Pourtant, une telle relation a quand même des limites, car Bébé Rav assurait tout simplement la surveillance du jeune enfant pendant les jours d'absence de sa mère, mais non les soins. Quelques fois, Nini ignorait également le conseil de cette grand-mère.



Enfin, Nini n'a aucune relation émotionnelle bien spécifique avec des personnes de son entourage. Si les adultes maternants, comme bébé Rav et les autres tantes pensent que Nini est très proche de sa mère, les observations ont montré que ce n'est pas vraiment le cas. Nini est « seule » au centre de plusieurs adultes maternants lorsque sa mère est absente. On dirait que son niveau de relation avec ces adultes maternants est plus ou moins de même nature. D'un autre côté, elle est active et interagit facilement avec tout le monde, mais en même temps elle résiste aux conseils. Elle se montrait indifférente et ne manifestait pas de peur dans ses interactions avec son entourage. En d'autres termes, il se peut qu'elle développe une sociabilité sans discernement en raison de « négligence » précoce et fréquente de ses parents proches (Albus et Dozier, 1999 ; Lieberman, 2002). Une telle attitude pourrait être liée à un désordre réactionnel d'attachement, freinant le développement et notamment la croissance du jeune enfant (Bouville, 2003).

#### **XI-7- L'alimentation de Nini : une diversification très précoce**

L'alimentation dans cette famille reflète les normes et les valeurs socioculturelles du quartier. Cela peut expliquer pourquoi les préconisations des institutions internationales relayées par les instances nationales ne sont guère mises en œuvre dans les familles telles que celle de Nini, à savoir la mise au sein dans l'heure suivant la naissance, la pratique de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, la diversification alimentaire à partir du sixième mois et le passage de la forme semi-liquide à la forme solide à partir de douzième mois. Durant les prises alimentaires, l'attention et la sensibilité de la mère, et donc sa présence sont requises. Chaque foyer dans le quartier est censé être indépendant en matière d'alimentation ; et toute entraide n'est pas « gratuite » et doit faire l'objet d'un « don contre don ». L'alimentation d'un enfant, laissé fréquemment par sa mère sous la surveillance d'un autre adulte maternant, n'est pas garantie dans cette famille sauf si sa mère a laissé de la nourriture auprès de cet adulte, en nature, comme le riz, ou en espèce.

Nini dès sa naissance a été mise au sein entre 5 et 10h après sa naissance. Les seins de sa mère ont été nettoyés dans un premier temps et les premiers laits, étant considérés comme « sales », ont été évacués. Selon les propos de la mère et de son entourage, la production du lait maternel commençait déjà pendant la grossesse et une partie se concentrait progressivement dans les mamelons et devenait « froid » avec le temps. Ce lait maternel « froid » est perçu comme nocif pour la santé du nouveau-né, car il peut provoquer une diarrhée. La quantité de lait a été considérée comme insuffisante pendant les premières heures. Madame N, avec l'aide de bébé Rav, a donné de l'eau tiède préalablement bouillie à Nini avant la mise au sein. Sa mise au sein dans l'heure suivant la naissance, étant la recommandation des instances internationales,

n'a donc pas été effective. Les représentations autour du lait maternel influent sur l'introduction de l'eau tiède dès la naissance et surtout sur la pratique de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. Le lait maternel est perçu comme un « sakafo », soit comme une nourriture, et doit être accompagné par une boisson pour étancher la soif du jeune enfant.

Vers le troisième mois de Nini, bébé Rav et madame N ont commencé à diversifier l'alimentation du jeune enfant, le lait maternel n'était plus suffisant à cause de l'absence de la mère et le jeune enfant avait besoin de se nourrir davantage. La diversification alimentaire a commencé avec de l'eau de cuisson de riz rouge, mélangée ou non avec de la purée de pommes de terre et /ou de carottes. Le choix du riz rouge repose, en fait, sur sa richesse en « vitamines » selon les discours, très importantes pour la croissance d'un jeune enfant. En même temps, Nini a reçu des biscuits écrasés mélangés avec du thé. À partir du sixième mois, Nini a reçu des aliments semi-solides comme du riz accompagné de soupes, de carottes, de pommes de terre et des pâtes alimentaires vendues dans les gargotes. La mère et les autres adultes maternants n'ont pas eu le temps de préparer une alimentation spéciale pour Nini, si bien qu'elle a eu accès au plat familial bien avant son premier anniversaire. Elle a appris à prendre son repas toute seule du fait de la pratique de *mamoky tena*, en étant placée par terre dans la maison ou dans la cour. Une fois que le jeune enfant sait manger seul, l'assistance diminue progressivement et s'arrête précocement à partir du 12<sup>e</sup> mois.

Si une personne offre de la nourriture à un individu, le « bienfaiteur » espère toujours un retour de son geste, y compris s'agissant de l'alimentation des jeunes enfants. Si madame N laisse Nini à bébé Rav qui lui donne un repas, il faudra que la première retourne à la seconde ce qu'elle a donné. Comme le « retour » est incertain, la personne assurant la surveillance demande préalablement une garantie en échange de ce qu'elle donnera, sous forme d'argent ou de nourriture. Une telle demande est justifiée du fait de l'insuffisance de nourriture dans cette famille. Bébé Rav donnait un repas de temps à autre aux jeunes qu'elle surveillait, mais pas tous, car le repas qu'elle préparait était insuffisant pour tous les jeunes enfants. Lorsque le repas était prêt, elle ne disait jamais « le repas est servi » sinon tous les jeunes enfants laissés par leurs mères venaient et, selon bébé Rav, elle ne pourrait jamais nourrir tout le monde. En revanche, si un jeune enfant se trouvait dans sa demeure « par hasard » au moment du déjeuner, elle offrait une partie de son déjeuner, mais demandait dans la mesure du possible à sa mère de rembourser la quantité consommée. Avec un tel principe, les jeunes enfants laissés dans la concession sans leurs mères, y compris Nini, pourraient manquer plusieurs déjeuners pendant leurs petites enfances. Bébé Rav a raconté par exemple le fait que plusieurs jeunes enfants sont venus chez elle pour prendre leur déjeuner. Mais elle ne pouvait pas les satisfaire tous, car la quantité de

nourriture est toujours fixée le matin pour elle et son mari. Ce jour-là, les jeunes enfants, qu'elle surveillait, sont venus massivement chez elle le midi pour prendre un peu de nourriture et elle a été obligée de donner un peu de sa part pour que tous les enfants présents puissent manger un peu. Le partage de nourriture est très délicat, car la quantité à préparer est déjà fixée à l'avance en fonction dans chaque famille comme il a été évoqué. L'attitude de Nini pendant l'observation du 26 mars 2018 vers la fin de la matinée allait dans ce sens. Ce jour-là, elle jouait avec 6 cousines dans sa maison sur le lit, mais soudainement vers 11h, elle a demandé de manière inattendue aux autres jeunes enfants de sortir et de rentrer chez eux. Après avoir questionné la mère sur la raison de cette demande de Nini, elle a expliqué que la famille s'apprêtait à prendre son déjeuner un peu plus tôt et que les autres jeunes enfants devaient partir, car elle ne pourrait pas leur offrir de repas étant déjà très limité. En outre, les ingrédients sont chers pour des membres de famille qui cherchent au jour le jour de l'argent pour (sur)vivre. C'est la raison pour laquelle, si un enfant ou une personne prend part à un repas dans une famille, il est attendu un remboursement en nature ou en espèce de la quantité consommée. Pendant l'observation du 2 mai 2018 par exemple, trois enfants, Nini, son frère et une cousine consommaient chacun un plat de riz avec un accompagnement. Le repas terminé, la mère de Nini dit, tout en taquinant, à la cousine de Nini, « il faut remplacer le riz [que tu as mangé] lorsque grand-mère sera de retour ! ».

En résumé, avec l'introduction de l'eau dès la naissance, la diversification alimentaire au troisième mois, la prise de repas venant des gargotes et la prise alimentaire dans la cour familiale « sale » et l'interaction avec les objets du milieu de vie, Nini est forcément exposée à des contaminations par son espace de vie, compte tenu de l'insalubrité de ce milieu. D'un autre côté, le manque de nourriture pendant l'absence de sa mère peut l'affaiblir davantage pour résister aux maladies liées à ces contaminations, ce qui peut nuire à sa croissance.

#### **XI-8- Nini et l'*alofisaka* : une prédiction du retard de croissance**

Pour apprécier l'ampleur de la contamination par le milieu de vie, le récit de l'évolution de la santé de Nini a montré une grande vulnérabilité. Nini souffrait à plusieurs reprises de diarrhées, et parfois de toux accompagnées d'une fièvre. Vers son huitième mois, elle souffrait d'une émaciation importante appelée localement *alofisaka*, de *alo*, mot pour désigner une maladie infantile, et *fisaka*, « mince, fin ». Bien que Nini souffrît de diarrhées diffuses pendant les trois jours précédant cette « maladie », aucune relation n'était faite par l'entourage entre ces épisodes de diarrhée et cette « maladie ». Sa mère tentait de traiter Nini à la maison en lui administrant du charbon actif deux fois par jour pour stopper la défécation pendant ces trois jours. La famille a déclaré que Nini souffrait de *alofisaka*, une maladie que les médecins ne

peuvent pas traiter avec les médicaments conventionnels. Les symptômes de cette maladie sont « indétectables » par un médecin selon un guérisseur traditionnel qui soulignait que « si le jeune enfant va voir un médecin, ce dernier dit que le jeune enfant est déshydraté avec sa peau froissée, le jeune enfant est mal à l'aise, avec les yeux profonds, la fontanelle s'enfonçant, le front est très saillant et un canal « interne » se forme entre la fontanelle et le palais. Et si le jeune enfant consomme une nourriture molle qui se colle dans ce canal du palais, cela provoque le vomissement du jeune enfant ». Un jeune enfant atteint d'*alofisaka* a une diarrhée diffuse de couleur verte, vomit fréquemment et est en état de léthargie. Il a envie de boire de l'eau tout le temps et a une perte importante d'appétit. Des veines de couleur verte deviennent très saillantes sur son corps. Selon toujours ce guérisseur traditionnel et le discours des femmes, cette maladie est due à des « petits insectes invisibles » qui rongent les articulations, la colonne vertébrale, la poitrine de sa victime et provoquent la diarrhée et le vomissement... L'amaigrissement est ainsi à l'origine de la diarrhée, du vomissement, de la perte de l'appétit, mais non le contraire. Autrement dit, les épisodes de diarrhée de Nini n'ont rien à avoir avec l'amaigrissement, et tout traitement biomédical serait inefficace.

Lorsque Nini a souffert de cet *alofisaka*, sa mère a consulté dans un premier temps un soignant d'un centre de santé privé où Nini a reçu une solution de réhydratation orale (SRO) et un appui nutritionnel, du lait thérapeutique et de la bouillie fortifiée, pour restaurer son poids. Le soignant a demandé une hospitalisation, mais la mère n'a pas accepté. En parallèle sous l'influence de ses proches, elle a consulté un guérisseur traditionnel du quartier qui a une tout autre définition de l'état de Nini. « Diagnostiquant » l'*alofisaka*, il a mis en place un traitement très différent de l'approche biomédicale. Le traitement est basé sur la prise quotidienne d'une décoction (une cuillère à café par jour) et son application sur les articulations via un massage corporel. La consommation de bouillon de grenouille et d'araignée grillée (pour récupérer l'appétit) pendant trois mois est recommandée dans un premier temps. Le jeune enfant ne doit jamais consommer des aliments de couleur verte, entre autres les légumes feuilles. Nini a été guérie au bout de 16 mois de traitement, c'est-à-dire vers sa deuxième année.

D'un autre côté, les épisodes de diarrhées et les autres maladies chroniques comme la toux avant cette maladie étaient dus certainement à la contamination par le milieu de vie. Ces maladies provoquaient progressivement une perte importante de poids et une émaciation importante, entravant à son tour dans le temps la croissance de Nini. La littérature internationale explique la relation entre plusieurs épisodes de diarrhées pendant la période cruciale de développement et la croissance d'une part (Modern *et al.*, 2020 et Checkley *et al.*, 2003 ; 2008), ainsi que la perte d'appétit (Mulu *et al.*, 2022). L'émaciation peut entraver à long terme la

croissance et le développement d'un jeune enfant (Khara et Dolan, 2014). Ces auteurs expliquent que si l'amaigrissement et son traitement nutritionnel s'étalent dans le temps, la croissance du jeune est forcément retardée. Dans le cas de Nini, non seulement elle a souffert de ces maladies et d'une émaciation sévère pendant sa première année, mais également le traitement et la récupération pondérale étaient longs, jusqu'à sa deuxième année. Deux autres jeunes enfants de cette famille suivis dans le cadre de cette étude anthropologique ont développé un retard de croissance sévère, et l'une a succombé d'une maladie cardiaque en 2019.

Les enfants suivis dans cette étude anthropologique, ayant souffert de l'*alofisaka*, ont tous un retard de croissance sévère. Ces jeunes enfants vivaient auprès d'une grande famille élargie avec une cour familiale collective. En commun, ces enfants jouaient dans un lieu « sale », cet espace n'était pas nettoyé régulièrement, avec un dépotoir collectif et des excréments des animaux de pacage (porc, bœuf), domestiques (chien) et de basse-cour (les poules, les canards...), une latrine collective très peu entretenue, et une zone de défécation à l'air libre. Pendant la saison des pluies, les immondices s'entremêlaient aux eaux stagnantes et contaminaient les habitants et surtout les jeunes enfants. Ce qui se traduisait par des épisodes récurrents de diarrhée, des toux chroniques et des infestations parasitaires importantes (Habib et *al.*, 2021).

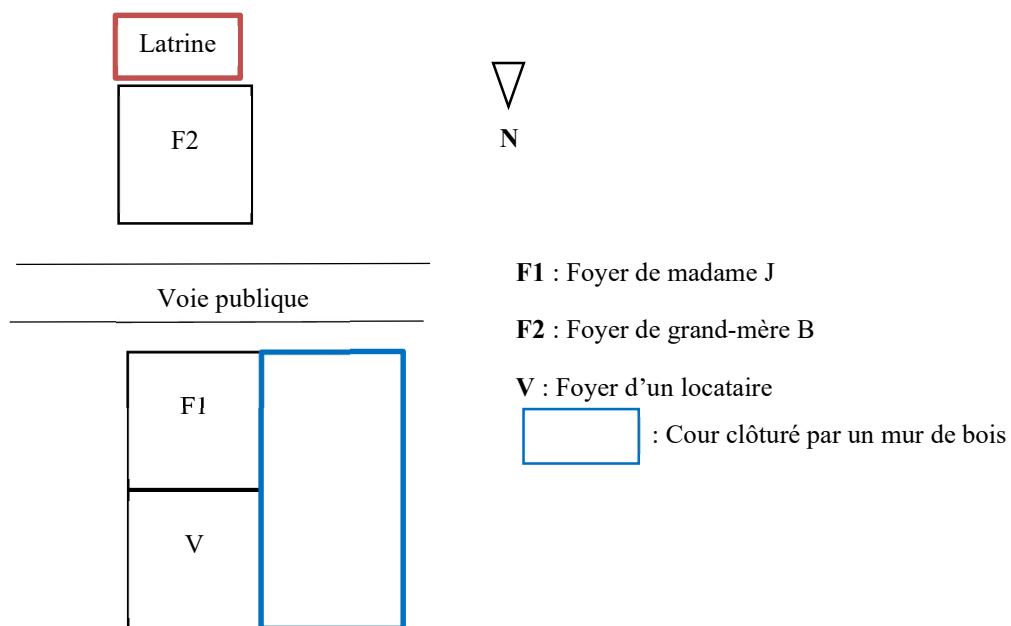
Une grande famille élargie permet à une mère, surtout célibataire, d'avoir le choix de laisser fréquemment son jeune enfant sous la surveillance d'un autre adulte maternant, en l'occurrence la grand-mère maternelle. La mère pense que son jeune enfant se trouve être entre de « bonnes mains », mais en fin de compte, l'enfant se retrouve « seule » avec ses autres camarades dans la concession familiale loin des regards d'adultes maternants. La relation du jeune enfant avec sa mère est souvent impactée négativement par la séparation récurrente, provoquant un attachement insécurisant du jeune enfant envers sa mère, et dans certaines circonstances une sociabilité sans discernement avec son entourage. Une telle attitude est une conséquence de la sociabilité précoce à travers la pratique d'*ampitampitaina*, très développée dans les grandes familles élargies pour assurer l'autonomie précoce d'un jeune enfant. Le jeune enfant vivant dans ces grandes familles peut vivre et interagir « sans peur » avec son milieu de vie collectif mal entretenu et envahi souvent par les immondices.

## **Chapitre 12 : Anto et sa famille nucléaire monoparentale<sup>121</sup>**

---

<sup>121</sup> L'observation participante dans cette famille a été difficile et qui n'était pas prévue du tout, car la mère travaillait tous les jours et Anto fréquentait déjà une école. Toutefois, plusieurs entretiens informels ont pu être réalisés pour approfondir les informations. En outre, des observations directes ont été réalisées.

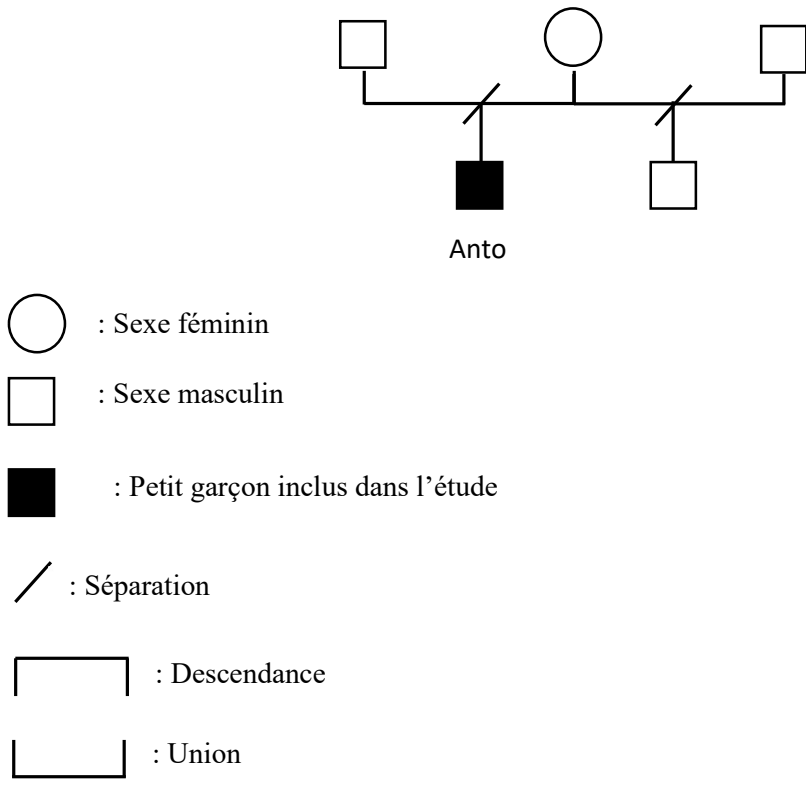
Cette famille est de type nucléaire monoparentale et composée de trois membres, c'est-à-dire la mère, madame J, et ses deux jeunes enfants, Anto et son petit frère. Le lignage de cette famille vivait depuis longtemps dans le quartier, car la maison, où madame J et ses enfants vivent, appartient à l'arrière-grand-mère d'Anto, grand-mère B, qui habite dans la proximité. Madame J a commencé à vivre dans ce quartier à côté de la grand-mère B lorsqu'elle n'avait que 4 ans à la suite de la séparation entre sa mère et son père. Avant de devenir une famille nucléaire, madame J et Anto vivaient encore dans la maison de grand-mère B, aussi cette famille était une famille élargie restreinte au départ. Elle et Anto ont quitté la maison de grand-mère B lorsque le jeune enfant a eu approximativement deux ans. La figure 15 montre l'emplacement des maisons et l'organisation spatiale de cette famille :



**Figure 15** : L'organisation spatiale de la famille de madame J

La grand-mère B (arrière-grand-mère d'Anto) a eu trois enfants, deux garçons et une fille qui est la mère de madame J. La mère d'Anto n'a plus voulu vivre avec sa mère biologique après la rupture conjugale de ses parents. Elle a été élevée par la suite par grand-mère B à partir de sa quatrième année. Nous nous sommes intéressés spécifiquement à la vie d'Anto et à son foyer à cause de sa bonne croissance. D'après les mesures anthropométriques réalisées par l'équipe clinique et épidémiologique du projet, Anto a un z-score de  $-0,54$  ET (indicateur taille par rapport à l'âge). Ce qui fait d'Anto un des enfants ayant le meilleur indicateur de croissance parmi les jeunes enfants suivis dans le cadre de cette étude anthropologique.

Au moment de cette étude, Anto vivait avec sa mère et son petit frère de 7 mois dans une maison en dur de 4 mètres sur 6. La maison possède de l'électricité et est constituée par une seule chambre. La cuisine se fait dans la cour de la maison. La grand-mère B vit seule en face de la maison de madame J, elle détient un bar. La figure 16 représente l'arbre généalogique de la famille de madame J.



**Figure 16** : L'arbre généalogique du foyer d'Anto

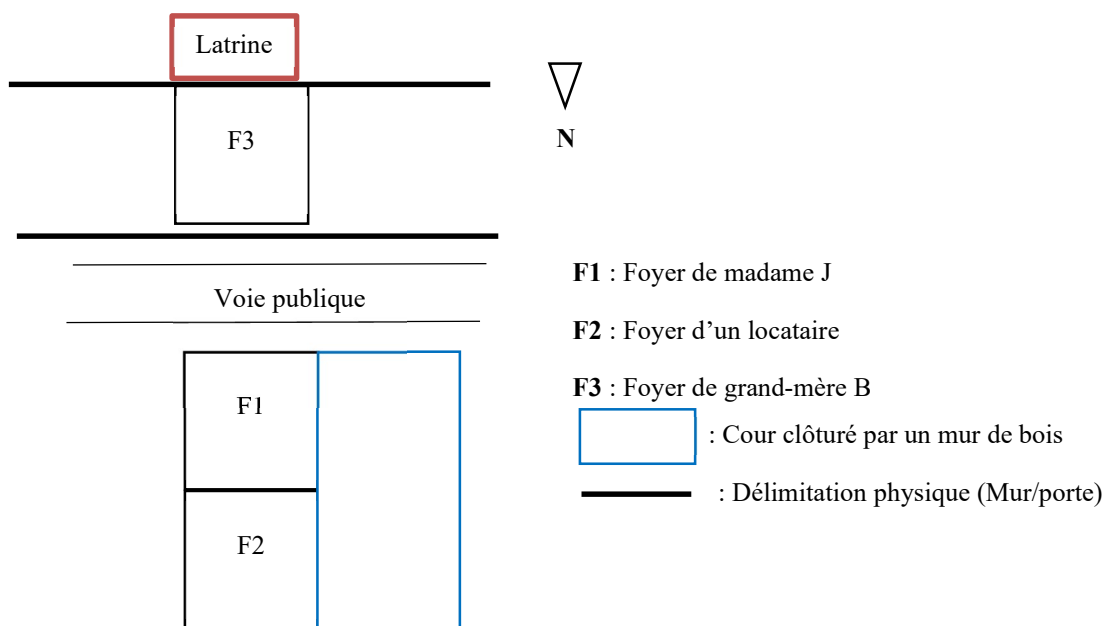
**XII-1- La latrine, le pot de chambre et la non-croyance à la souillure**

La famille d'Anto utilise une latrine à fosse qui est partagée par six foyers dont quatre sont des voisins. Cette latrine est cachée à l'arrière de la maison de grand-mère B. Son emplacement respecte le même principe que celui de la famille de Nini pour la cacher de la vue des passants et empêcher ainsi toute utilisation par les personnes autres que les membres de ces six foyers. Des barrières infranchissables pour les personnes non familiales, même en absence de leur propriétaire, ont été érigées. Ces barrières empêchent également l'éparpillement de la matière fécale de cette latrine pendant la période des pluies. Toute interaction de membres de la maisonnée, surtout le jeune enfant, avec les excréta humains est limitée dans cet espace privé. La figure 17 montre cette succession de barrières entre la latrine et l'espace de jeu du jeune Anto. Cette latrine est protégée de son usage par les passants, car le coût de la vidange est très



élevé. Son emplacement exact suit la même logique que celle de plusieurs foyers dans le quartier. La latrine se trouve orientée vers le sud et proche de la rizière.

« ...La tête est de ce côté [vers l'emplacement de la latrine], et s'aligne avec la latrine, ce n'est pas convenable pour une personne » dit madame J. Pendant la nuit, la famille utilise un pot de chambre et le contenu est déversé dans la latrine familiale le jour suivant. Le pot est séché à l'intérieur de la cour après son lavage. Anto peut utiliser déjà à la fois la latrine et le pot de chambre. Madame J et sa famille ne croient plus aux effets de souillure à la matière fécale ni à sa relation avec la dégradation de l'ordre de destin ou du *hasina*.



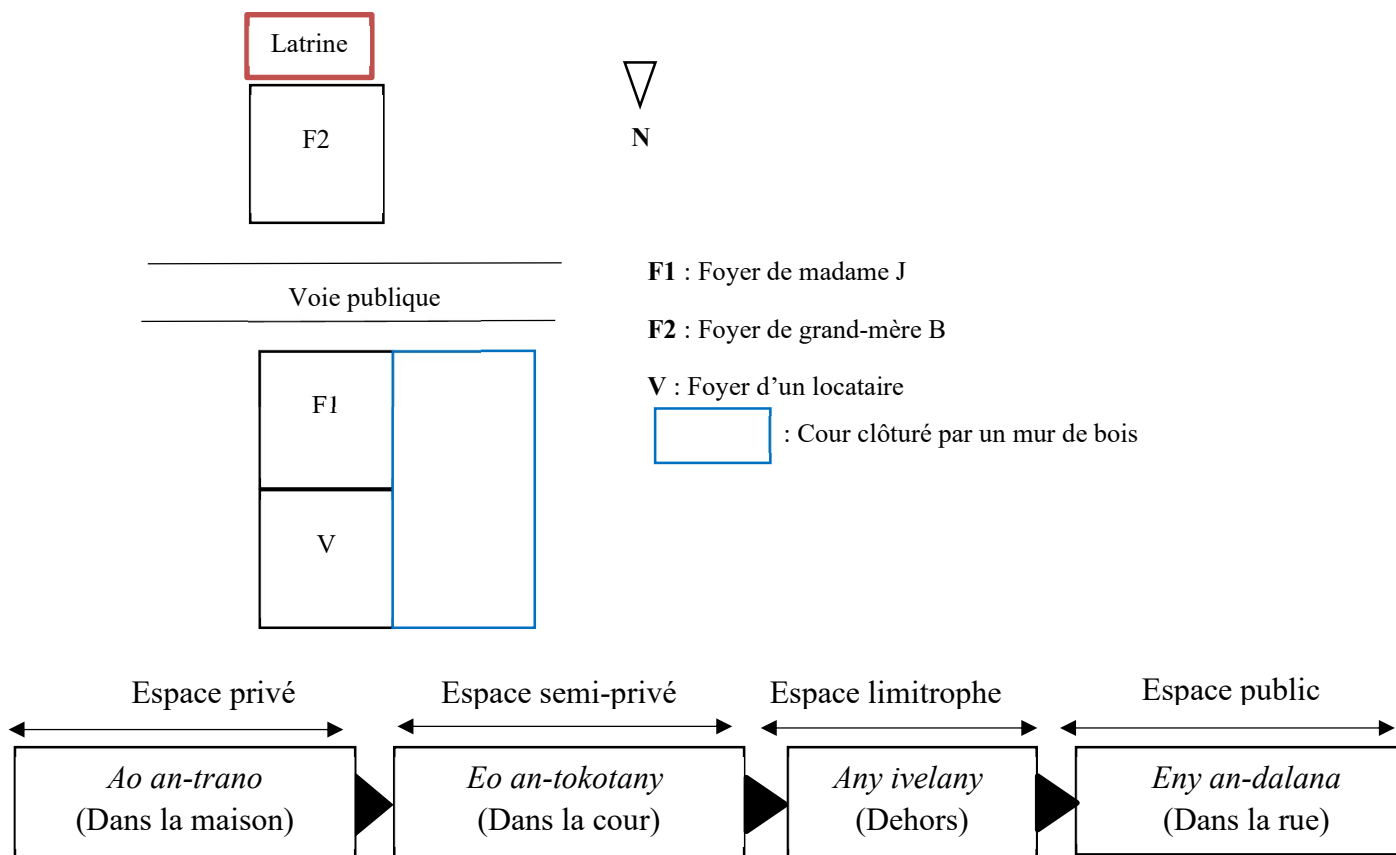
**Figure 17** : L'emplacement de la latrine de la famille d'Anto

En revanche, elle pense que la matière fécale humaine est vectrice de maladies et tout contact peut être dangereux pour la santé, surtout pour les jeunes enfants. Il fut un temps où Anto a déféqué dans son pantalon en pleine conscience, et elle l'a admonesté. Elle accepte cette pratique seulement si le jeune enfant ne communique pas encore et/ou est malade. Elle interdit le port de sandales à l'intérieur de sa maison.

## XII-2- L'importance de la propreté de l'espace privé et semi-privé

La famille de madame J fait la différence entre l'intérieur et l'extérieur en matière de propreté. Madame J nettoie et range la maison tous les jours avant de partir travailler. Dans la perspective de rendez-vous ou de visites opinées, elle balaie l'intérieur de sa maison et range les vêtements. Pour elle, le niveau de propreté d'un foyer se mesure par la propreté de l'individu

en premier lieu, puis la propreté de la maison, le rangement du lit et des ustensiles. Le foyer de madame J partage une cour avec un autre foyer d'un locataire. Cette cour est nettoyée occasionnellement, elle est loin d'une latrine et ne contient pas de dépotoir ; les ordures ménagères sont collectées dans un sac en plastique avant d'être jetées dans un dépotoir communautaire loin de la maison. La famille n'a ni animaux de parcage, ni animaux de basse-cour, ni animaux domestiques. L'espace domestique est loin des immondices pouvant risquer de contaminer le jeune Anto. Dans cette famille, les quatre espaces concentriques existent : *ao an-trano* (dans la maison), *eo an-tokotany* (dans la cour), *any ivelany* (en dehors) et *eny an-dalana* (dans la rue). L'intérieur de la maison ou *ao an-trano* est nettoyé régulièrement. La cour ou *eo an-tokotany* est préservée de toutes les immondices de l'espace public grâce à la clôture. Cette cour sert, pourtant, à la lessive de temps à autre. Une grande cuvette est utilisée pour laver les vêtements et l'eau utilisée est jetée à l'intérieur de cet espace. Dans cette famille, *eo an-tokotany*, malgré la présence de clôture, n'est pas vraiment privé à cause de la présence d'un locataire. Toutefois, cet espace n'est pas une cour collective. En dehors de la clôture, c'est-à-dire *any ivelany*, ou l'espace limitrophe, le nettoyage est occasionnel surtout pour enlever les immondices. En ce qui concerne, *eny an-dalana* ou la voie publique, sa propreté est du ressort de l'agent de la voirie du secteur. La figure 18 montre ces différents espaces autour de ce foyer.



**Figure 18 :** Les différents espaces concentriques de la famille d'Anto

### **XII-3- La propreté corporelle d'Anto**

Anto est né à domicile en présence d'une matrone dans le quartier et il a reçu son premier bain quelques minutes après sa naissance. Quelques jours après sa naissance, Anto avait le *taikombindoha* sur sa fontanelle que la mère a tenté d'enlever à l'occasion de bains fréquents avec de l'eau chaude et du savon blanc sans odeur jusqu'au premier anniversaire du jeune enfant. Après chaque bain, elle appliquait de l'huile de coco sur son corps pour lui donner de la chaleur permettant le gain de poids. Madame J est restée en réclusion pendant deux mois chez sa mère. Elle est restée inactive pendant ce temps et allaitait Anto. Puis elle est rentrée chez elle et a repris progressivement ses activités comme vendeuse de produits cosmétiques ambulante en apportant le jeune Anto avec elle. Le jeune enfant restait ainsi auprès de sa mère la plupart du temps jusqu'à son sevrage. Elle n'a jamais délégué la surveillance et les soins d'Anto à sa mère ou à sa grand-mère avant le sevrage. Elle avait le temps pour assurer l'allaitement et la propreté du jeune enfant, entre autres la gestion de ses matières fécales. Grâce à cette présence physique et émotionnelle, le contact du jeune enfant avec sa matière fécale était limité, ce qui le prévenait, par conséquent, de tout risque de contamination et d'éventuelles maladies.

### **XII-4- L'interaction d'Anto avec son environnement**

Selon sa mère, Anto restait rarement dans le quartier pendant sa petite enfance, car elle l'emmenait avec elle. Grand-mère B ne pouvait assurer ni la surveillance ni les soins du jeune Anto, car elle a eu un accident vasculaire cérébral qui lui a laissé des séquelles, une partie de son corps était restée paralysée. Lorsque la mère a mis en contact le jeune Anto avec son environnement immédiat pour lui apprendre à ramper et à marcher, le jeune enfant jouissait toujours de sa présence. Il bénéficiait également d'un espace privé, loin des immondices. La mère ne veut pas que le jeune enfant interagisse avec ces immondices par crainte de maladies. Sa présence a permis d'empêcher les expositions. Les objets avec lesquels l'enfant entrait en contact ou mettait dans sa bouche n'étaient pas dans les mêmes conditions de saleté que ceux qui se trouvaient dans les espaces publics ou collectifs. Les risques de contamination du jeune enfant étaient réduits pendant les moments d'apprentissage, même si le lavage des mains n'était pas régulier. Le jeune Anto a appris à ramper et à marcher dans les lieux où se trouvait la mère. Elle le posait par terre et le jeune enfant tentait de se déplacer. Selon sa mère, Anto a su ramper à partir de son 8<sup>e</sup> mois et à marcher à partir de son 15<sup>e</sup> mois. Elle n'a pas massé les muscles des membres inférieurs du jeune enfant pendant ce processus d'apprentissage.

Madame J pense que cette pratique de lavage des mains après l'interaction avec le milieu de vie est importante pour être en bonne santé. Elle enseignait à Anto cette pratique et s'assurait dans la mesure du possible que le jeune enfant le fasse avant la prise alimentaire. D'un autre

côté, l'école lui enseignait également cette pratique depuis sa troisième année. Pourtant, la mise en œuvre n'est pas toujours facile à domicile, compte tenu du contexte local et le rythme de lavage du corps adopté par les habitants. L'enfant n'arrivait pas à se laver les mains avant chaque prise alimentaire. Madame J admet qu'elle-même oubliait quelques fois de rappeler à Anto de le faire avant la prise alimentaire et après la défécation. D'ailleurs, lorsque le jeune enfant restait seul avec son arrière-grand-mère, il ne se lavait pas non plus ses mains. Le jeune enfant perd ainsi les acquis de sa mère une fois qu'il a commencé à rester de manière régulière avec son arrière-grand-mère qui a toute autre logique dans sa vie en matière de propreté et d'alimentation.

## **XII-5- La relation entre Anto et son entourage**

Peu de personnes sont en relation directe dans la vie quotidienne avec Anto, en particulier sa mère, son arrière-grand-mère, son petit frère et sa grand-mère maternelle. Anto ne connaît pas son père biologique, séparé de sa mère quand elle était enceinte de lui. Le père a aidé financièrement madame J pendant sa grossesse, mais a cessé après la naissance d'Anto. Le père ne se manifestait plus, bien qu'il habite dans le même quartier. La mère cache d'ailleurs l'existence de ce père à Anto malgré les questions de ce dernier. Anto fréquente très occasionnellement sa grand-mère maternelle qui n'habite pas dans le quartier.

Il est ainsi très proche de sa mère qui restait avec lui la plupart du temps avant son sevrage. La mère intervient directement pour le bien de cet enfant et essuie régulièrement sa morve. Elle lui parle souvent tout en souriant, et lui donne des conseils. Le jeune enfant écoute et est réactif à ses demandes. Lors d'un entretien avec sa mère, celle-ci lui a interdit de sortir, car il pleuvait ce jour-là et il a écouté sa mère. Selon la mère, entre 8 et ses 24 mois, le jeune Anto a été porté souvent au dos<sup>122</sup> lorsqu'elle travaillait à l'extérieur du quartier. Elle l'assistait pendant son repas et changeait régulièrement son vêtement. Cette proximité de la mère avec son enfant continue, car elle l'accompagne par exemple à l'école, le récupère tous les soirs à partir de sa 3e année. Toutefois, la mère l'a laissé progressivement sous la surveillance de son arrière-grand-mère (grand-mère B) à partir de son 18e mois. Ce fut à partir de 28<sup>e</sup> mois du jeune enfant que madame J le confia entièrement à sa grand-mère B pendant qu'elle travaillait.

Anto a tissé une relation émotionnelle forte également avec son arrière-grand-mère (grand-mère B), car il avait habité avec elle jusqu'à sa deuxième année, avant de démanger. Lorsque la mère le laissait sous la surveillance de grand-mère B, cette dernière se comportait comme sa mère en lui préparant à manger. Il y a eu des moments où la mère ne gagnait pas

---

<sup>122</sup> Ce qu'elle fait avec le jeune frère d'Anto pendant les observations dans le quartier.

assez d'argent pour pouvoir préparer les repas, alors la grand-mère B les offrait de repas. Les matins, le jeune Anto partait rendre visite à son arrière-grand-mère B avant toute chose. Dans cette famille, le jeune enfant développait un attachement clair et sécurisant avec sa mère et son arrière-grand-mère.

En ce qui concerne sa relation avec son espace domestique, Anto n'éloignait de l'espace domestique qu'à partir de sa quatrième année selon sa mère, comme s'il avait peur de s'éloigner de sa maison et d'interagir avec une personne inconnue ou non-familière comme moi. Il jouait souvent avec un voisin dans sa cour clôturée, mais non à l'extérieur. Sa mère n'a jamais voulu d'une socialisation précoce avec les voisin-e-s, surtout avec les enfants plus âgés, à travers la pratique d'*ampitampitaina*. Par conséquent, le jeune enfant n'a pas développé une « sociabilité sans discernement » (Albus et Dozier, *op.cit.* ; Lieberman, *op.cit.*). Anto fait la différence, observable à partir de son comportement, entre son espace domestique et l'espace public, et surtout entre les membres de sa famille et les personnes non familières. On dirait que plus le nombre d'adultes maternants est limité, plus le jeune enfant développe un lien fort avec le principal donneur de soins. Ce dernier se trouve, en fait, dans l'incapacité de confier le jeune enfant à une ou plusieurs autres adultes maternants. La méfiance d'Anto de s'aventurer loin de son territoire et d'interagir avec des personnes non familières pourrait contribuer à sa protection vis-à-vis des risques de contamination par l'espace public, même si sa mère n'est pas présente à son côté.

## **XII-6- Les modalités d'alimentation d'Anto : au-delà « des modèles voyageurs »**

Deux informations importantes doivent être prises en compte pour cette famille : l'éducation avancée de la mère qui a le baccalauréat et sa présence physique à côté d'Anto pendant la période cruciale pour son développement et sa croissance, c'est-à-dire pendant les 18 premiers mois, du fait notamment de la structure familiale nucléaire<sup>123</sup> et l'absence d'autres figures féminines. Les pratiques autour de l'alimentation d'Anto sont très proches des recommandations des institutions internationales pour assurer une bonne croissance et pour limiter les risques de contaminations croisées pendant la prise alimentaire, c'est-à-dire l'allaitement maternel dans l'heure après la naissance, allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois, diversification alimentaire à partir de six mois, présence de la mère pendant les prises alimentaires.

---

<sup>123</sup> Même si la famille est presque élargie et restreinte grâce à la présence de la grand-mère, la mère ne voulait pas laisser l'enfant pendant les deux premières années sous sa responsabilité, car elle est handicapée à cause de l'AVC. La mère d'Anto comportait ainsi comme si elle n'avait aucune adulte maternante à qui confier le jeune Anto.

Madame J a fréquenté le centre de santé pendant sa grossesse pour les consultations prénatales et a reçu des sensibilisations orales et écrites, sur le carnet de santé, axées sur l'importance du lait maternel et la diversification alimentaire. Elle a obtenu également des informations sur l'alimentation d'un jeune enfant et les dangers de sa contamination par les « microbes » à l'école et qu'elle semble avoir mis en pratique. Selon la mère, le jeune enfant a été mis au sein une heure après sa naissance pour bénéficier du premier lait maternel ou *ranombatsy* (colostrum). Pour elle, le lait maternel est à la fois un aliment et une boisson. Ainsi, elle a allaité, de manière exclusive, Anto jusqu'à son 7<sup>e</sup> mois et demi. Vers le troisième mois, grand-mère B a conseillé à madame J de commencer la diversification alimentaire conformément à la pratique familiale pour que Anto puisse s'habituer à d'autres aliments et se préparer à l'absence de sa mère, mais elle n'a pas suivi cette suggestion et a continué à donner seulement son lait maternel. Comme elle emmenait toujours Anto avec elle, l'allaitement du jeune Anto n'a pas été interrompu et était à la demande du jeune enfant pendant cette période. L'allaitement maternel était ainsi exclusif au moins pendant les six premiers mois conformément aux recommandations de l'OMS et l'UNICEF.

L'introduction de l'eau préalablement bouillie a commencé seulement à partir du sixième mois selon sa mère qui croyait que le lait maternel pouvait couvrir les besoins du jeune enfant. Quant à la diversification alimentaire, madame J lui a donné de l'eau de cuisson de riz rouge et/ou de la purée de pommes de terre et de carottes à partir de 7<sup>e</sup> mois et demi du jeune enfant. À partir du 8<sup>e</sup> mois, elle consacrait du temps pour préparer principalement des bouillies à base de riz ou de maïs mélangées avec un peu de sucre et de lait de vache. Ces bouillies ont été remplacées progressivement par du riz mou préparé spécialement pour Anto. Toutefois, même au-delà de son 12<sup>e</sup> mois, il continuait de consommer ces bouillies à base de riz ou de maïs que sa mère lui préparait toujours. Elle tamise toujours les farines préparées ou achetées pour obtenir une forme très fine et les cuit pendant environ 30 minutes. Il y avait un investissement particulier de la mère, ce qui n'est pas le cas toujours pour une mère célibataire dans une grande famille élargie. L'accès au plat familial s'est fait seulement autour du 18<sup>e</sup> mois (au lieu de 12 mois selon la recommandation internationale). Bien qu'Anto ait consommé une partie du plat familial, la mère continuait à lui donner de la bouillie précuite, une fois par jour, achetée auprès des épiceries du quartier jusqu'à sa troisième année. La mère assurait pendant ces périodes, tant qu'elle était présente, l'assistance de son jeune enfant pendant la prise alimentaire.

Un autre point particulier, qui devrait être pris en compte, est l'entraide alimentaire entre la grand-mère B et madame J pour l'alimentation d'Anto. La pratique du « don contre don »

n'a pas de place dans cette famille, car la grand-mère B offrait des repas « gratuitement » à Anto lorsque madame J n'avait pas eu le temps de préparer ou n'avait pas assez d'argent. Quelques fois, le soir, il mangeait avec sa mère, puis avec son arrière-grand-mère, ce qui lui permettait d'aborder la quantité de nourriture importante. À partir de 3 ans, Anto fréquentait une école confessionnelle dans le quartier où il bénéficiait du déjeuner de la cantine scolaire du lundi au vendredi pendant l'année scolaire. En même temps, la grand-mère B lui réservait toujours sa part journalière de déjeuner chez elle. Lorsqu'il rentrait chez lui ainsi, il consommait aussi cette part chez son arrière-grand-mère. Si le partage d'aliment n'est pas un problème entre madame J et sa grand-mère B, ce n'est pas toujours le cas avec les autres voisins. En dehors de cette famille, la pratique du « don contre don » est mise en œuvre par les voisins ; un repas reçu doit répondre un repas donné. À un moment donné, Anto a été confronté à une telle pratique, expulsé par un voisin pendant l'heure du repas. Ceci nous amène à dire que si la grand-mère B n'avait pas été là en l'absence de madame J, Anto risquait de ne pas manger en restant chez les voisins.

Le risque de ne pas manger du tout ou de consommer une petite quantité de nourriture, lorsqu'il était laissé sous la surveillance de sa grand-mère, était probablement inexistant pour Anto, car il y avait une véritable entraide entre madame J et sa grand-mère B à propos de son alimentation. Cela a été facilité grâce au fait qu'Anto était le seul jeune enfant à surveiller et le risque de conflit entre plusieurs jeunes enfants n'existait pas. En revanche, la question de propreté d'Anto et/ou celle de son repas n'est pas toujours garantie chez cette grand-mère B en l'absence de sa mère. Ce qui a été constaté que le jeune enfant développait plusieurs épisodes de diarrhée lorsqu'il était laissé chez son arrière-grand-mère. Ce qui prouve une contamination importante du jeune enfant pendant cette période.

En résumé, la présence de madame J à côté d'Anto permet un allaitement exclusif pendant 7 mois et demi et de retarder l'introduction de l'eau et la diversification alimentaire. Ce qui contribuerait probablement à la protection d'Anto vis-à-vis des risques de contamination par le milieu de vie pendant ses 7 premiers mois. La présence d'adultes maternants soucieux et impliqués, et l'organisation de l'espace domestique contribueraient également à limiter toute interaction de cet enfant avec les immondices du quartier et les objets souillés au moins pendant les 18 premiers mois. Tout cela peut avoir une répercussion sur sa santé pendant sa petite enfance.

## XII-7- Anto : en bonne santé pendant ses 18 premiers mois

De manière globale, Anto était toujours en bonne santé jusqu'à son 18<sup>e</sup> mois malgré son asthme qui l'oblige de suivre un traitement à long terme. La quasi-absence de diarrhée avant le 18<sup>e</sup> mois était due probablement à la faible fréquentation du jeune enfant du quartier, la présence et l'assistance de sa mère, assurant sa propreté et son alimentation. En revanche, entre son 18<sup>e</sup> et 30<sup>e</sup> mois, il souffrait fréquemment de maladies diarrhéiques accompagnées toujours de fièvre. La diarrhée était souvent diffuse avec des selles liquides parfois sanguinolentes. Selon la mère, la survenue récurrente de la diarrhée à partir du 18<sup>e</sup> mois du jeune enfant est liée à la diversification alimentaire, en l'occurrence à l'accès au plat familial. Cela pourrait être expliqué par le fait que le jeune enfant a été laissé progressivement dans la maison de la grand-mère B qui ne parvenait pas à surveiller le jeune enfant et à prendre soin de sa propreté et celle de sa maison à cause de son invalidité. Le jeune enfant interagissait surement avec des objets contaminés par des insalubrités, notamment dans la maison de la grand-mère de J. Il se peut également que la grand-mère B n'arrivât pas à assurer la gestion de la propreté d'Anto, son essuyage après la défécation étant toujours perçu comme relevant du rôle d'une mère, et pas davantage la gestion des morves et le lavage des mains avant les prises alimentaires.

Toutefois, madame J pense que la diarrhée est une maladie grave. Durant les premiers jours des épisodes diarrhéiques, la mère tentait de traiter la maladie à domicile et de stopper l'évacuation fréquente de selles en donnant un antibiotique par exemple, de type métronidazole, et de l'antipyrétique, de type paracétamol. L'enfant pouvait guérir le jour suivant avec une diminution significative de l'évacuation de selles et de la température corporelle. Mais dans la plupart des cas, la diarrhée continuait et l'état du jeune enfant ne s'améliorait pas. Dans une telle situation, elle l'amenait voir un médecin libéral du quartier voisin. Contrairement à d'autres enfants, Anto n'a jamais eu une expérience de perte importante de poids ou d'une émaciation grave ou *alofisaka* après ces épisodes de diarrhée. Il y a deux explications possibles : le rapide recours aux soins à domicile et auprès du médecin libéral et la bonne pratique alimentaire. À part la diarrhée, il souffrait de temps à autre de toux qui ne nécessitait pas de consultation auprès d'un médecin selon la mère. Elle appliquait tous les soirs de l'huile de coco sur le thorax du jeune enfant. Au bout de quelques jours, son état s'améliorait. Les épisodes de diarrhées ont diminué à partir du 30<sup>e</sup> mois sans aucune raison particulière bien qu'il restât toujours dans le quartier sous la surveillance de son arrière-grand-mère. Cela coïncidait avec le moment où ils ont déménagé dans leur actuelle maison pour devenir une famille nucléaire. Le jeune enfant a bénéficié d'un espace privé entretenu en matière de propreté dans lequel il passait toujours une partie de son temps lorsque la mère était présente. Une autre raison pouvant



expliquer la diminution de la diarrhée est le fait que le jeune enfant pourrait développer une immunité à force d'être exposé de manière récurrente aux germes pathogènes lorsqu'il était surveillé par son arrière-grand-mère pendant l'absence récurrente de sa mère à partir de son 18<sup>e</sup> mois.

En tout cas, les pratiques alimentaires, en l'occurrence l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois et une diversification alimentaire tardive, la protection du jeune enfant vis-à-vis de l'effet de contamination par le milieu de vie, l'entraide alimentaire entre la mère et la grand-mère ont assuré la bonne santé du jeune enfant pendant le moment crucial de son développement. La protection des jeunes enfants des risques de contamination par un milieu de vie envahi par des immondices a été démontrée dans plusieurs quartiers défavorisés à travers le monde, comme à Mexico (Lopez-Alarcon et *al.*, *Op. cit.* ; Villalpando et Lopez-Alarcon, 2000) et au Bangladesh (El Ariffen *op. cit.*). Lorsque Anto était malade, le rapide recours aux soins par l'automédication et par la consultation d'un médecin l'a protégé également.

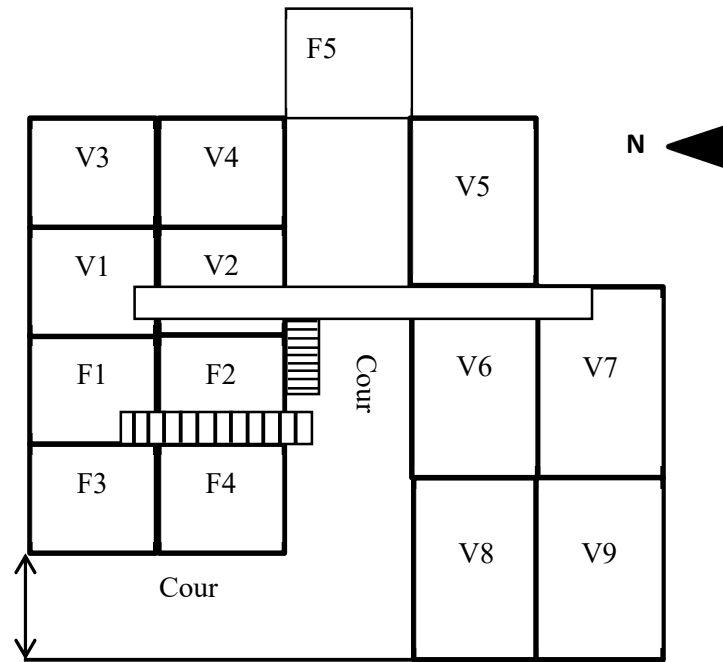
Un jeune enfant vivant dans une famille nucléaire est préservé de l'effet contamination majeur par son milieu de vie grâce à la volonté de sa mère de le protéger des immondices, d'une part et/ou de l'organisation de son espace domestique, d'autre part. Les maladies, pouvant entraver sa croissance comme la diarrhée et/ou les infections respiratoires aiguës, surviennent vers la fin ou au-delà de la période cruciale pour le développement, c'est-à-dire autour du 24<sup>e</sup> mois du jeune enfant, âge à partir duquel la mère décide de le laisser sous la surveillance d'une tierce personne.

## **Chapitre 13 : Mami et sa famille élargie restreinte**

La famille de Mami est de type élargi restreint, car la maisonnée est composée de 4 membres, c'est-à-dire Mami elle-même, madame Marie Clara, sa mère, son frère aîné Jac et son petit-neveu Ta. Ce dernier est le fils de Madame Al, une des filles de madame Marie Clara, habitant au rez-de-chaussée de leur maison. D'autres membres de la famille de madame Marie Clara se trouvent dans la proximité, à savoir sa sœur aînée madame Ela et sa famille (son mari et ses quatre enfants), sa sœur cadette madame So et sa famille (son mari et ses quatre enfants) et son frère cadet Dani et sa famille (sa femme et ses deux enfants). Ces familles se rassemblent dans un bâtiment en bois à un étage et dans une concession disposant d'une clôture en bois. La famille de Mami et celle de sa tante So se trouvent au premier étage, et l'entrée vers leurs maisons se fait par un escalier à l'extérieur de la maison ; les familles de sa sœur Al et de son tonton Dani sont au rez-de-chaussée. Ces familles partagent une cour avec 9 autres foyers qui n'ont aucun lien familial avec eux. La figure 19 illustre l'organisation spatiale de cette famille de Mami dans une cour partagée. D'autres membres de la famille de Madame Marie Clara vivent également dans ce même quartier, à savoir sa mère, ses tantes et ses frères avec leurs familles respectives. Cette grande famille élargie se trouve dans une autre concession, loin de celle de madame Marie Clara. Historiquement, l'existence de cette famille dans ce quartier remonte aux années 1940 avec la migration de l'arrière-arrière-grand-père de madame Marie Clara. La grand-mère maternelle (et sa fratrie) et la mère (et sa fratrie) de madame Marie Clara sont nées et ont grandi dans ce quartier.

La mère de Mami, madame Marie Clara, a quatre enfants, trois filles et un garçon, nés d'une union libre. Deux filles sont déjà mariées et l'une d'entre elles vit avec son compagnon dans un autre quartier de la capitale. Après la rupture de madame Marie Clara avec le père de ses enfants vers 2013, elle a pris en charge seule la vie de ses deux enfants et d'un petit-enfant. Mami est une jeune fille dont les mesures anthropométriques ont révélé un z-score de  $-2,00$  ET (indicateur taille par rapport à l'âge). Ce qui fait que Mami se trouve au seuil du retard de croissance.

La maison de Mami dispose d'électricité est constituée de deux pièces, c'est-à-dire une pièce servant à la fois de salon et de chambre à coucher et une autre pour la cuisine. Madame Maria Clara et les membres de sa famille puisent l'eau à des bornes-fontaines. La figure 20 représente l'arbre généalogique de la famille de madame Marie Clara se trouvant dans sa concession.



**F1** : Foyer de madame Marie Clara (mère de Mami)


**F2** : Foyer d'Al (sœur de Mami)

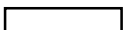
**F3** : Foyer de madame So (tante de Mami)


**F4** : Foyer de monsieur Dani (tonton de Mami)


**F5** : Foyer de madame Ela (tante de Mami)

**V** : Voisins (à l'étage et au rez-de-chaussée)

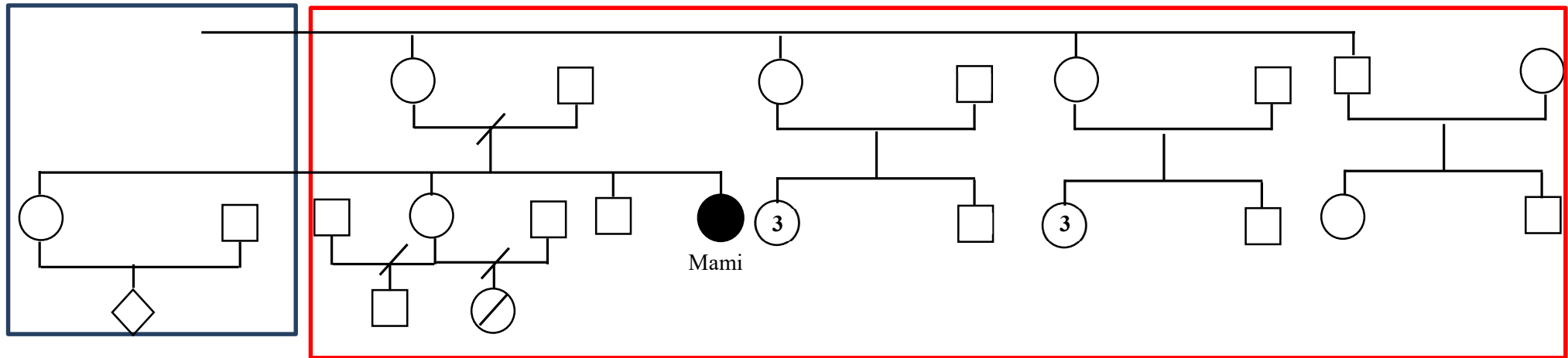
 : Escalier à l'extérieur

 : Passerelle

 : Portail

 : Clôture

**Figure 19** : L'emplacement et l'organisation spatiale de la famille de Mami



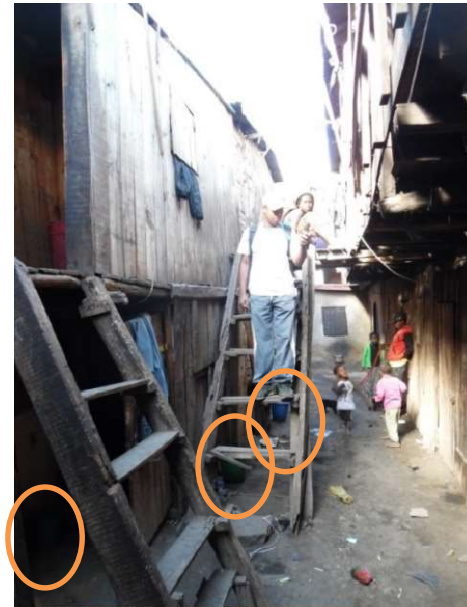
- : Membres de sa famille et sa lignée dans la concession
  - : Membres de sa lignée hors du quartier
  - : Séparation
  - : Sexe féminin
  - : Sexe masculin
  - : Petite fille incluse dans l'étude
  - / : Sexe féminin décédé
- : Descendance
  - : Union

**Figure 20 :** L'arbre généalogique de la famille de madame Marie Clara vivant dans sa concession.

### **XIII-1- La latrine, le pot de chambre et la crainte fervente de la souillure**

Cette famille et tous ses voisins ne disposent ni de latrine ni de douche. Ils utilisent tous des pots de chambre pour la miction et la défécation. À l'inverse d'autres familles qui laissent sécher au soleil leur pot ouvert après les avoir lavés, les pots dans ces foyers sont laissés fermés avec des couvercles et placés dehors contre le mur de leurs propriétaires respectifs (cf. photo 22). Pour la famille de Mami, se trouvant à l'étage, le pot, bien fermé, se trouve très près de la cuisine avant d'entrer dans la maison. Ces pots de chambre sont « personnels » et perçus comme « dégoûtants » et ne doivent pas, par conséquent, se trouver devant la porte ou contre le mur d'un voisin selon madame Marie Clara. Un tel acte est considéré comme une insulte et une provocation. La mère de Mami a souligné que les jeunes enfants de moins de 10 ans peuvent faire leurs besoins près des canaux d'évacuation et des espaces collectifs et ne devraient pas faire l'objet de remarques des riverains faute de latrine et à cause de la dangerosité de la fosse pour ceux qui en possèdent. Une autre explication de cette autorisation en faveur des jeunes enfants pour la défécation à l'air libre est le fait que « les matières fécales d'un adulte et d'un jeune enfant ne sont pas les mêmes, leurs nourritures ne sont pas les mêmes » dit madame Marie Clara. Selon elle, la matière fécale d'un jeune enfant n'est pas aussi répugnante que celle d'un adulte. Comme plusieurs autres mères, elle accepte la présence des matières fécales des enfants dans les espaces publics et encourage ses jeunes enfants à y faire leurs besoins lorsqu'ils ont envie. L'observation pendant l'après-midi du 1er juin 2018 a montré cet acte banal d'un jeune enfant sur la pratique sans gêne d'une défécation à l'air libre. Sept jeunes enfants, y compris Mami, jouaient ensemble dans un terrain de football, un des jeunes enfants défèque sans gêne à trois mètres de l'emplacement de leur jeu, sous les yeux de ses amis. Puis la fille n'a ni lavé ses mains ni dissimulé la matière fécale et est retournée rejoindre ses amis pour jouer.

Des traces de selles ont été observées également à l'intérieur de la cour partagée de la famille de Mami, où les jeunes enfants jouent. Selon toujours l'observation du 1er juin 2018, devant madame Marie Clara, son petit-fils Ta urine sans gêne sur le couvercle d'un pot de chambre fermé d'un voisin. Bien que cette cour contienne des sachets en plastique et des traces de selles (mais pas toujours), Mami et ses voisins n'y jettent pas pour autant les déchets ménagers. La famille de Mami utilise un sac pour collecter leur déchet ménager qui est déversé dans les canaux d'évacuation. Cet espace partagé, que les habitants tentent de ne pas salir, ne possède ni latrine, ni dépotoir collectif, ni animaux.



**Photo 21** : Des pots de chambre placés contre le mur de leurs propriétaires

Madame Marie Clara pense que la matière fécale humaine est vectrice de maladies et représente également un véritable danger en matière de souillure pour les habitants du quartier. Elle est une croyante fervente et que la matière fécale peut souiller l'ordre de destin et le *hasina* si elle est en contact avec n'importe quelle partie du corps d'un individu. La personne souillée court un danger, car « il ou elle ne peut pas gagner de l'argent tout court » dit madame Marie Clara. Le contact peut provoquer également « un mal de tête » et rendre, par la suite, la vie difficile en privant la personne d'argent. Le contact entraîne la privation de clients dans son travail. Par exemple, si la personne est une lavandière, aucun client ne demandera sa prestation, et si la personne est un-e commerçant-e, aucun ou peu d'acheteurs viendront.

Plusieurs précautions sont mises en avant dans cette famille pour éviter la souillure et ses conséquences socioéconomiques. Madame Marie Clara est une lavandière professionnelle et une porteuse d'eau. Dans son travail, pour éviter cette souillure, elle refuse de laver un vêtement d'un client souillé par une matière fécale humaine. Pour son jeune enfant de moins de 5 ans, elle peut faire une exception si le vêtement est souillé par ses propres selles. En revanche, si jamais, le vêtement de son enfant est souillé par la matière fécale d'autrui, elle le jette. Même dans ces conditions, elle évite de toucher avec les mains le vêtement en question. Pour ce faire, selon son discours, elle fait couler de l'eau sur le vêtement et enlève les matières fécales avec ses pieds. C'est seulement lorsque, la matière fécale est évacuée qu'elle applique le savon et frotte le vêtement pour le laver avec les mains. Elle n'accepte pas de laver les culottes et évite de porter des pantalons, des jupes dans une cuvette sur la tête jusqu'au bassin. Ces vêtements-là sont portés à la main jusqu'au lavoir par un de ses enfants. À la maison, ces vêtements ne

doivent jamais également poser sur les oreillers, même s'ils ne présentent pas de selles, car « Ils [ces vêtements] reçoivent les pets » dit madame Marie Clara. Elle préfère largement la défécation des enfants à l'air libre à la défécation dans le pantalon ou la culote. Enfin, elle privilégie l'utilisation de la main droite comme sa mère (la grand-mère de Mami) le lui a appris, elle manipule et lave avec la main gauche tout ce qui est considéré comme « sale » comme le pot de chambre. Pendant le nettoyage de ce récipient, elle couvre quand même cette main gauche avec un sachet en plastique pour éviter un contact direct. La main droite sert, en revanche, à manipuler de ce qui est « propre » comme la nourriture par exemple.

### **XIII-2- L'importance de la propreté de l'espace privé : la maison**

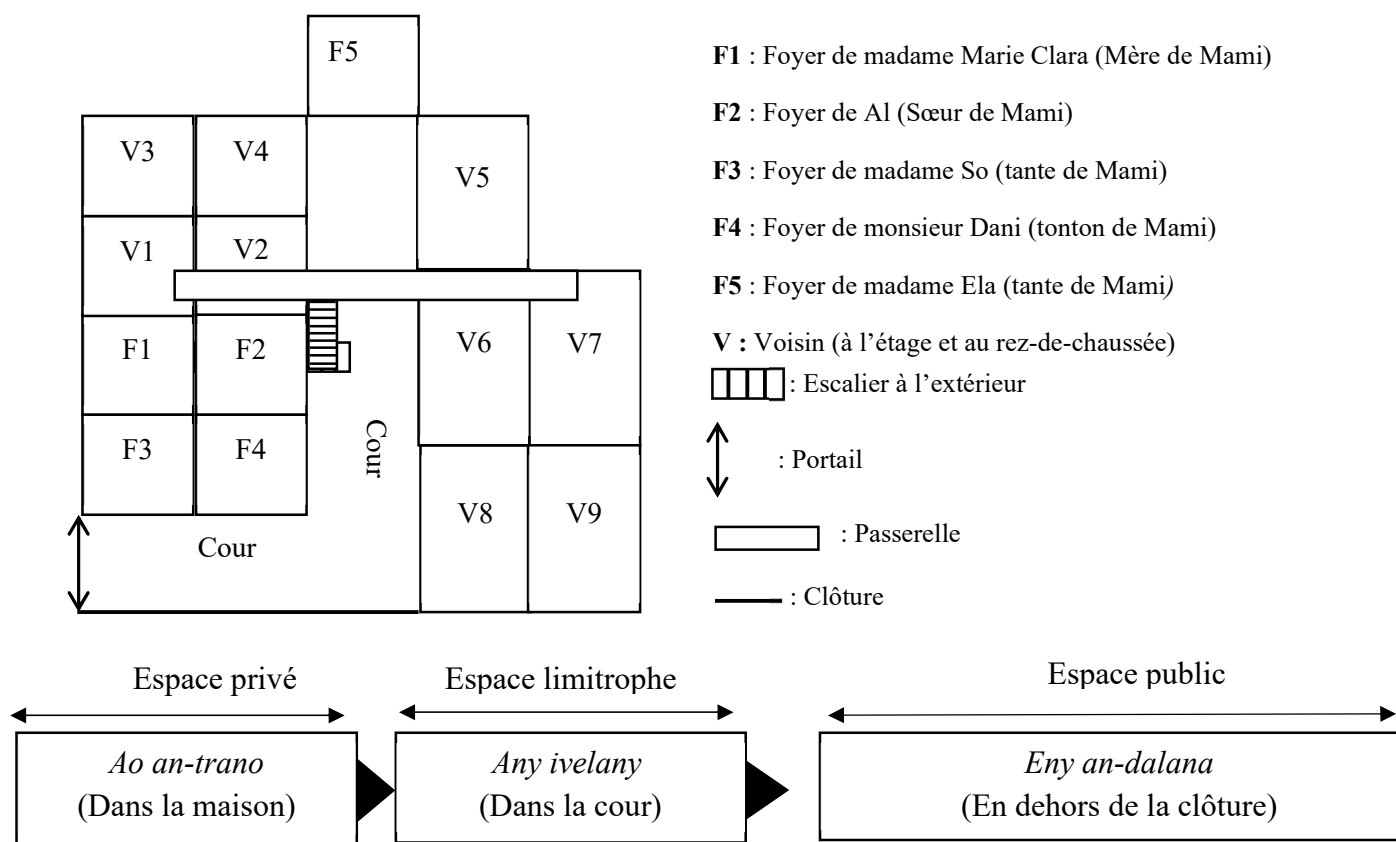
La famille de Mami veut accorder également de l'importance à la propreté de l'intérieur au détriment de l'extérieur. Elle se lave régulièrement et nettoie dans la mesure du possible l'intérieur de sa maison. Elle n'accorde que très peu d'intérêt, en revanche, à la propreté de l'espace public. Selon elle, ce serait une perte de temps de nettoyer un espace toujours « sale » en se référant aux ruelles et aux terrains en dehors de sa maison, à la cour clôturée et partagée avec ses voisins et les quatre foyers membres de sa famille. En ce qui concerne les bidons, le foyer de madame Marie Clara en possède quatre types, qui sont bien distingués en fonction de leur utilité et des sources d'approvisionnement. Les bidons utilisés pour le repas et la vaisselle doivent être propres de l'intérieur qui est lavé régulièrement pour éviter l'accumulation d'écumes vertes au fond du bidon. La partie extérieure ne fait l'objet de lavage que très rarement. Pour les autres bidons, le lavage est très rare, voire inexistant. Bien que cette mère de famille accorde de l'importance à la propreté dans sa maison, des objets et des vêtements ne sont pas rangés et s'éparpillent souvent sur les chaises, le lit, etc. Les ustensiles dans la cuisine ne sont guère rangés, et des eaux usées sont stockées dans des récipients à côté du pot de chambre dans la cuisine avant d'être jetées dans le canal d'évacuation.

Dans le foyer de madame Marie Clara, trois espaces concentriques sont aussi bien distincts (*ao an-trano*, *any ivelany*, *eny an-dalana* (cf. figure 21). *Ao an-trano* est considéré comme le seul véritable espace privé qui est entretenu de manière régulière et protégé de l'extérieur grâce à la structure de l'habitat. En effet, la particularité du foyer de madame Marie Clara est son emplacement à l'étage, ce qui le protège davantage des immondices de l'extérieur, surtout pendant la montée des eaux et limite le passage et la fréquentation des voisins comme de jeunes enfants de la maison. La cour constitue un espace limitrophe entre l'espace privé et l'espace public. Bien que cet espace ne soit pas régulièrement entretenu, il est préservé des immondices de l'extérieure grâce à la clôture. Les habitants de cette concession rassemblent chacun leurs ordures dans un sac qui sera versé dans l'espace public en dehors de la cour, dans



un dépotoir sauvage, ou dans le canal d'évacuation. Les risques de contamination pour un jeune enfant ne sont pas dans cette cour, de même niveau que ceux de la cour d'une grande famille élargie.

*Eny an-dalana* est le lieu du sale par excellence, surtout autour des canaux d'évacuation d'eau. Les voisins de madame Marie Clara se donnent rendez-vous, selon elle, très tôt le matin et/ou très tard la nuit pour verser les contenus des pots de chambre et des sacs à ordures dans le canal d'évacuation en dépit des risques de sanction en cas de flagrant délit (cf. chapitre 3). Comme cela a déjà été évoqué, les jeunes enfants sont autorisés, voire encouragés à la défécation et à la miction dans l'espace public et surtout autour des canaux d'évacuation.



**Figure 21** : Les différents espaces concentriques autour de la maison de madame Marie Clara

### XIII-3- La gestion de la propreté de Mami

Mami est née dans un centre de santé alors que ses fratries sont nées à domicile. Ce choix était lié à la peur d'une probable complication à cause de la longue période d'espacement de naissance entre Mami et celle de son frère aîné Jac (10 ans). L'accouchement s'est déroulé sans difficulté et elle est restée dans le centre de santé pendant 3 jours avant de rentrer chez elle. Elle était en réclusion par la suite pendant trois jours pour « se reposer » avec l'assistance de sa fille aînée Ali. Cette dernière assurait, ainsi, toutes les tâches ménagères et la préparation de la

nourriture pendant ce temps de repos. Elle a repris progressivement ses activités quotidiennes après ces jours de « repos ». La mère a donné le premier bain de Mami lorsque la plaie de l'ombilic s'est cicatrisée. Elle renouvelait, ensuite, le bain à l'intervalle de trois jours jusqu'à son 12<sup>e</sup> mois. Le jeune enfant est lavé avec de l'eau chaude et du savon de couleur blanche et sans odeur dans une cuvette à l'intérieur de la maison. Après chaque bain, elle applique de l'huile de zébu dans un premier temps et puis de l'huile de coco sur le corps de Mami pour lui procurer de la chaleur, ce qui est important, selon la mère, pour éviter la colique et pour assurer sa croissance, en l'occurrence la prise de poids. Cette embrocation visait également à façonner, à renforcer le corps et à relaxer les muscles, surtout ceux des pieds, afin qu'elle marche très vite (cf. infra). Mami avait le *taikombindoha* sur sa tête, en l'occurrence la fontanelle, quelques jours après sa naissance. Sa mère tentait de l'enlever avec ses ongles en la grattant pendant les bains ou avec le peigne en dehors des bains après avoir y appliqué de l'huile. À partir du 12<sup>e</sup> mois, le nombre de bains était limité à une fois par semaine.

Madame Marie Clara quittait rarement le quartier à cause de son travail de lavandière et quelques fois de porteuse d'eau. Elle passait la plupart de son temps, la matinée surtout, dans un lavoir pour laver des vêtements. Elle gardait souvent Mami à côté d'elle pendant les 12 premiers mois et assurait ainsi sa propreté, entre autres la gestion des matières fécales et le lavage du corps.

#### **XIII-4- L'interaction de Mami avec son environnement**

Pendant sa petite enfance, l'enfant fréquentait surtout le lieu de lavage des vêtements de sa mère et l'espace limitrophe de la famille lorsque sa sœur Al la surveillait. Sa mère la mettait dans une cuvette pendant qu'elle lavait les vêtements. En revanche, Mami est entré en contact avec la cour partagée avec les voisins lorsqu'elle était sous la surveillance de sa sœur aînée pour apprendre à ramper et à marcher. Avant les contacts avec la terre, madame Marie Clara pense qu'un muscle « rigide » limite l'acquisition d'un mouvement. Du 4<sup>e</sup> au 9<sup>e</sup> mois, elle massait ainsi tous les matins les membres inférieurs du jeune enfant, à partir de la hanche jusqu'au dos du pied avec le *rora mafaitra*, la salive légèrement amère. Elle pensait que la rapide acquisition de la marche de Mami, vers son 9<sup>e</sup> mois, était due à ses pratiques de massage et à l'interaction du jeune enfant avec son milieu de vie. L'acquisition de la marche garantit l'autonomie du jeune enfant et donne à la mère du temps pour se consacrer à ses activités génératrices de revenus pour sa famille.

Mais, la mère et la sœur aînée Al tentaient d'empêcher le contact de Mami avec les fanges et les eaux stagnantes pendant les saisons des pluies qui peuvent provoquer la

diarrhée<sup>124</sup>. Mami était gardée à l'intérieur de la maison lorsque la cour collective était submergée par l'eau de pluie ou était recouverte de boue. Il lui arrivait de l'enfermer seule à la maison pour l'empêcher de jouer avec des eaux stagnantes lorsqu'elle a grandi. Il était difficile, en revanche, pour la mère de savoir ce qu'elle faisait pendant son absence. Le jeune enfant interagit forcément avec son milieu de vie et les objets qui s'y trouvent. Dans une telle condition, le niveau de propreté ou de saleté de l'environnement immédiat et les objets, qui s'y trouvent, dépend de la pratique des habitants et surtout de l'état de propreté ou de saleté de ce milieu de vie comme cela a été évoqué. Elle bénéficiait de la plupart des temps pendant sa petite enfance d'espaces (la cour familiale, du lieu de lavage des linges) loin des immondices, des excréments d'animaux et des ordures ménagères ; ce qui pourrait minimiser les risques de contamination par le milieu de vie. Concernant le lavage des mains, cette pratique n'est jamais effective dans cette famille selon madame Marie Clara qui disait : « on ne lave jamais les mains avant le repas et après la défécation ». Cette pratique se fait surtout le soir pour les autres membres de son foyer. Quant à elle, en tant que lavandière, elle avait l'occasion de se laver les mains pendant et après la lessive.

Concernant la socialisation précoce de Mami, elle était emmenée de temps à autre par des adultes maternants pour l'*ampitampitaina* (cf. chapitre 7). Elle rapporte qu'une belle-sœur, qui habite dans le quartier, prenait souvent Mami chez elle.

La sensibilité et le rôle de la personne, qui la surveillait pendant sa petite enfance, pouvaient l'aider également à éviter une contamination. Sa sœur aînée Al et sa mère ne veulent pas qu'elle joue avec les eaux stagnantes et les boues qui peuvent provoquer la diarrhée. En revanche, elles l'encouragent à jouer avec les poussières et à interagir avec les objets de son milieu de vie ; Mami pratiqua justement la géophagie pendant sa petite enfance.

### **XIII-5- La relation entre Mami et son entourage**

Le nombre de personnes maternantes en relation directe avec Mami était limité à son père, sa grand-mère maternelle, sa sœur aînée et sa mère, malgré la présence d'autres adultes dans sa proximité. Madame Marie Clara s'est séparée du père de Mami lorsque celle-ci n'avait que quelques mois. Plusieurs raisons ont été évoquées par la mère de Mami pour justifier cette séparation : l'adultère, l'alcoolisme et surtout la violence conjugale. Après la séparation, les soins et la garde des enfants ont été assurés par madame Marie Clara. Le lien entre Mami et son père a été rompu après cette séparation. Le père leur rendait visite de temps à autre pour demander de l'aide à madame Marie Clara et non pour leur apporter de l'aide. Ces visites ont

---

<sup>124</sup> Al a perdu un enfant à cause de la diarrhée.

permis à Mami de faire la connaissance de son père. La relation émotionnelle entre Mami et son père est « faible », car selon madame Marie Clara, le jeune enfant évite son père et ne l'appelle jamais « papa », mais l'appelle par son nom. Elle s'approche de lui pour demander de l'argent et s'il ne lui en donne pas, elle s'éloigne. Le père voulait la prendre souvent dans ses bras, mais elle le repousse selon sa mère.

Une autre figure maternante en lien direct avec le jeune enfant est sa grand-mère maternelle qui a habité depuis toujours dans le même quartier. Elle était parfois en contact avec cette figure maternante pendant sa petite enfance. Cette dernière n'a pas pu assister madame Marie Clara après l'accouchement de Mami comme toute autre mère a l'habitude de faire. En fait, elle s'était toujours opposée à l'union entre le père et la mère de Mami, et les interactions entre la grand-mère maternelle de Mami et sa mère étaient limitées à cause de cela. De son côté, madame Marie Clara n'a jamais sollicité l'aide de sa mère. Ceci a un impact sur le lien de Mami avec sa grand-mère maternelle ; lorsque Mami voit sa grand-mère maternelle, elle lui demande tout simplement également de l'argent et après elle s'éloigne. Elle a développé ainsi un attachement évitant (et par intérêt) avec son père et sa grand-mère maternelle.

Mami, pendant les observations, était toujours proche physiquement de sa mère, mais leurs échanges étaient pleins d'agressivité. La mère la menaçait ou lui faisait du chantage lorsque le jeune enfant ne voulait pas suivre ses conseils. Toutefois, l'enfant participait à la discussion et suivait dans une certaine mesure les conseils de sa mère. À titre d'exemple, la petite Mami a eu beaucoup de morve l'après-midi du 1er juin 2018 et pendant les moments d'entretiens, et la mère a demandé à l'enfant de l'enlever. Cette dernière l'a fait avec son vêtement. La personne la plus proche de Mami est sa sœur aînée Al qu'elle appelait également « maman ». Elle montrait du respect envers cette sœur en suivant ses conseils. C'était elle qui assistait Mami pendant les prises alimentaires durant sa petite enfance l'en absence de sa mère. C'était toujours elle qui la surveillait et l'empêchait de mettre des objets dans sa bouche. Mami lui rendait visite tous les matins avant de faire quoi que ce soit. Sa sœur aînée était ainsi comme la suppléante de sa mère qui la suivait de près.

Dans son interaction avec ses amis, Mami était très dynamique et interagissait facilement avec tout le monde. Elle me demandait de l'argent par exemple bien que je ne fusse pas encore très familier avec sa famille à ce moment-là. Elle était déjà très autonome et très mobile en se rendant dans des espaces loin de sa maison. Sa mère ne la suivait plus surtout en matière de propreté, surtout s'agissant d'hygiène buccale par exemple. Les trois jeunes enfants qui vivaient avec elle avaient tous des dents très abimées.

La santé de Mami pendant sa petite enfance ne dépendait pas seulement de son interaction avec son environnement, l'état de propreté de celui-ci, et de la présence ou non d'un partenaire, mais également de son alimentation. Pour Mami, l'insuffisance alimentaire était flagrante.

### **XIII-6- L'alimentation de Mami**

L'alimentation de Mami pendant sa petite enfance reflète la vie quotidienne d'une mère célibataire contrainte de travailler dans le quartier. Ce qui favorise une certaine proximité entre la mère et son jeune enfant malgré leur séparation à cause du travail. Trois informations importantes doivent être prises en compte à propos de madame Marie Clara à propos de l'alimentation de son enfant et de sa famille : l'éducation de la mère abandonnant l'école en classe de CE1 ou T2, le support d'un autre membre de la famille pendant son absence et le problème financier et économique.

Les pratiques alimentaires ne rejoignent pas les recommandations des institutions internationales, à savoir l'initiation de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance, l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois, une diversification alimentaire à partir de six mois, et la présence d'un adulte maternant, en l'occurrence la mère, avec le jeune enfant pendant ces prises alimentaires. Madame Marie Clara applique ce que sa mère lui a conseillé et ce qu'elle a appris des soignants, mais sans connaître les raisons d'une telle pratique. Elle a développé ainsi une sorte de « syncrétisme » de connaissances autour de la pratique alimentaire d'un jeune enfant, issue de la vision biomédicale véhiculée par les agents communautaires de nutrition/santé et les soignants pendant la consultation prénatale d'une part et, d'autre part, issue des savoirs ancestraux transmis par sa mère. Elle ne connaît pas la relation entre les « microbes » dans une nourriture et la diarrhée par exemple ; pour elle, la diarrhée est due à une indigestion d'une saleté et non à la présence de germes pathogènes. D'un autre côté, elle sait aussi que le lait maternel « chaud » est une source de « vitamine<sup>125</sup> » et est bon pour la santé du nourrisson, tandis que le lait maternel « gâté » est mauvais pour sa santé. Le rôle de l'importance du lait maternel pour la santé vient dans ce cas de la sensibilisation biomédicale, tandis que la différence entre le lait maternel « chaud » et le lait maternel « froid » et « gâté » vient du savoir populaire, transmis par sa mère et son entourage.

Mami a été mise au sein dans l'heure suivant sa naissance, selon sa mère. Avant cela et avec l'aide de son entourage, elle a dû nettoyer les mamelons et évacuer les premiers laits considérés comme « froids » et « gâtés » et mauvais par conséquent pour la santé du nouveau-

---

<sup>125</sup> « Vitamine » est le mot utilisé pour tous les nutriments.

né. Elle a bu ensuite de l'eau chaude avant de mettre le nouveau-né en contact avec les seins. Le nettoyage et l'évacuation éliminent le lait « froid » et « gâté ». L'eau chaude sert à « chauffer », de manière instantanée, le lait dans les seins. Elle a suivi la recommandation de l'OMS et de l'UNICEF en mettant le bébé au sein dans le temps imparti, mais a éliminé aussi en même temps l'essentiel, c'est-à-dire le premier lait (le colostrum) que cette recommandation vise. Elle n'a pas donné de l'eau à Mami à ce moment-là, car, selon elle, l'introduction de l'eau à un nouveau-né est nécessaire seulement pour les femmes subissant une césarienne et n'ayant pas de lait. L'allaitement exclusif a duré trois mois pour Mami, qui a été sevré à partir de son septième mois. Ce sevrage est très précoce par rapport à la recommandation d'un allaitement jusqu'à la deuxième année ou plus d'un jeune enfant. Madame Marie Clara a donné de l'eau préalablement bouillie à partir du 3<sup>e</sup> mois de Mami.

Madame Marie Clara a introduit le premier aliment à partir du troisième mois du jeune enfant, sous l'influence de sa mère. Contrairement à la mère d'Anto, elle n'a pas pu résister à ce conseil à cause du rôle important des femmes âgées perçues comme les plus expérimentées en matière de maternage au sein de sa famille. Son niveau d'éducation limité, en classe de T2 ou CE1, pourrait expliquer également un tel assentiment. L'introduction d'un aliment de complément vers le troisième mois permet au nourrisson de se familiariser tôt avec la diversification alimentaire et de « libérer » progressivement et précocement la mère de l'allaitement et de sa présence auprès du jeune enfant selon cette mère. Autrement dit, pour madame Marie Clara et sa mère, la diversification marque le début de la séparation de corps avec le jeune enfant. Contrairement à la mère de Nini qui doit travailler en dehors du quartier et pour laquelle la diversification alimentaire a dû être mise en place obligatoirement par la grand-mère à cause de son absence, cette introduction d'aliment de complément précoce auprès de la famille de Mami est un choix pour se libérer progressivement du jeune enfant en matière d'alimentation et en même temps pour garantir son autonomie.

Cette diversification alimentaire a commencé avec l'introduction des biscuits écrasés dans de l'eau chaude pour fabriquer de la bouillie. Entre son 4<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> mois, la mère lui a donné du riz rouge mou sans aucun accompagnement. Mami a commencé à prendre part au plat familial à partir du 7<sup>e</sup> mois (au lieu du 12<sup>e</sup> mois). Compte tenu du contexte social et économique de cette famille, Madame Marie Clara n'a pas pu offrir de véritables aliments spéciaux à Mami avec des ingrédients différents de ceux du plat familial. La famille a rencontré à plusieurs reprises des difficultés financières, si bien que le nombre de préparations de repas fut souvent limité à un par jour. Elle préparait l'unique repas le soir et une partie était souvent laissée pour le déjeuner du jour suivant. La consommation d'un petit déjeuner, beignet et thé est

occasionnelle. La famille consommait très rarement des aliments d'origine animale, une fois par mois, et des produits laitiers comme un yaourt ou du fromage. Ceci explique probablement pourquoi le jeune enfant demandait de temps à autre de l'argent à son entourage pour acheter un gouter, car elle a faim. À partir du 7<sup>e</sup> mois, la quantité et la qualité de l'alimentation de Mami diminuent, car non seulement elle n'était plus allaitée, mais suivait également le rythme de la prise alimentaire au sein de sa famille.

Avec une seule prise alimentaire par jour, voire en l'absence de repas à un certain moment, les membres de la famille de Mami peuvent subir l'effet d'une insécurité alimentaire. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), « une personne est en situation d'insécurité alimentaire lorsqu'elle n'a pas un accès régulier à suffisamment d'aliments sains et nutritifs pour une croissance et un développement normal et une vie active et saine<sup>126</sup> ». Selon l'échelle de mesure de mesure de l'insécurité alimentaire vécue (FIES ou Food Insécurité Experience Scale)<sup>127</sup>, une personne souffre d'une insécurité alimentaire modérée s'il y a un « (a) manque d'argent pour une alimentation saine, (b) n'est pas sûr de pouvoir se procurer des aliments et (c) a probablement sauté des repas ou manqué parfois de nourriture ». Les membres de cette famille, y compris Mami, ont subi ces trois scénarios. Le manque d'argent est un des freins empêchant la mère de voir un médecin en cas de maladie par exemple. Elle reçoit quelques fois de l'argent de son travail de lavandière, mais seulement le soir du jour de sa prestation. C'est cet argent qui sera utilisé ensuite pour acheter de la nourriture. Pendant l'accouchement de Mami dans un centre de santé, elle n'a pas eu le moyen financier nécessaire pour couvrir les dépenses au centre de santé. C'est la grand-mère maternelle de l'enfant qui a supporté les dépenses. Enfin, comme il a été mentionné un peu plus haut, le père de ses enfants n'apportait aucune aide financière depuis sa séparation avec la mère de Mami. Cette dernière n'a pas non plus la possibilité de se procurer de manière régulière des aliments. L'insécurité alimentaire récurrente peut contribuer à entraver la croissance chez les jeunes enfants à long terme (Singh *et al.*, 2014). L'étude menée par Mehretu Belayneh et ses collaborateurs (Belayneh *et al.*, 2019) dans le sud de l'Éthiopie documente le lien immédiat entre l'insécurité alimentaire auprès d'un ménage et l'émaciation des jeunes enfants. L'arrêt précoce de l'allaitement de Mami pourrait aggraver son état nutritionnel, car elle a reçu une alimentation inappropriée en quantité et en qualité, ne répondant pas à ses besoins à cause de la

---

<sup>126</sup> Sources : [Faim | FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture](#), consulté le 2 juin 2022

<sup>127</sup> Il s'agit d'une approche utilisant des indicateurs relatifs à la prévalence de la sous-alimentation en questionnant entre autres les disponibilités alimentaires ou les revenus, la quantité consommée, l'absence de repas et à l'état nutritionnel comme l'émaciation, etc.

pauvreté de sa famille, pour remplacer le lait maternel. Cet arrêt précoce de l'allaitement l'a plongée davantage dans l'insécurité alimentaire.

Un autre point important est la place du « don contre don » autour du partage d'un repas et la forte réticence à donner et à demander de la nourriture à son voisin et à sa famille. Madame Marie Clara ne demande jamais d'aide alimentaire ni à ses sœurs, ni à son frère, ni à ses voisins. Il est mal vu pour un individu de demander de l'aide alimentaire à son entourage. En revanche, elle accepte l'offre volontiers. Occasionnellement, sa sœur Ela offre un repas à Mami lorsque sa famille n'a pas de repas et madame Marie Clara l'accepte. Le fait qu'un jeune enfant reste dans le ménage d'un voisin pendant l'heure de repas suscite beaucoup de commérage et il est vite accusé d'être impoli « *tsy mahalala fomba* », littéralement ce qui ne connaît pas le savoir-vivre. Une telle situation entraîne de la honte pour l'individu et sa famille. Une transaction peut se faire autour de la nourriture entre deux familles, qui doivent se mettre d'accord mutuellement sur les aliments à échanger en matière de quantité et de qualité pour éviter toute dispute dans le cas où l'un ou l'autre ne respecte pas ce qui en a convenu. L'anecdote de la mère de Mami montre un exemple d'une telle transaction qui a mal fini. Un jour madame Marie Clara a préparé des pâtes alimentaires pour sa famille. Une femme de la famille voisine a vu la préparation et a voulu échanger une partie de leur riz cuit contre une portion de pâtes alimentaires cuites. La mère de Mami a accepté. Les pâtes n'ont pas été consommées, mais conservées par cette famille. Or, un enfant de ce foyer avait consommé toutes les pâtes alimentaires à l'insu de sa mère, qui est alors furieuse. Elle a disputé d'abord avec son enfant et demandé à ce dernier pourquoi il n'avait pas laissé une part pour elle. La voisine s'en est prise, ensuite, à la mère de Mami en l'accusant d'avoir donné très peu de pâtes alimentaires.

Non seulement la pauvreté de la famille de Mami ne permet pas à leur membre de consommer suffisamment, mais la mère de Mami ne peut compter sur l'appui ou l'aide de son entourage en cas d'insuffisance ou d'absence alimentaire. Autrement dit, cette famille ne doit compter que sur madame Marie Clara pour se procurer de la nourriture. Le développement et la croissance des enfants de cette famille peuvent être entravés par cette insuffisance alimentaire à long terme.

En résumé, les soins et la surveillance de Mami ont été partagés entre sa mère Marie Clara et sa sœur Al. Ces deux adultes maternants ne souhaitent pas que le jeune Mami interagisse avec les eaux stagnantes et les boues de son milieu de vie. D'un autre côté, l'environnement de Mami est dépourvu d'immondices, de matières fécales, d'ordures ménagères, d'excréments d'animaux. Bien que le jeune enfant pratique la géophagie dans ces



milieux de vie, les risques de contamination ne peuvent être au même niveau que ceux d'un espace envahi par des immondices. En revanche, les membres de la famille de Marie Clara souffraient de l'insuffisance alimentaire. Tout cela pourrait avoir à long terme une répercussion sur le développement et surtout la croissance de Mami et les autres jeunes enfants.

### **XIII-7- Mami : pas de maladies graves, mais en proie au retard de croissance**

Mami a été épargnée par les maladies diarrhéiques pendant ses deux premières années, selon sa mère. L'interdiction de sa mère et de sa sœur d'interagir avec les eaux stagnantes et les boues pourraient protéger le jeune enfant de contaminations majeures par son milieu de vie. Toutefois, elle avait depuis toujours un problème de toux, lorsqu'elle joue avec de l'eau. D'ailleurs, c'était en constatant ce fait que la mère a interdit à l'enfant de toute interaction avec de l'eau stagnante et de la boue. La mère n'a jamais consulté un médecin quand Mami était malade. Elle a jugé que l'enfant était toujours en bonne santé et qu'elle n'avait pas besoin de voir un médecin. Dans ce sens, la toux a été considérée comme bénigne et traitée à domicile. Elle est consciente quand même que toute maladie ne pourrait être traitée à la maison, mais cela dépend de sa sévérité. Pour elle, un enfant alité et fébrile est considéré comme gravement malade et devrait être traité par un médecin. Elle a fait référence ici à un de ses petits-enfants, la fille de sa fille aînée Al, qui avait succombé à la suite d'une maladie diarrhéique. L'absence de maladies diarrhéiques auprès de cet enfant pourrait expliquer, entre autres l'absence d'émaciation grave, comme l'*alofisaka*, chez Mami. Suivant la même logique, l'absence de maladies graves de manière globale pourrait expliquer pourquoi elle n'a pas développé de forme grave de retard de croissance.

Pourtant, elle est en proie à un retard de croissance et souffrait d'une malnutrition chronique modérée. Une des explications de cet état pourrait être le manque récurrent de nourriture pour les membres de cette famille et l'arrêt précoce de l'allaitement.

En résumé, la présence physique et émotionnelle de la mère et de la sœur Al, attentives aux interactions avec les immondices du son milieu de vie, pourrait contribuer à limiter les risques de contamination par le milieu de vie. Enfin, la peur de la souillure par la matière fécale a renforcé les précautions à ne pas salir le milieu de vie. Ce qui a préservé la bonne santé du jeune enfant pendant la phase cruciale de son développement de sa croissance.

Nous avons vu que ces trois familles de Nini, Anto et Mami sont présentes depuis longtemps dans ce quartier (au moins une vingtaine d'années). Les membres de ces familles conservent certaines pratiques pour éviter la souillure. Les pères sont absents pour diverses raisons, la séparation avec la mère pour Anto et Mami, le travail pour Nini. En revanche, ces familles présentent des différences en fonction de la structure, du nombre d'adultes maternants proches, du niveau d'étude de la mère et surtout de l'organisation spatiale autour du ménage. La présence d'adultes maternants dans la famille ou non permet à une mère de séparer ou rester à côté de son jeune enfant pendant ses deux premières années de vie lorsqu'elle travaille.

Dans le cas de Nini et plusieurs autres enfants vivant dans les mêmes conditions appartenant à de grandes familles élargies, leurs mères peuvent se permettre de s'absenter loin de leurs jeunes enfants de manière précoce dans leurs vies, car elles peuvent espérer de l'aide des autres adultes maternants, en l'occurrence la grand-mère maternelle. Dans ces conditions, les jeunes enfants doivent devenir les plus autonomes possible en matière de mobilité (capable de marcher), d'alimentation (capable de manger tout seul) et de socialisation via l'*ampitampitaina* (ne pas avoir peur d'autres figures maternantes que leurs mères). Pourtant, la propreté de leur milieu de vie n'est pas garantie à cause de la présence de latrine, de zone de défécation, de dépotoir familial et d'animaux dans la proximité. Ces jeunes enfants sont « seuls » dans un environnement mal entretenu en matière de propreté, pendant les moments d'apprentissage de la motricité globale et surtout les moments de prise alimentaire, constituant un risque important de contamination pendant la phase cruciale pour leurs développements et leurs croissances. Ces enfants reçoivent une diversification alimentaire précoce et souffrent les conséquences du principe du « don contre don ». L'effet de contamination et l'insuffisance alimentaire peuvent provoquer un retard de croissance de forme sévère auprès de ces jeunes enfants.

Dans le cas d'Anto et plusieurs autres enfants dans la même situation, appartenant à une famille nucléaire, les mères célibataires ou mariées ne peuvent pas se permettre de s'éloigner de leurs jeunes enfants, car il n'y a aucun adulte maternant dans la proximité capable de surveiller les jeunes enfants pendant leurs absences. Elles sont ainsi obligées de les amener avec eux dans leurs lieux de travail. Ceci permet une proximité entre les mères et leurs jeunes enfants. Dans ces conditions, les adultes maternants ne se précipitent pas vers l'autonomisation des jeunes enfants en matière de mobilité, d'alimentation et de socialisation via l'*ampitampitaina*. Pourtant, même si les jeunes enfants doivent s'exercer dans ce sens, ils bénéficient d'un milieu de vie entretenu en matière de propreté et l'assistance de leurs partenaires ; ce qui minimise l'effet de contamination par le milieu de vie pendant la phase cruciale pour leur développement

et leur croissance. Ils reçoivent également une diversification alimentaire autour de leur sixième mois et ne souffrent pas à l'effet du principe de « don contre don » grâce à la présence de leurs mères. Le moindre effet de contamination et la suffisance alimentaire peuvent protéger les jeunes enfants du retard de croissance.

Dans le cas de Mami et plusieurs autres enfants appartenant à une famille élargie restreinte, les mères célibataires ou mariées, qui travaillent au jour le jour dans le quartier, peut se permettre d'alterner la garde de leurs enfants avec un membre de leurs familles se trouvant dans le même ménage et/ou dans la proximité (une grand-mère, une nièce, un neveu et/ou une tante). Cette personne cherche à ce que le jeune enfant soit le plus autonome possible en matière de mobilité (capable de marcher), d'alimentation (capable de manger tout seul, mais pas trop tôt) et de socialisation, c'est-à-dire de ne pas avoir peur d'autres figures maternantes que sa mère. De manière globale, ces jeunes enfants doivent également s'exercer dans leur environnement, entretenu en matière de propreté, pour apprendre à ramper, à marcher, à se socialiser et à manger tout seul. L'état de propreté de leur milieu de vie peut limiter la contamination et la survenue des maladies liées. En revanche, ils peuvent recevoir une diversification alimentaire précoce et subir également les conséquences du principe de « don contre don » autour de l'alimentation et dans une certaine mesure, un problème économique et financier. Dans ce cas, l'insécurité alimentaire pourrait l'emporter sur la contamination par le milieu de vie pour expliquer la survenue du retard de croissance qui n'est pas forcément de forme sévère.

## Conclusion générale

---

Cette thèse en anthropologie de la santé cherchait à documenter les mécanismes sociaux pouvant expliquer la survenue du retard de croissance d'un jeune enfant vivant dans un quartier défavorisé de la capitale. Dans un tel contexte, selon la littérature, la malnutrition infantile est probable pour la majorité des enfants. Ce qui nous a intrigués au début de cette thèse est la présence des jeunes enfants en bonne croissance vivant dans ce quartier. La compréhension des mécanismes sociaux, pouvant expliquer ces situations, était un défi.

Les espaces publics dans ce quartier sont envahis par les immondices et que chaque famille définit son « espace domestique » à entretenir sans se soucier de ce des autres. L'organisation spatiale, via la présence de l'espace privé clôturé ou non, et social, par la présence physique et émotionnelle ou non d'une personne maternante « sensible », joue un rôle dans l'exposition ou non des jeunes enfants aux immondices et favorise ou limite, par conséquent, le risque de contamination par son milieu de vie selon l'argument central de cette thèse. Le retard de croissance est un problème de santé publique majeur à Madagascar et l'État avec l'aide des instances internationales, bilatérales ou multinationales, a développé une politique pour diminuer le nombre des jeunes enfants victimes de cette forme de malnutrition d'ici 2030, conformément à l'ODD 2, c'est-à-dire « éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ». Les efforts ont surtout porté sur l'alimentation et la santé dans des zones « reculées » et moins sur la question de la propreté, de l'assainissement et de l'hygiène selon l'ODD 6 « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau ». Cette thèse a démontré l'intérêt de prendre en considération l'organisation spatiale et sociale autour d'un jeune enfant pour pouvoir expliquer la survenue d'un retard de croissance. Plusieurs indicateurs sociaux, interdépendants, ont été ainsi identifiés, à savoir la contiguïté d'une zone à risque de contamination (un dépotoir, une latrine, une zone d'élevages d'animaux et/ou une zone de défécation) avec l'espace de jeu et de socialisation des jeunes enfants, l'absence de délimitation physique entre ces deux espaces, l'absence d'un espace privé entretenu en matière de propreté et protégé de la saleté de l'extérieur, la situation matrimoniale de la mère, l'absence, physique et émotionnelle, d'une adulte maternante « sensible » aux besoins et au cri de détresse du jeune enfant au moins pendant sa première année de vie, la précipitation vers l'autonomisation du nourrisson vers son premier anniversaire et l'« égoïsme » autour de la nourriture.

Il faut admettre toutefois que mener une recherche dans un quartier précaire en pleine ville n'est pas facile, car le chercheur est confronté à un dilemme éthique important. Le

chercheur en sciences sociales en quête d'informations doit mettre en œuvre ses talents pour ne pas profiter les participants en quête de soutiens de toute sorte, financier, relationnel... L'implication du chercheur dans la vie des participants, tout en écoutant leurs soucis quotidiens, a permis de dépasser cette attente mutuelle pour construire ensemble les matériaux de cette thèse.

### **Décrire le « passé » et comprendre les politiques publiques sur la gestion des déchets pour contextualiser la situation d'insalubrité**

Avant même de comprendre et de décrire les mécanismes sociaux autour des pratiques de propreté, la relation entre l'enfant et son entourage, et la pratique alimentaire pouvant influencer le statut nutritionnel d'un enfant, la compréhension de l'histoire des quartiers défavorisés a été primordiale dans un premier temps pour contextualiser le processus définissant les conditions de vie des habitants de ces quartiers.

L'analyse de contenu des documents historiques, anthropologiques, politiques, géographiques, sociologiques, de santé publique et économique a démontré une grande vulnérabilité sociale, raciale, économique, sanitaire et en matière d'assainissement des habitants des quartiers défavorisés à Antananarivo. Tout cela a commencé avec l'ambition de la monarchie *Merina* vers la fin XVIIIe siècle et tout au long du XIXe siècle en transformant une grande plaine marécageuse située à l'ouest d'Antananarivo en gigantesque rizière. Une telle transformation requérait une main-d'œuvre importante. Pour ce faire, la monarchie a eu recours à des esclaves dont plusieurs étaient des prisonniers de guerre dans plusieurs régions de Madagascar. D'autres sont venus d'autres pays du fait de la traite négrière dans l'Océan Indien, Madagascar étant sur la route de la traite. Vers la fin du XIXe siècle, l'annexion de Madagascar par la France a permis de mettre officiellement fin à l'esclavage dans la grande Ile. Le pouvoir colonial s'est dépêché de mettre en place des travaux d'aménagement d'envergure dans la ville d'Antananarivo avec des travaux de remblayage progressif des vastes rizières pour les transformer en des zones d'habitation lors de la première moitié du XXe siècle. Ces zones sont devenues très vite des lieux d'habitation des anciens esclaves et de leur descendance à Antananarivo. Des migrants venant des zones rurales (les métayers étant d'anciens esclaves) et des zones côtières s'installèrent massivement dans ces quartiers pour plusieurs raisons, entre autres la location des maisons à moindre coût. Le processus de peuplement a été perçu par l'État colonial et l'État postcolonial comme anarchique, sans respect des règlements d'aménagement et de voirie, mais sous le regard indulgent des gouvernements successifs. Alors que les moyens mis en œuvre pour améliorer l'assainissement n'ont jamais été à la hauteur, les habitants de ces quartiers vivaient dans une anarchie totale en matière de gestion de leurs immondices et

souffraient de manière récurrente des inondations pendant toutes les saisons des pluies. La pauvreté s'était installée très vite et très peu de leurs jeunes enfants sont allés à l'école faute d'infrastructures et de moyens pour poursuivre leur éducation.

Victime de l'histoire à cause de leur ancien statut social de personnes d'origine servile pour la plupart, de l'illettrisme par manque d'éducation et de paupérisation liée aux différentes crises sociopolitiques d'Antananarivo et du pays, les habitants de ces quartiers étaient victimes de discrimination raciale et d'exclusion sociale. La vie des habitants se résumait ainsi depuis toujours à des problèmes de délinquance, de pauvreté, d'inondations ; et tous ceux qui s'y habitaient, que ce soit les habitants autochtones ou les migrants venant des zones rurales ou côtières, sont considérés sans exception comme « les habitants des bas quartiers ». Dès lors la plupart des habitants de ces quartiers préféreraient vivre en réclusion dans leur milieu de vie selon Jean-Michel Wachsberger (*op. cit.*) grâce aux différents types d'insertions sociales pour faire face ensemble à leur problème quotidien malgré la situation d'insalubrité généralisée dans les espaces publics. En guise de conclusion, ces habitants étaient victimes de l'histoire et surtout de la politique de l'État successif à Antananarivo depuis la fin du XVIIIe.

Dans un deuxième temps, pour pouvoir comprendre le rôle des politiques publiques concernant la capitale en matière de gestion des immondices dans ces quartiers populaires, nous avons analysé les faits politiques et sociaux pouvant expliquer une telle situation d'insalubrité. La gestion des déchets n'était pas toujours facile à Antananarivo surtout lorsque le pays était confronté aux conséquences des crises sociopolitiques. Cette gestion était devenue en quelque sorte un des moyens pour contrôler les populations locales ; on ne savait plus à un moment donné qui était le véritable responsable de la gestion des ordures à Antananarivo, la Mairie ou l'État à travers ses différents ministères, ou à travers le Service autonome de Maintenance de la Ville d'Antananarivo (SAMVA). Le manque de transparence et, surtout, les crises sociopolitiques successives ont provoqué une certaine réticence des bailleurs de fonds, optant pour les aides par projet, piloté par les ONG locales ou internationales, plutôt que pour les aides sectorielles par programme. Cela peut expliquer, entre autres, les problèmes financiers et fonciers du SAMVA et de la Commune Urbaine d'Antananarivo. Faute de moyens financiers, le nombre de camions de collection de déchets et le nombre des bennes à ordures diminuent, et les ordures s'entassent dans les quartiers défavorisés. Les habitants mettent en place leur propre « norme » dans la gestion des ordures ménagères et des excréta, souvent à l'opposé des règlements de l'État en vigueur. Les habitants de ces quartiers sont ainsi à la fois des victimes et des acteurs dans le processus de salissement de leur milieu de vie et ne font que s'adapter à leur façon de la situation.

Un autre défi de la thèse était de répondre à la question principale de départ : les jeunes enfants résidant dans les quartiers défavorisés sont-ils tous égaux face aux risques de contamination de leur milieu de vie en fonction de leur structure familiale et pouvant entraîner des retards de croissance ? Pour y arriver, plusieurs thématiques ont été abordées et analysées. L'exposition des jeunes enfants à des immondices dépend de l'organisation spatiale en lien avec la structure familiale et de la croyance à propos de la souillure.

### **L'exposition des jeunes enfants aux matières fécales humaines et autres immondices dans les grandes familles élargies**

*De visu*, les espaces publics, les voies publiques, les ruelles, les terrains dégagés, les canaux d'évacuation, les canaux d'irrigation, voire les rizières dans le quartier d'*Ankasina* sont envahies par les immondices, c'est-à-dire des déchets ménagers, parfois des cadavres d'animaux et surtout des matières fécales humaines. Pour comprendre la situation, il a été important de documenter l'utilisation des *kaboné*. Le nombre de *kaboné* disponibles est très inférieur au nombre de foyers dans le quartier. Il se raréfie pour des raisons économique, sociale, foncière et symbolique. Les contenus de ces latrines polluent directement les canaux d'évacuation et les espaces collectifs à cause de sa nature de fosse perdue, et indirectement via la pratique de vidange et de déjection. La maintenance, en l'occurrence cette vidange, est coûteuse pour un seul foyer. Les familles se regroupent pour en utiliser une afin de minimiser le coût par famille. Dans une certaine circonstance, le *kaboné* peut être détruit facilement par son propriétaire pour construire une maison. Du point de vue symbolique, plusieurs habitants conservent une croyance autour de l'importance de *l'orim-bintana* ou l'ordre de destin, ce qui se matérialise par l'emplacement choisi pour le *kaboné*, implanté dans la partie sud, ouest ou sud-ouest de la ou des maisons pour ne pas entraver *l'orim-bintana* des membres de la famille. On remédie à l'absence de latrines par l'utilisation de pots de chambre. Un foyer, possédant ou non un *kaboné*, utilise toujours un pot de chambre pendant la nuit. Le contenu de ces pots est versé dans un *kaboné* et dans la plupart des cas dans les canaux d'évacuation ou dans les rizières. Dans tous les cas, les jeunes enfants de moins de cinq ans sont encouragés à déféquer à l'air libre à cause de cette insuffisance, mais surtout en raison de la dangerosité de la fosse du *kaboné* par crainte d'y tomber.

Les jeunes enfants des grandes familles élargies sont les plus exposés quotidiennement à ces immondices par rapport aux enfants des familles nucléaires ou des familles élargies rétreintes à cause de l'organisation spatiale. Dans un espace domestique, la notion de délimitation, en l'occurrence physique, est très importante. L'exposition des jeunes enfants à ces immondices dans chaque famille peut être minimisée grâce à l'existence de barrières

physiques séparant les zones à risque et le lieu de socialisation. Dans les grandes familles élargies, ces zones de défécation sont trop proches du lieu de socialisation des adultes et du terrain de jeu des jeunes enfants, car elles se trouvent dans l'espace domestique. Il n'y a pas de barrières physiques qui les séparent, ce qui rend possibles à tout moment les contacts avec les immondices et surtout pendant la saison des pluies. Ces grandes familles élargies possèdent également des animaux (bœufs, porcs, poulets, canards, oies et des animaux domestiques) dont les excréments se trouvent partout dans les lieux de socialisation ou le terrain de jeu des jeunes enfants. Dans une famille nucléaire et élargie restreinte, la latrine, les zones de défécation et les dépotoirs ne se trouvent pas dans l'espace de socialisation des adultes et le terrain de jeu des jeunes enfants. Ces lieux sont séparés par des délimitations physiques empêchant tout contact même pendant la période des pluies. Les animaux se trouvent en dehors du lieu de socialisation.

La matière fécale humaine s'éparpille presque partout dans les espaces collectifs. Il s'avère important de questionner la perception des gens sur la dangerosité de cette matière qui peut révéler les pratiques de protection ou d'évitement adoptées. La plupart des familles craignent le contact avec de la matière fécale humaine pour plusieurs raisons. Certains ont peur uniquement de la souillure sur leur ordre du destin après un tel contact. Pour les croyants pratiquants et fervents, le contact avec n'importe quelle partie de leur corps, voire les pieds, peut compromettre leur journée, voire leur vie si la matière fécale n'est pas enlevée rapidement. D'autres craignent l'effet de la matière fécale sur la santé corporelle à cause des pathogènes. Certains ont peur des deux, la souillure et les microbes, ce qui double les précautions. D'autres, enfin, ne croient plus en cette souillure et à ses effets, mais ne connaissent pas également le lien entre la matière fécale humaine et les maladies liées. Pour les croyants et/ou connaisseurs du lien entre maladies et matière fécale humaine, les gens mettent en place des pratiques de prévention dans leur vie quotidienne pour se protéger, en lien avec leur niveau de croyance et/ou de connaissances. Grâce à ces pratiques de protection, les risques de contamination par le milieu de vie ne seraient pas les mêmes pour les jeunes enfants des mères soucieuses et protectrices. Dans les grandes familles élargies rencontrées, la croyance dans les effets de la souillure s'estompe d'une génération à une autre jusqu'à la disparition de la croyance. Ce qui peut expliquer, entre autres, la non-restriction des jeunes enfants à interagir avec tous les espaces de leur milieu comme le dépotoir par exemple et leur encouragement à interagir avec la fange et les eaux stagnantes. Ce n'est pas le cas des familles croyantes qui tentent le tout pour le tout pour protéger les jeunes enfants de jouer avec des fanges ou de l'eau stagnante quand la mère ou une adulte maternante est présente.



Puis, il s'avère important de s'interroger sur les espaces concentriques autour d'un centre constitué par le jeune enfant et sa famille. Le comportement d'un individu varie en fonction de son appropriation d'un espace comme le sien, rapportée à la propreté. La population locale fait la distinction entre l'intérieur et l'extérieur en matière de propreté, comme l'atteste la gestion des bidons d'eau. En extrapolant aux espaces autour de la maison, un habitant peut différencier quatre types d'espaces concentriques, à savoir, *ao an-trano*, *eo an-tokotany* (caractérisé par la présence d'une clôture), *any ivelany* et *eny an-dalana*. L'interdiction de salir (défécation ou décharge d'ordures ménagères) varie en fonction de l'espace. Le nettoyage et la prévention de l'éparpillement d'immondices sont systématiques et réguliers pour *ao an-trano* et *eo an-tokotany* grâce à leur caractère de « privacy ». Tandis que le salissement se réalise facilement, *any ivelany* et *eny an-dalana*. Ces quatre espaces se trouvent bien différenciés dans certaines familles nucléaires et élargies restreintes dont la cour est clôturée. Ce qui produit un espace moins pollué pour un jeune enfant pendant la période d'apprentissage de la marche et de la prise alimentaire. Dans les grandes familles élargies, le *eo an-tokotany* est partagé avec les autres membres de la famille ou les locataires et devient ainsi un espace collectif au même titre que *any ivelany* et/ou *eny an-dalana*. Les jeunes enfants peuvent y pratiquer quelques fois de la défécation. Ce qui procure un espace plus pollué pour un jeune enfant qui doit interagir avec le sol pour apprendre à ramper, à marcher et à manger. D'ailleurs, l'unique espace privé, *ao-trano*, peut être encore envahi par les autres membres de la famille à tout moment. Dans une telle circonstance, l'espace privé est presque inexistant, car la délimitation séparant l'intérieur de la maison de l'extérieur, en l'occurrence la porte, est devenue « faible ». La propreté du lieu n'est plus garantie à cet effet.

L'exposition des jeunes enfants à des immondices dans ce quartier varie également en fonction de l'organisation sociale en lien avec la structure familiale.

### **Une grande famille élargie facilite l'absence d'une mère célibataire**

Bien que la nature de l'espace puisse jouer un rôle important pour l'exposition d'un jeune enfant à des immondices, même si les immondices sont dans la proximité, une mère attentive peut empêcher tout contact. La question du maternage est ainsi centrale pour comprendre l'exposition des jeunes enfants aux différentes insalubrités de leur milieu de vie.

Violences conjugales et séparations sont très banales dans le quartier. La responsabilité des jeunes enfants, souvent de pères différents, est alors endossée par la mère et sa famille. Une des stratégies mobilisées par la mère et sa famille est de mettre en place un foyer matricentré pour éviter ces violences et leurs conséquences. Lorsque la séparation est effective, la mère peut

confier son ou ses enfants à d'autres personnes maternantes ou à des enfants plus âgées pour en prendre soin lorsqu'elle doit s'absenter pour travailler. Le rôle singulier d'une mère envers son jeune enfant en matière de propreté est très important pendant la petite enfance. Elle doit assurer le nettoyage et la gestion de la matière fécale du jeune enfant jusqu'à son autonomie, c'est-à-dire lorsqu'il est capable de communiquer à propos de ses besoins et/ou de marcher vers le lieu de défécation. Dans la plupart des cas, les autres adultes maternantes ne veulent pas assurer une telle pratique à cause de la peur de la souillure ou du principe selon lequel « le nettoyage de la matière fécale d'un jeune enfant est l'affaire de sa mère ». Si la mère est présente, elle peut assurer à temps le nettoyage de son jeune enfant. Ce qui n'est pas facile pour une mère célibataire vivant dans une grande famille élargie ou une famille élargie restreinte. Dans la première, souvent le jeune enfant est laissé à la charge de plusieurs adultes maternants. La mère peut laisser son enfant à sa grand-mère maternelle dans un premier temps et cette dernière délègue la tâche à d'autres adultes maternants présents. Si le jeune enfant défèque dans son pantalon, il faut attendre la venue de la mère. Ce qui expose le jeune enfant à sa matière fécale pendant un temps indéterminé. L'enfant peut se contaminer ou contaminer d'autres jeunes enfants de la famille avec sa matière fécale si aucun nettoyage n'est fait dans les plus brefs délais. Dans la seconde, le jeune enfant est confié à un adulte maternant fixe et qui ne délègue pas la tâche à une autre. En cas de défécation dans le pantalon, elle peut attendre la mère, mais peut intervenir dans une certaine mesure pour nettoyer le jeune enfant (surtout si le jeune enfant n'est pas encore autonome). Ce qui limite la contamination du jeune enfant par sa propre matière fécale. Pour atténuer ces charges, l'autonomie du jeune enfant est centrale pour qu'une mère célibataire, surtout dans les grandes familles élargies, puisse se libérer de la tâche de surveillance et de maternage de l'enfant et travailler. Le jeune enfant doit alors apprendre à se socialiser précocement par la pratique d'*ampitampitaina* pour ne pas avoir peur d'autrui en l'absence de sa mère. Cette pratique vise également à renforcer son corps pour pouvoir acquérir la marche. Pour cela, il doit s'interagir avec son espace de socialisation le plus tôt possible et s'entraîner à ramper et à marcher tout seul. La saleté de cet espace, largement débattu plus haut, marque le niveau de contamination auquel le jeune enfant peut être exposé.

Tout cela a un impact sur la relation du jeune enfant avec son entourage et sur son comportement vis-à-vis de son milieu de vie. La présence physique et émotionnelle d'une mère dans une famille nucléaire ou d'une autre figure maternante dans une famille élargie restreinte pendant la petite enfance (au moins pendant les 12 premiers mois) procure avec le temps de la sécurité, de l'obéissance, du discernement dans son interaction avec son entourage et de la peur d'interagir avec les espaces non familiers loin de l'espace domestique. L'absence d'une figure

maternelle, surtout dans les grandes familles élargies, engendre de jeunes enfants désobéissants, n'ayant pas de peur d'interagir avec leur milieu de vie et de fréquenter des gens non familiers. L'enfant en veut à sa mère et la relation se limite à des intérêts personnels. Lors des retrouvailles avec sa mère, le jeune enfant se rapproche d'elle juste pour réclamer le gouter puis s'en éloignera. Un tel enfant peut s'aventurer seul loin de sa famille et interagir facilement avec des inconnus et des espaces publics loin de l'espace domestique.

### **Une famille élargie favorise la diversification alimentaire précoce**

L'alimentation d'un jeune enfant est influencée également par la structure familiale et le statut matrimonial de la mère. Sa présence ou celle de sa suppléante peut permettre d'assurer la continuité de l'allaitement, le retard de la diversification alimentaire et la préparation d'aliments de complément spéciaux, ainsi que l'assistance pendant la prise alimentaire, probable dans une famille nucléaire ou élargie restreinte. Cela peut limiter les risques de contamination par le milieu de vie. En revanche, avec l'absence récurrente de sa mère, l'allaitement est interrompu momentanément ou de manière définitive, la personne qui le surveille doit diversifier son alimentation pour compléter le manque d'allaitement et cela peut être fait à l'insu de la mère, surtout dans les grandes familles élargies. Dans chaque famille, l'autonomie en matière de prise alimentaire d'un jeune enfant est primordiale par la pratique de *mamoky tena*. La différence réside dans la temporalité de sa mise en œuvre en fonction de la présence de la mère et/ou sa suppléante, conditionnée par la structure familiale et la situation matrimoniale et de l'état de propreté ou de saleté du lieu. L'autonomie précoce d'un jeune enfant, vers sa première année, dans une grande famille élargie, est un signe que la mère a bien su élever son jeune enfant. Le *mamoky tena* est mis en œuvre dans la cour « sale » partagée avec les autres foyers et souvent loin de toute assistance. Dans une famille où la mère ou sa suppléante est présente à côté du jeune enfant, son autonomisation ne presse pas. Le jeune enfant est initié à cette pratique dans la cour privée ou semi-privée, loin des immondices, lors de sa première année et sous la surveillance de sa mère ou de sa suppléante. Enfin, les jeunes enfants dans les grandes familles élargies subissent dès leur petite enfance l'effet du principe de « don contre don » autour de l'alimentation. Si sa mère ne laisse pas de gage, riz ou argent, à la personne qui surveille son enfant pour assurer la préparation de son repas, il risque de ne pas consommer de déjeuner en absence de sa mère.

En tout cas, la mère est loin d'être la première responsable d'un jeune enfant dans les familles élargies, et que l'enfant risque de subir les conséquences graves de contamination croisée par le milieu de vie pendant la prise alimentaire : les maladies

## **Le risque de maladies fréquentes et de retard de croissance sévère des jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies**

Le niveau d'exposition d'un jeune enfant aux différentes immondices pendant ses deux premières années n'est pas le même selon l'organisation spatiale et sociale en lien avec la structure familiale. Les jeunes enfants sont fréquemment malades pendant leur petite enfance, mais à des moments très différents. Pour les jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies, le risque de contamination est constant. Même si la mère doit s'absenter, un tel enfant reste toujours dans le quartier sous la surveillance des autres membres de sa grande famille. Il se socialise dans une cour collective, mal entretenue, très proche de la zone de défécation, d'un dépotoir familial et loin de la surveillance et de l'assistance des adultes maternants. Dès le moment où le jeune enfant doit apprendre à ramper et à marcher dans cette cour, il commence à interagir avec les immondices de manière directe ou indirecte (via les aliments) et à tomber malade. Les risques de contamination ne cessent d'augmenter lorsque le jeune enfant commence à consommer tout seul très tôt, par la pratique de *mamoky tena*, et pendant laquelle il joue, manipule des objets de la cour et utilise ses mains pour s'alimenter. Les récurrents épisodes de diarrhées, de vomissements et de toux chronique accompagnés ou non de fièvre sont fréquents à tel point qu'ils sont considérés comme bénins si le jeune enfant ne présente pas de fièvre et peut encore jouer. À force d'être malades, certaines enfants développent une émaciation grave pendant la première année de vie. Ces enfants sont malades précocement avant un an, et leur développement et leur croissance peuvent être entravés facilement. Les enfants suivis dans de grandes familles élargies sont en retard de croissance souvent sévère. Dans les familles élargies restreintes et nucléaires qui partagent un espace collectif avec des voisins, les jeunes enfants risquent de souffrir des mêmes maladies et par conséquent d'un retard de croissance, s'ils y restent pendant sa petite enfance en l'absence de sa mère. La contamination n'est pas sévère dans la mesure où la cour de socialisation ou le terrain de jeu sont loin d'une zone de défécation, d'un dépotoir et des excréments des animaux et qu'ils bénéficient l'assistance d'une adulte maternante « fixe ».

Pour les jeunes enfants vivant dans une famille nucléaire, les risques de contamination de ces jeunes enfants par leur milieu de vie et les maladies liées sont progressifs. Il y a deux scénarios possibles. Une mère célibataire emmène son jeune enfant avec elle sur son lieu de travail, souvent en dehors du quartier. Le jeune enfant peut alors bénéficier temporairement d'un milieu de vie loin des immondices pendant les heures de travail et par conséquent peut être protégé des maladies associées au péril fécal. Une mère mariée peut rester dans le quartier avec son enfant. Dans ce cas, l'organisation de l'espace domestique peut renforcer la protection

du jeune enfant lorsqu'il apprend à ramper, à marcher et à manger seul. Dans tous les cas, la présence de la mère à côté du jeune enfant pendant sa petite enfance au moins pendant les 12 premiers mois de sa vie permet d'assurer la continuité de l'allaitement, de retarder la diversification alimentaire et de décaler ainsi les risques de contamination par le milieu de vie et la contraction des maladies liées. Pour répondre à la question de départ, les jeunes enfants résidant dans les quartiers défavorisés, en l'occurrence dans ce fokontany d'*Ankasina*, ne sont pas égaux face aux risques de contamination par leur milieu de vie malgré l'insalubrité généralisée dans les espaces collectifs. L'organisation spatiale et sociale, variant en fonction de la structure familiale, peut protéger ou entraver la croissance d'un jeune enfant pendant la phase cruciale de son développement et de croissance, c'est-à-dire durant les 24 premiers mois de vie.

Ce travail a pu démontrer le risque accru qu'un jeune enfant courait dans une famille élargie. En revanche, nous n'avons pas pu observer tous les jeunes enfants de moins de 5 ans vivant auprès d'une seule grande famille élargie durant cette thèse. Il est très probable que la croissance de chaque jeune enfant soit différente. Dans le cas où un jeune enfant a une très « bonne croissance » dans une telle famille, il serait très important de documenter une telle situation dans ce genre de milieu de vie.

## Références bibliographiques

- Adair, L.S., Fall, C.H.D., Osmond, C., Stein, A.D., Martorell, R., Ramirez-Zea, M. et al. (2013). COHORTS Group. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. *The Lancet*, 382, 525–34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60103-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60103-8)
- Affergan, F. (1999). Construire le savoir anthropologique. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/puf.affer.1999.01>
- Ahlberg, J. Ahlberg, L., 1989. *Bye Bye Baby*. New York, Little, Brown.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Everett Waters, E. & Wall, S.N. (2015). *Patterns of Attachment. Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press and Routledge Classic Editions (1ère édition, 1979)
- Albus, K.E. et Dozier, M. (1999). Indiscriminate friendliness and terror of strangers in infancy: contributions from the study of infants in foster care. *Infant Mental Health Journal* 20(1), 30–41. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199921\)20:1<30::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<30::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-J)
- Andriamaro, F. (2013). *Ruptures familiales et prise en charge de l'enfant à Madagascar* [Thèse de Démographie], Université de Paris Ouest Nanterre.
- Andry. (2003). La crise malgache : sale temps pour les artistes ? *Africultures*, 55, 74-79. <https://doi.org/10.3917/afcul.055.0074>
- Arborio, A.M., Fournier, P. (2012). *L'enquête et ses méthodes : l'observation directe*. Nathan.
- Aubel, J., Toure, I., and Diagne, M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices; the guardians of tradition are not averse to change. *Social Sciences & Medicine*, 59 (5), 945-959p. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.11.044>
- Aubin-Auger, I., Mercier, A., Baumann, L., et al. (2008). Introduction à la recherche qualitative. *Exercer : la revue française de médecine générale*, 19 (84), 142-145. [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446\\_2008\\_introduction\\_RQ\\_Exercer.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf)
- Ayache, S. (1981). Pouvoir central et provinces sous la monarchie au XIXe siècle. *2000 ans d'histoire africaine. Le sol, la parole et l'écrit. Mélanges en hommage à Raymond*

Mauny. Tome II. Paris : Société française d'histoire d'outre-mer. 835-856.  
[https://www.persee.fr/doc/AsPDF/sfhom\\_1768-7144\\_1981\\_mel\\_5\\_2\\_978.pdf](https://www.persee.fr/doc/AsPDF/sfhom_1768-7144_1981_mel_5_2_978.pdf)

- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. General learning Press.
- Banque Africaine pour le Développement & Facilité Africaine d'eau. (2015). *Élaboration de schémas directeurs d'assainissement de huit centre urbains secondaires de Madagascar- SDAUM – Rapport d'évaluation*.
- Banque Mondiale. (2014). *Opportunités et défis pour une croissance inclusive et résiliente Antananarivo*.  
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/130911468086644653/pdf/883230REPLACEM00Box385221B00PUBLIC0.pdf>
- Beaud, S., Weber, F. (1997). *Guide de l'enquête de terrain*. La Découverte.
- Beaujard, P. (2009). La place et les pratiques des devins-guérisseurs dans le Sud-Est de Madagascar. In D. Nativel et F. V. Rajaonah. *Madagascar revisitée. En voyage avec Françoise Raison-Jourde*, (p. 259-285). Karthala.
- Belayneh, M., Loha, E., and Lindtjorn, B. (2019). Food Insecurity, Wasting and Stunting Among Young Children in a Drought Prone Area in South Ethiopia: A Cohort Study. *Current Developments in Nutrition*, 3 (1), nzz051.P04-040 19. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzz051.P04-040-19>
- Benoit, C. (2017). *Corps, jardin et mémoires, Anthropologie du corps et de l'espace à la Guadeloupe*. CNRS Editions.
- Berelson, B. (1952). *Content analysis in communication research*. Free Press.
- Bila, B. (2009). Anthropologie « chez soi » auprès de personnes vivant avec le VIH à Ouagadougou : Empathie, méthode et position des acteurs. *ethnographiques.org*, L'éthique en anthropologie de la santé : conflits, pratiques, valeur heuristique, 17, 1-28. <https://www.ethnographiques.org/2008/Bila> - consulté le 03.06.2022
- Blanchet, A., Gotman, A. (2012). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Nathan.
- Blanc-Pamard, C. & Ramiarantsoa, H. (2003). Madagascar : sortie de crise ? *L'Espace géographique*, 32, 174-191. <https://doi.org/10.3917/eg.322.0174>
- Blanc-Pamard, C. (1985). Du paddy pour les porcs. Dériver d'une société rizicole, l'exemple des Hautes Terres centrales de Madagascar. *Études rurales, Economies des vivres, vies de l'économie*, (99-100), 327-345. <https://doi.org/10.3406/rural.1985.3107>

- Bloch, M. (1979). Modes of Production and Slavery in Madagascar : Two Case Studies. In J.-L. Watson (dir.), *Asian and African Systems of Slavery*. Basic Blackwell.
- Bloch, M. (1983). La séparation du pouvoir et du rang comme processus d'évolution, Une esquisse du développement des royautes dans le centre de Madagascar. In F. Raison-Jourde, *Les souverains de Madagascar, l'histoire royale et ses résurgences contemporaines* (p. 266-297). Karthala.
- Bonnemaison. J. (1981). Voyage autour du territoire. *Espace géographique*, 10, 4, 249-262. [http://www.geographie.ens.fr/IMG/pdf/\\_bonnemaison\\_voyage-territoire.pdf](http://www.geographie.ens.fr/IMG/pdf/_bonnemaison_voyage-territoire.pdf)
- Bonnet, D. & Pourchez, L. (2021). Introduction. In D. Bonnet (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 7-39). Érés. <https://doi-org.docelec.u-bordeaux.fr/10.3917/eres.bonne.2021.02.0007>
- Bonnet, D. (1988). *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays Mossi (Burkina Faso)*. ORSTOM. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_2/memoires/25416.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_2/memoires/25416.pdf)
- Bonnet, D. (2007). 5- La toilette des nourrissons au Burkina Faso : une manipulation gestuelle et sociale du corps de l'enfant. In D. Bonnet et al. (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p.113-128). ERES.
- Bordet, J., Bénony-Viodé, C., Pierrehumbert, B., Bénony, H. & Sanchez, S. (2011). Alimentation et transmission mère-enfant. *Champ psy*, 60, 63-78. <https://doi.org/10.3917/cpsy.060.0063>
- Botte, R. (2005). Les habits neufs de l'esclavage : métamorphoses de l'oppression au travail. *Cahiers d'Études Africaines*, 45 [En ligne]. 179-180, mis en ligne le 22 novembre 2013, consulté le 03 octobre 2022. URL : <https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.5573>
- Bouju, J. (2010). 8. La leçon des ordures: Ou l'affrontement politique entre une municipalité « sourde » et des citoyens « muets » (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso). In M. Hilgers (Ed.), *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire: Le cas du Burkina Faso* (pp. 151-173). Karthala. <https://doi.org/10.3917/kart.hilge.2010.01.0151>
- Bouju, J. (2010). La leçon des ordures : l'affrontement politique entre municipalité sourde et des citoyens « muets » (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso). In M. Hilgers et al., *Révoltes et oppositions dans un régime semi-autoritaire* (p.151-173). Karthala.



- Bouju, J. et Ouattara, F. (2002). Une anthropologie politique de la fange : Conceptions culturelles, pratiques sociales et enjeux institutionnels de la propreté urbaine à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00687649v2/document>
- Bouju, J., Ouattara, F., Bocoum, H., et Toure, L. (2004). *Les Incivilités de la société civile. Espace public urbain, société civile et gouvernance communale à Bobo-Dioulasso et Bamako (Communes 1 et 2)*. Programme Recherche urbaine et Développement, gemdev-isted. [https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687768/file/BOUJU\\_Les\\_incivilités\\_de\\_la\\_société\\_civile\\_Espace\\_public\\_gouvernance\\_communale\\_A\\_Bobo-Dioulasso\\_et\\_Bamako.pdf](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00687768/file/BOUJU_Les_incivilités_de_la_société_civile_Espace_public_gouvernance_communale_A_Bobo-Dioulasso_et_Bamako.pdf)
- Bouville, J. (2003). Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical. *Devenir*, 15, 27-47. <https://doi.org/10.3917/dev.031.0027>
- Bowlby, J. (1983). *Attachment and loss, vol. 1: Attachment*. Basic Books (première édition, 1969).
- Bril, B. & Roux, V. (2002). Des « programmes, d'apprentissage comparables pour des actions techniques différentes. In B. Bril (Ed.), *Le Geste technique. Réflexions méthodologiques et anthropologiques* (p. 231-241). Erès
- Brown, M.L. (2004). Reclaiming Lost Ancestors and Acknowledging Slave Descent: Insights from Madagascar, Comparative Studies. *Society and History*, 46, (3), 616-645. <https://doi.org/10.1017/S0010417504000283>
- Campbell, G. (1989). The East African slave trade, 1861-1895: The southern complex. *The international journal of African historical studies*, 22, 1-26. [https://www.jstor.org/stable/pdf/219222.pdf?refreqid=excelsior%3A1bcc3dd3abb386821536acd01218d493&ab\\_segments=&origin=](https://www.jstor.org/stable/pdf/219222.pdf?refreqid=excelsior%3A1bcc3dd3abb386821536acd01218d493&ab_segments=&origin=)
- Care international/Madagascar. (2016). Rapport finale du Projet Assainissement Innovant en milieu Urbain (PAIU ou FAMAFA). <https://www.careevaluations.org/wp-content/uploads/RAPPORT-FINAL-FAMAFA.pdf>
- Centre National de Recherches sur l'Environnement et Macro International Inc. (1994). *Enquête démographique et de Santé de Madagascar 1992*. [Madagascar Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1992 \[FR50\] \(dhsprogram.com\)](https://dhsprogram.com/Data/Files/FR50/Madagascar_Enquête_Nationale_Démographique_et_Sanitaire_1992_FR50.pdf)
- Chatoor, I, Ganiban, J., Colin, V., Plummer, N. and Harmon, R.J. (1998). Attachment and Feeding problems: A reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment

- Insecurity. *Journal of the American Academy of Childhood*, 37: 1217-1225p. <https://doi.org/10.1097/00004583-199811000-00023>
- Chauveau, J.P. (1985). L'avenir d'une illusion. Histoire de la production et des politiques vivrières en Côte-d'Ivoire. *Études rurales, Economies des vivres, vies de l'économie*. 99-100, 281-325. <https://doi.org/10.3406/rural.1985.3106>
- Checkley, W., Buckley, G., Gilman, R.H. et al. (2008). Multi-country analysis of the effects of diarrhoea on childhood stunting. *International Journal of Epidemiology*, 37 (4), 816-830. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn099>
- Checkley, W., Epstein, L.D., Gilman, R.H., Cabrera, L., Black, R.E. (2003). Effects of acute diarrhea on linear growth in Peruvian children. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 166–175. <https://doi.org/10.1093/aje/kwfl79>
- Combessie, J. C. (2009). *La méthode en sociologie*. La découverte.
- Commune urbaine d'Antananarivo. (2020). Code municipal d'hygiène. [https://www.pseau.org/outils/ouvrages/cu\\_antananarivo\\_code\\_municipale\\_d\\_hygiene\\_commune\\_urbaine\\_d\\_antananarivo\\_1970.pdf](https://www.pseau.org/outils/ouvrages/cu_antananarivo_code_municipale_d_hygiene_commune_urbaine_d_antananarivo_1970.pdf)
- Condominas, G. (1961). *Fokon'olona et collectivités rurales en Imerina*. Paris Berger-Levrault.
- Copans. J. (1998). *L'enquête ethnologique de terrain*. Nathan.
- Crookston, B.T., Penny, M.E., Alder, S.C. et al. (2010). Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition. *The Journal of Nutrition*, 140(11), 1996-2001. <https://doi.org/10.3945/jn.109.118927>
- De Bonville, J. (2006). Chapitre 1. Définition et domaines d'application. In J. de Bonville (Ed), *L'analyse de contenu des médias : De la problématique au traitement statistique* (p. 9-33). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.
- De la Harpe, J. (2015). Making aid effective at the local level ». Briefing note, Building blocks for sustainability séries. [https://fr.ircwash.org/sites/default/files/084-201502triple-s\\_bn05defweb.pdf](https://fr.ircwash.org/sites/default/files/084-201502triple-s_bn05defweb.pdf)
- de Onis, M., Garza, C., Onyango, A.W., Rolland-Cachera, M.F., le Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. (2009). Les standards de croissance de l'Organisation mondiale de la santé pour les nourrissons et les jeunes enfants. *Archives de Pédiatrie*, 16 (1) ; 47-53, <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2008.10.010>.

- de Suremain, C. (2007). L'entourage nourrissier de l'enfant : À partir d'exemples en Bolivie et au Congo. *L'Autre*, 8, 37-54. <https://doi.org/10.3917/lautr.024.0037>
- de Suremain, C. (2021). 3. Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie. In D. Bonnet (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 89-109). Érès.
- de Suremain, C.E. et Katz, E. (2008). Introduction : modèles alimentaires et recompositions sociales en Amérique Latine. *Anthropology of food* [Online], en ligne depuis 30 Mai 2008. <https://doi.org/10.4000/aof.4033>
- Delalande, J. (2007). Des recherches sur l'enfance au profit d'une anthropologie de l'école. *Ethnologie française*, 37, 671-679. <https://doi.org/10.3917/ethn.074.0671>
- Deliège, R. 2006. *Le système indien des castes*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion. doi :10.4000/books.septentrion.14140
- Denèfle, S. (1995). *Tant qu'il y aura du linge à laver*. Condé-sur-Noireau, Panoramiques-Corlet.
- Deverin-Kouanda, Y. (1990). Gestion des espaces collectifs : pratiques ouagalaises. *Espaces et sociétés*, 62, 93-106. <https://doi.org/10.3917/esp.1990.62.0093>
- Dewey, K. & Mayers, D. (2011). Early child growth: How do nutrition and infection interact ? *Maternal & Child Nutrition*, 7(s3),129-142. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00357.x>
- Dewey, K. 2003. *Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein*. [https://www.allaitementpourtous.com/uploads/8/1/5/5/81559904/oms\\_diversification.pdf](https://www.allaitementpourtous.com/uploads/8/1/5/5/81559904/oms_diversification.pdf)
- Diagana, M. & Kane, H. (2016). Alimentation des nourrissons à Nouakchott : entre recommandations médicales et instructions des grand-mères. *Santé publique*, 28, 235-243. <https://doi.org/10.3917/spub.162.0235>
- Diop Sall, F. (2018). Chapitre 8. La méthode ethnographique. In F. Chevalier (Ed), *Les méthodes de recherche du DBA* (p.140-157). Caen : EMS Editions.
- Douglas, M. (2001). *De la souillure : Essais sur les notions de pollution et de tabou*. Nouvelle édition. La découverte/Poche.
- Dresch, J. (1949). La riziculture en Afrique occidentale. *Annales de Géographie*, 58 (312), 295-312. <https://doi.org/10.3406/geo.1949.12760>

- Dris, N. (2004). L'espace habité : Sens, usage, méthode. *Travaux de l'Institut Géographique de Reims. Les nouvelles approches de l'espace dans les sciences de l'homme et de la société. Regards disciplinés, regards croisés, transdisciplinarités*, 30, 119-120,177-185. <https://doi.org/10.3406/tigr.2004.1486>
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide : Etude de sociologie*. PUF Coll. Quadrige. [https://monoskop.org/images/0/01/Durkheim\\_%C3%89mile\\_Le\\_suicide\\_1897.pdf](https://monoskop.org/images/0/01/Durkheim_%C3%89mile_Le_suicide_1897.pdf)
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide, Paris*. PUF Coll. Quadrige.
- Durkheim, E. (1950). *Leçons de sociologie. Physique des mœurs et du droit (1890-1900)*. Presses Universitaires de France, consulté le 21 décembre 2021 à l'adresse [https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/1214/0533/6006/Durkheim\\_1950.pdf](https://www.unige.ch/sciences-societe/socio/files/1214/0533/6006/Durkheim_1950.pdf)
- Durkheim, E. (1963). *L'éducation morale*. Presses Universitaires de France. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k61058905/f260.item.texteImage>
- Durkheim, É. (2013). Solidarité mécanique ou par similitudes. In É. Durkheim, *De la division du travail social* (pp. 35-78). Presses Universitaires de France.
- Durkheim, É. (2014). Chapitre II - Détermination du fait moral. In É. Durkheim, *Sociologie et philosophie* (pp. 41-74). Presses Universitaires de France.
- Eberhart-Wright, A. (2002). The challenge of multiple caregivers. In M. Maldonado-Duran (Ed.) *Infant and Toddler Mental Health. Model of clinical intervention with infants and their Family*,(p. 207-235). American Psychiatric Publishing.
- Ehiri, J.E., Prowse, J.M. (1999). Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy and Planning*, 14(1):1–10. <https://doi.org/10.1093/heapol/14.1.1>
- El Arifeen, S., Black, R.E., Antelman, G., Baqui, A., Caulfield, L., and Becker, S. (2001). Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4), e67. <https://doi.org/10.1542/peds.108.4.e67>
- Ellis. W. (1832). *History of Madagascar*. London, Fischer, son and co. [https://archive.org/details/historyofmadagas01elli\\_0/page/n17/mode/2up\\_date\\_de\\_consultation\\_04/05/2020](https://archive.org/details/historyofmadagas01elli_0/page/n17/mode/2up_date_de_consultation_04/05/2020)
- Epelboin, A. (1981). Selles et urines chez les Fulbe Band du Sénégal oriental. Un aspect particulier de l'ethnomédecine », *Cahiers ORSTOM.Série Sciences Humaines*, 18 (4),

- Esoavelomandroso, F. (1981). Résistance à la médecine en situation coloniale : la peste à Madagascar. *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 36 (2), 168-190. <https://doi.org/10.3406/ahess.1981.282726>
- Esoavelomandroso, F. (1985). Aménagement et occupation de l'espace dans la ville moyenne d'Antananarivo pendant la colonisation. (L'exemple du quartier d'Ankadifotsy). *Cahiers d'études africaines, Ségrégation spatiale, ségrégation sociale*. 25 (99), 337-361. <https://doi.org/10.3406/cea.1985.1734>
- État Malagasy et la Banque mondiale. (2019). Rapport Public de Cour des comptes, 2018-2019. <https://www.csi.gov.mg/wp-content/uploads/2019/12/RAPPORT-PUBLIC-2018-2019-DE-LA-COUR-DES-COMPTES.pdf>
- État Malagasy. (2008). Politique et stratégie nationale de l'assainissement. [https://www.pseau.org/outils/ouvrages/min\\_eau\\_mg\\_psna.pdf](https://www.pseau.org/outils/ouvrages/min_eau_mg_psna.pdf)
- Evans-Pritchard, E.E. (1951). *Kinship and Marriage among the Nuer*. Clarendon Press.
- Evans-Pritchard, E.E. (1972), *Sorcellerie, oracles et magie chez les Azandé*. Gallimard.
- Evers, S.J.T.M. (1999). The Construction of History and Culture in the Southern Highlands: Tombs, Slaves and Ancestors. In K. Middleton (dir.), *Ancestors, Power and History in Madagascar* (p. 257-282). Leyde, Brill.
- Fassin, D. (1999). L'anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique. In C. Becker, J.P. Dozon, C. Obbo & M. Touré (Eds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* (p. 41-66). Paris : Codesria/Karthala/IRD.
- Fink, G., Günther, I., Hill, K. (2011). The effect of water and sanitation on child health: evidence from the demographic and health surveys 1986–2007. *International journal of epidemiology*, 40 (5), 1196-1204. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr102>
- Fischler, C. (2011). Commensality, society and culture. *Social Science Information*, 50(3-4), 528–548. <https://doi.org/10.1177/0539018411413963>
- Fortin, A. (2009). L'enfant exposé à la violence conjugale : quelles difficultés et quels besoins d'aide ? *Empan*, 73, 119-127. <https://doi.org/10.3917/empa.073.0119>
- Fournet- Guérin-, C. (2002). *Vivre à Tananarive. Crises, déstabilisations et recompositions d'une citadinité originale*. [Thèse de Géographie]. Université Paris IV-Sorbonne.

- Fournet- Guérin-, C. (2018). La figure du descendant d'esclave urbain dans les œuvres littéraires merina (Madagascar) : quelles représentations pour cette assignation identitaire subalterne. In *Citadinités subalternes en Afrique* (p. 63-82). Karthala.
- Fravret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts*. Gallimard.
- Galibert, D. (2009). Mobilisation populaire et répression à Madagascar : Les transgressions de la cité culturelle. *Politique africaine*, 113, 139-151. <https://doi.org/10.3917/polaf.113.0139>
- Gardini, M. (2015). L'activisme politique des descendants d'esclaves à Antananarivo : les héritages de Zoam. *Politique africaine*, 140, 23-40. <https://doi.org/10.3917/polaf.140.0023>
- Geoffroy, F. (2019). Existe-t-il un effet Hawthorne ? *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, 135, 42-52. <https://doi.org/10.3917/geco1.135.0042>
- Gérin-Lajoie, D. (2006). L'utilisation de l'ethnographie dans l'analyse du rapport à l'identité. *Éducation et sociétés*, 17 (1), 73-87. <https://doi.org/10.3917/es.017.87>
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. De Minuit, (1ère édition : 1967).
- Gottlieb, A. (2000). Où sont passés tous les bébés ? Vers une anthropologie du nourrisson. In J.L. Jamard, (Ed.), *En substances. Textes pour Françoise Héritier* (p. 367-385). Fayard, p.367-385.
- Grandidier, G. (1913). Le mariage à Madagascar. *Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris*, 6(4), 9-46. <https://doi.org/10.3406/bmsap.1913.8571>
- Grandidier, G. (1932). Madagascar, anciennes croyances et coutumes. *Journal de la Société des Africanistes*, 2 (2), 153-207. <https://doi.org/10.3406/jafr.1932.1533>
- Griaule, M. (1975). *Dieu d'eau, entretiens avec Ogotemméli (1898-1956)*. Librairie Arthème Fayard. <http://www.anthropomada.com/bibliotheque/DIEU-DEAU-Marcel-GRIAULE.pdf>
- Gruénais, M.E. (1985). Mariage en ville et malnutrition aigüe. *Anthropologie, société et Santé*, 3 (3-4), 57-83. <https://doi.org/10.3406/sosan.1985.1013>
- Gruénais, M.E., et Delpeuch, F. (1992). Du risque au développement : anthropologie sociale et épidémiologie nutritionnelle : à propos d'une enquête. In M.E. Gruénais et J.P. Dozon, *Anthropologie et santé publique*, (p. 37-55). Orstom.

- Guilloux, C. (2011). *Le biais anti-urbain de l'aide au développement à Madagascar* [Mémoire de CIAHPD, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne].
- Guitard, É. (2015). « Est-ce que c'est ta voirie ?! » Manipulations des déchets et contrôle des espaces collectifs à Garoua (Cameroun). *Ethnologie française*, 45, 455-466. <https://doi.org/10.3917/ethn.153.0455>
- Habib, A., Andrianonimiadana, L., Rakotondrainipiana, M., Andriantsalama, P., Randriamparany, R., Rendremanana, R.V., Rakotoarison, R., et al.. (2021). High prevalence of intestinal parasite infestations among stunted and control children aged 2 to 5 years old in two neighborhoods of Antananarivo, Madagascar. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 15 (4), e0009333. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009333>
- Hall, E. (1971), *La dimension cachée*. Editions du Seuil.
- Hamill, P. V. *et al.*, (1977). NCHS growth curves for children birth-18 years. [Vital and Health Statistics, Series 11, Number 165 \(cdc.gov\)](https://www.cdc.gov/vitalandhealthstatistics/11series/11165)
- Harper, E.P. (1964). Ritual Pollution as an Integrated of Caste and Religion. *Journal of Asian Studies, Aspects of Religion in South Asia*, 23, 151-197. <https://doi.org/10.2307/2050627>
- Hartemann, P. (2001). Approvisionnement en eau et assainissement en milieu tropical. *Médecine Tropicale*, 61, 210-213. [https://www.jle.com/en/MedSanteTrop/2001/61.3/210-213%20Aprovisionnement%20en%20eau%20et%20assainissement%20en%20milieu%20tropical%20\(Hartemann\).pdf](https://www.jle.com/en/MedSanteTrop/2001/61.3/210-213%20Aprovisionnement%20en%20eau%20et%20assainissement%20en%20milieu%20tropical%20(Hartemann).pdf)
- Haumont, B. et Morel, A. (2005). *La Société des voisins. Partager un habitat collectif*. Éditions de la Maison des sciences de l'homme. doi :10.4000/books.editionsmsmh.3347
- Haxaire, C. (2021). 4. Soins, toilette du nouveau-né et rites d'imposition du nom chez les Gouro de Côte-d'Ivoire. In D. Bonnet (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 111-122). Érès.
- Hébert, J.C. (1965). La cosmographie ancienne malgache suivi de l'énumération des points cardinaux et d'importance du Nord-Est. *Annales de l'Université de Madagascar, Lettre, Taloha*, 1 (99), 83-195. <http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/taloha01-85-197.pdf>
- Herpin N. (1988). Le repas comme institution. Compte rendu d'une enquête exploratoire *Revue française de Sociologie*, 29 (3), 503-521. <https://doi.org/10.2307/3321627>

- Hertz, R. (1970). *Sociologie religieuse et folklore. Recueil de textes publiés entre 1907 et 1917*. Les Presses universitaires de France, (1ère édition, 1928).  
<https://www.anthropomada.com/bibliotheque/HERTZ-Robert.pdf>
- Honeste-Fliti, M.L. (2000). Dire l'espace familial, Esquisse d'un imaginaire de la maison, à travers ses formulations, lexicales, littéraires et plastiques. In M. L. Honeste-Fliti (Dir.), *Bilan de la recherche sur la notion de l'espace familial*, (p. 200-225). Publication de l'Université de Saint-Etienne.  
<https://www.unicef.org/madagascar/media/4141/file/MODA%20planche.pdf>
- Hurd, J., Hennink, M., Robb, K., Null, C., Peprah, D., Wellington, N., Yakubu, H., Moe, C. (2017). Behavioral influences on risk of exposure to fecal contamination in low-resource neighborhoods in Accra, Ghana. *Journal of Water, Sanitation and Hygiene for Development*, 7 (2), 300–311. <https://doi.org/10.2166/washdev.2017.128>
- INSTAT et UNICEF. (2019). Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS Madagascar. Antananarivo. INSTAT et UNICEF.
- Institut National de la Statistique et Ministère de l'Économie et de l'Industrie et ORC Macro. (2010). *Enquête démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009*.  
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR236/FR236.pdf>
- Institut National de la Statistique et ministère de l'Économie, des Finances et du Budget et ORC Macro. (2005). *Enquête démographique et de Santé de Madagascar 2003-2004*.  
<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR158/FR158.pdf>
- Institut National de la Statistique et UNICEF. (2019). *Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS Madagascar*. [Madagascar 2018 MICS Survey Findings Report French low\\_res.pdf](https://washdata.org/Madagascar_2018_MICS_Survey_Findings_Report_French_low_res.pdf) (washdata.org)
- Institut National de la Statistique. (2012-2013). *Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement à Madagascar : Réduire l'extrême pauvreté et la faim*. [EMPLOI](https://countrystat.org/EMPLOI) (countrystat.org)
- International Crisis Group. (2010). *Madagascar : Sortie du cycle des crises*.  
<https://www.refworld.org/pdfid/4ba3399c2.pdf>
- Isnard, H. (1953). *Les bases géographiques de la monarchie Hova. Eventail de l'histoire vivante. Hommage à Lucien Febvre*. A. Colin
- Isnard, H. (1955). Les Plaines de Tananarive. *Cahiers d'outre-mer*, 29 (8), 5-29.  
[https://www.persee.fr/docAsPDF/caoum\\_0373-5834\\_1955\\_num\\_8\\_29\\_1944.pdf](https://www.persee.fr/docAsPDF/caoum_0373-5834_1955_num_8_29_1944.pdf)



- Jimenez, V., Saucier, J.F., Marleau, J.D., Murphy, C., Ciampi, A., Côté, B., Tong, G. (2003). *Impact du fait d'être témoin de violence conjugale sur la santé mentale d'enfant âgés de 6 à 12 ans de familles d'immigrations récentes et québécoises*. [https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Impact\\_du\\_fait\\_detre\\_temoin.pdf](https://sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/Impact_du_fait_detre_temoin.pdf)
- Jolé, M. (1991). Gérer ses résidus en public : *R'Bati, Slaoui*, et habitants de Temara aux prises avec leurs déchets. *Les Annales de la recherche urbaine, le génie du propre*, 53, 33-39. <https://doi.org/10.3406/aru.1991.1635>
- Kar, K. et Chambers, R. (2008). Community-Led Total Sanitation. Scaling Up and Going Beyond CLTS. [https://plan-international.org/uploads/2022/01/2008\\_handbook\\_on\\_community\\_led\\_total\\_sanitation\\_en.pdf](https://plan-international.org/uploads/2022/01/2008_handbook_on_community_led_total_sanitation_en.pdf)
- Kerr, R.B., Berti, P.R., Chirwa, M. (2007). Breastfeeding and mixed feeding practices in Malawi: timing, reasons, decision makers, and child health consequences. *Food and Nutrition Bulletin*, 28 (1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/156482650702800110>
- Khara, T and Dolan, C. (2014). *Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications*. Oxford: Emergency Nutrition Network. <https://www.enonline.net/waststuntreview2014>
- Lallemand, M., Massamba, J.P., Gruénais, M.E., et al., (1986). Malnutrition dans un contexte urbain. Réflexion sur la notion d'indicateur. [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers17-07/010033106.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers17-07/010033106.pdf)
- Laplantine, F. (2006). *La description ethnographique*. Armand Colin.
- Larmet G. (2002). La sociabilité alimentaire s'accroît. *Economie et statistique. Temps sociaux et temps professionnels au travers des enquêtes Emploi du temps*, (352-353), 191-211p. <https://doi.org/10.3406/estat.2002.7399>
- Larson, P. (1997). A census of slaves exported from central Madagascar to the Mascarenes between 1775 and 1820. In I. Rakoto (Ed) *L'esclavage à Madagascar. Aspects historiques et résurgences contemporaines* (p. 121-145). Institut de Civilisations – Musée d'Art et d'Archéologie.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2012). *Sociologie de l'action publique*. Armand Colin ; (1<sup>ème</sup> éditions en 2007).
- Lefèvre, P., de Suremain, C.E. (2002). Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ? *Cahiers santé*, 12 (1), 75-85.

[https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers09-06/010028670.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-06/010028670.pdf)

- Lieberman, A. F. (2002). Treatment of attachment disorders in infant-parent psychotherapy. In J.M Maldonado -Duran, *Infant and Toddler Mental Health: Model of clinical intervention with infants and their families*, (p.105-128). American Psychiatric Association Publishing.
- Lopez-Alracon, M. Villalpando, S and Arturo Fajardo, A. (1997). Breast-Feeding Lowers the Frequency and Duration of Acute Respiratory Infection and Diarrhea in Infants under Six Months of Age. *The Journal of Nutrition*, 127 (3), 436-443. <https://doi.org/10.1093/jn/127.3.436>
- Malinowski, B. (1963), *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Gallimard. [http://classiques.uqac.ca/classiques/malinowsli/les\\_argonautes/les\\_argonautes.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/malinowsli/les_argonautes/les_argonautes.html)
- Marguerat, Y. (2003). Antananarivo et ses marginalités sociales : forces et faiblesses d'une société urbaine originale. In : Y. Marguerat (Ed.), *Garçons et filles des rues dans la ville africaine : diversité et dynamique des marginalités juvéniles à Abidjan, Nairobi, Antananarivo* (p.181-196). EHESS.
- Martineau, S. (2005). L'observation en situation : enjeux, possibilités et limites. *Recherche qualitative Hors-série*, 2, 5-17. [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors\\_serie/hors\\_serie\\_v2/SMartineau%20HS2-issn.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v2/SMartineau%20HS2-issn.pdf)
- Martorell, R.B.L., Horta, L.S., Adair, A.D., et al. (2010). Weight gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five, Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries. *The Journal of Nutrition*, 140, 348–54. <https://doi.org/10.3945/jn.109.112300>
- Mattern, C. et Rakotomanana, E. (2015). *Identification of the sociocultural determinants of stunting: Qualitative analysis in three districts of Madagascar*. Final report IPM.
- Mauss, M. (1950). *Essai sur le Don, Forme et Raison d'Echange dans des Sociétés Archaiques*. P.U.F. <https://anthropomada.com/bibliotheque/Marcel-MAUSS-Essai-sur-le-don.pdf>
- Mauvais, P. (2003). Socialisation précoce et accueil du très jeune enfant en collectivité. *Devenir*, 15, 279-288. <https://doi.org/10.3917/dev.033.0279>
- Meillassoux, C. (1975). *Esclavage en Afrique précoloniale, Dix-sept étude présentées par Claude Meillassoux*. Maspero.

- Meillassoux, C. (1978). Rôle de l'esclavage dans l'histoire de l'Afrique occidentale. *Anthropologie et Sociétés*, 2(1), 117–148. <https://doi.org/10.7202/000875ar>
- Mensignac, C. (2005). *Recherches ethnographiques sur la salive et le crachat. Croyances, coutumes, superstitions, préjugés, usages et remèdes populaires*. A. Bellier.
- Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale français (2004). *Zone franche urbaine*, [http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/zfu-pratique\\_cle714cfb.pdf](http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/zfu-pratique_cle714cfb.pdf)
- Ministère de l'Énergie et des Mines, Direction générale de l'eau et de l'assainissement. (2008). Programme national d'Accès à l'Eau potable et l'Assainissement (PNAEPA), Période 2008 – 2012. [https://www.pseau.org/outils/ouvrages/mem\\_mg\\_pnaepa\\_2008\\_2012.pdf](https://www.pseau.org/outils/ouvrages/mem_mg_pnaepa_2008_2012.pdf)
- Modern, G., Sauli, E. and Mpolya, E. (2020). Correlates of diarrhea and stunting among under-five children in Ruvuma, Tanzania; a hospital-based cross-sectional study. *Scientific African*, 8, e00430. <https://doi.org/10.1016/j.sciaf.2020.e00430>
- Moles, A., Rohmer, E. (1977). *Psychologie de l'espace*. Casterman
- Morelle, M., 2007. *La rue des enfants, les enfants des rues : Yaoundé et Antananarivo. Nouvelle édition*. CNRS Éditions. <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.5511>.
- Morton, S.G. (1839). *Crania Americana: a comparative view of the skulls of various aboriginal Nation of the North and South of America*.
- Motarjemi, Y., Kaferstein, F., Moy, G., et Queverdo, F. (1995). Aliments de sevrage contaminés : facteur de risque majeur de diarrhée et de malnutrition. In S. Trèche (Ed.), *L'alimentation de complément du jeune enfant* (p. 75-103). Orstom.
- Mouvement international ATD QUART MONDE. (2010). Le défi urbain à Madagascar quand la misère chasse la pauvreté. [https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/old/pdf/RQM\\_DD\\_18\\_Le\\_defi\\_urbain\\_a\\_Madagascar\\_FINAL\\_130206.pdf](https://www.atd-quartmonde.org/wp-content/uploads/old/pdf/RQM_DD_18_Le_defi_urbain_a_Madagascar_FINAL_130206.pdf)
- Mulu, N., Mohammed, B., Woldie, H., and Shitu, K. (2022). Determinants of stunting and wasting in street children in Northwest Ethiopia: A community-based study. *Nutrition*, 94, 111532, <https://doi.org/10.1016/j.nut.2021.111532>
- Navez-Bouchanine, F. (1990). L'enjeu limitrophe : entre le privé et le public, un no man's land ? La pratique urbaine au Maroc. *Espaces et sociétés*, 62, 135-160. <https://doi.org/10.3917/esp.1990.62.0135>

- Nganga, A.F. (2021). Routes des captifs pour la traite négrière transatlantique en Afrique centrale : du XVe au XIXe siècle. *Études caribéennes* [En ligne], mis en ligne le 30 août 2021, consulté le 23 décembre 2021. <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.21920>
- Ngure, F., Gelli, A., Becquey, E., et al. (2019). Exposure to livestock feces and Water quality, sanitation, and hygiene (WASH) conditions among caregivers and young children: formative research in Rural Burkina Faso. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 100 (4), 998–1004. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0333>
- Novak, B., Muniagurria, M. E. (2017). The role of family structure on stunting (low height-for-age) in Argentinian preschool children aged 2-5. *Papeles de Población*, 23 (92), 245-269. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.92.019>.
- Ochs, E. et Shohet, M. (2006). The cultural structuring of mealtime socialization. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2006 (111), 35-49. <https://doi.org/10.1002/cd.154>
- Office National de Nutrition. (2005). *Plan national d'Action pour la nutrition I, 2005-2009, ONN*
- Office National de Nutrition. (2012). *Plan national d'Action pour la nutrition II, 2012-2015, Madagascar.* [https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/02/Madagascar\\_PNAN-2012\\_2015.pdf](https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/02/Madagascar_PNAN-2012_2015.pdf)
- Office National de Nutrition. (2017). *Plan national d'Action pour la nutrition III, 2017-2021, Madagascar.* <https://www.unicef.org/madagascar/sites/unicef.org.madagascar/files/2018-08/Madagascar-nutrition-PNAN3.pdf>
- Ognard, C. (2018). *Approche de la complexité des risques sanitaires hydriques dans les quartiers précaires d'Antananarivo. La notion de contexte à l'épreuve des pratiques et représentations citadines.* [Thèse de Géographie]. Université de la Réunion.
- Okour, A., Al-Ghazawi, Z., Gharaibeh, M. (2012). Diarrhea Among Children and the Household Conditions in a Low-Income Rural Community in the Jordan Valley. *Jordan Medical Journal*, 46 (2), 108- 117. [https://applications.emro.who.int/imemrf/Jordan\\_Med\\_J/Jordan\\_Med\\_J\\_2012\\_46\\_2\\_108\\_117.pdf](https://applications.emro.who.int/imemrf/Jordan_Med_J/Jordan_Med_J_2012_46_2_108_117.pdf)
- Olivier de Sardan, J.P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*, 71-109. <https://doi.org/10.4000/enquete.263>

- Olivier de Sardan, J.P. (1998). Émique. *L'Homme, Alliance, rites et mythes*, 38 (147), 151-166.  
<https://doi.org/10.3406/hom.1998.370510>
- Olivier De Sardan, J.P. (2018). Les modèles voyageurs à l'épreuve des contextes et des normes pratiques : le cas de la santé maternelle. In D. Pourette (Ed.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar : Approche anthropologiques comparées*, (p. 83-100). L'Harmattan.
- Olivier de Sardan, J.P. et Ridde, V. (2014). Les spécificités des politique publiques et des systèmes de santé en Afriques sahélienne. In J.P. Olivier de Sardan JP et V. Ridde V (Ed), *Une politique de santé publique et ses contradictions. Une gratuité de soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger* (p. 16-30). Karthala.
- OMS. (1981). *Drinking Water Supply and Sanitation Decade (1981-1990)*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61592/23182.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ONU, 1990, Résolutions et décisions, quarante cinquième session, suppléant 45, (A/45/49) (18 septembre -21 décembre 1990). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/NR0/762/21/IMG/NR076221.pdf?OpenElement>
- ONU-Habitat. (2010). *Madagascar : Profil Urbain d'Antananarivo*.  
<https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/Madagascar%20-%20National.pdf>
- ONU-Habitat. (2010). *Madagascar : Profil Urbain d'Antananarivo*.  
<https://unhabitat.org/sites/default/files/download-manager-files/Madagascar%20-%20National.pdf>
- Ottino, P. (2002). Agir et parler dans les campagnes Merina des années soixante. *Social anthropology*, 10, 2, 123-158p. <https://doi.org/10.1017/S0964028202000101>
- Ouattara, F. & Storeng, K. (2008). L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso. *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 27-28 | 2008, mis en ligne le 18 juin 2008.  
<https://doi.org/10.4000/apad.3003>
- Ouattara, F. (2004). Une étrange familiarité. Les exigences de l'anthropologie « chez soi ». *Cahiers d'études africaines*, 175, 635-658.  
<https://doi.org/10.4000/etudesafriaines.4765>
- Pacaud, P. (2002). Le hasina : monnaie, parole, regard : Principe de l'échange et reproduction sociale à Madagascar. *L'Homme*, 162, 181-196. <https://doi.org/10.4000/lhomme.161>

- Paillard, Y.G. (1996). Un regard sur le XIXe siècle malgache. *Revue française d'histoire d'outre-mer*, 83 (310), 99-103. <https://doi.org/10.3406/outre.1996.3403>
- PAM et ACF. (2019). *Enquêtes SMART, Commune Urbaine d'Antananarivo, Région Analamanga MADAGASCAR du 31 mai au 21 juin 2019*. Résultats préliminaires.
- PAM. (2001) *Évaluation à mi-parcours du programme de pays – MADAGASCAR (1999 – 2003)*, Rapport du Bureau d'Évaluation PAM.
- Paris, P. (1941). L'importance rituelle du Nord-Est et ses implications en Indochine. *Bulletin de l'Ecole Française de l'Extrême-Orient*, 41, 303-334. <https://www.jstor.org/stable/43733498>
- Parizot, I., Rakotomanana, F., Razafindrakoto, M., Roubaud, F., et Wachsberger, J.M. (2005). *Santé, inégalités et ruptures sociales, Premiers résultats de l'enquête SIRS 2003 à Antananarivo*. <https://dial.ird.fr/wp-content/uploads/2021/12/2005-19.pdf>
- Paul-Levy, F., Segaud, M. (1983). *Anthropologie de l'espace*. Centre de Création industrielle, Centre Georges Pompidou.
- Pétonnet, C. (1970). Réflexion au sujet de la Ville vue par en dessous. *L'Année sociologique*, 3 (21), 151-185. [https://www.jstor.org/stable/pdf/27887762.pdf?refreqid=excelsior%3Ad8b2e5a2f626cf4c4fadd560b4fe7ddf&ab\\_segments=&origin=](https://www.jstor.org/stable/pdf/27887762.pdf?refreqid=excelsior%3Ad8b2e5a2f626cf4c4fadd560b4fe7ddf&ab_segments=&origin=)
- Petonnet, C. (1972). Espace, distance et dimension dans une société musulmane. *L'Homme*, 12 (2), 47-84. <https://doi.org/10.3406/hom.1972.367260>
- Piette, A. 2020. *Ethnographie de l'action : l'observation des détails*. Paris : EHESS. <https://doi.org/10.4000/lectures.43923>
- Pisani, L., True, M. & Walet Oumar, F. (2005). La relation entre la croissance de l'enfant, l'attachement entre l'enfant et la mère, et le temps de réponse maternelle au signal de l'enfant chez les Dogons du Mali. *Devenir*, 17, 287-302. <https://doi.org/10.3917/dev.054.0287>
- Poloni A., 1990, « Des pratiques de propreté dans les secteurs périphériques d'Ouagadougou », in Fassin et al, Sociétés, Développement et Santé, UREF, pp. 273-286.
- Poulain, J.P. et Tibère L. (2008). Alimentation et précarité. *Anthropology of food* [Online], En ligne depuis 06 Septembre 2012. <https://doi.org/10.4000/aof.4773>
- Pourchez, L. (2021). 1. Les transformations du corps de l'enfant : façonnage du visage et bandage du tronc de l'enfant à l'île de la Réunion. In D. Bonnet (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 43-62). Érès.

- Pourtois, J., Desmet, H. (2007). *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Mardaga. <https://doi.org/10.3917/mard.pourt.2007.01>
- Rabain-Jamin, J. & Wornham, W.L. (1990). Transformations des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. *Psychiatrie de l'enfant*, 33 (1), 287-319. <https://www.proquest.com/openview/14676799d8e0e5e8db944836135000f9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1817462>
- Rabedimy, J.F., 1980, Vintana-Andro : le destin et les jours. Un mode de représentation du monde dans l'ancienne société sakalava du Menabe à Madagascar, [Thèse de sciences sociales]. Ecole des Hautes Études en Sciences sociales à Paris.
- Rabemalanto, N. (2018). *Vulnérabilité résidentielle des ménages et trappes à pauvreté en milieu urbain. Les « bas-quartiers » d'Antananarivo*. [Thèse de Sciences économiques]. Université Paris-Saclay.
- Rabemalanto, N., Bidou, J. & Droy, I. (2016). Évaluer la pauvreté dans un « bas-quartier » d'Antananarivo (Madagascar) : quels outils? *v. Mondes en développement*, 174, 95-116. <https://doi.org/10.3917/med.174.0095>
- Raffestin, C. (1982). Remarques sur les notions d'espace, de territoire et de territorialité. *Espaces et Sociétés*, 41, 167-171. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:4324>
- Rafidinarivo Rakotolahy, C. (1999). Décolonisation réelle et décolonisation virtuelle. *In Psychanalyse et décolonisation* (p. 175-188). L'Harmattan.
- Rafidinarivo Rakotolahy, C. (2000). Le référent de l'esclavage dans les représentations transactionnelles marchandes à Madagascar. *In Journal des africanistes, l'ombre portée de l'esclavage. Avatars contemporains*, 70 (1-2), 123-144. <https://doi.org/10.3406/jafr.2000.1223>
- Rahamefy, A. (2007). *Sectes et crises religieuses à Madagascar*. Karthala,
- Raharinjanahary, R. (2011). La question des ordures à Antananarivo : une gestion en déséquilibre permanent. *Madagascar-Revue de Géographie*, (47), 43-66. [http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/rev-geo47\\_4\\_-2.pdf](http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/rev-geo47_4_-2.pdf)
- Raison, J.P. (1972). Utilisation du sol et organisation de l'espace en Imerina ancienne. *Terre malgache*, (13), 97-121. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:22338>

- Raison, J.P. (1998). Pour une géographie du hasina (Imerina, Madagascar). In D. Guillard et al (Ed.), *Le voyage inachevé... à Joël Bonnemaison* (p. 709-716). ORSTOM. <https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010017390>
- Raison-Jourde, F. (1991). *Bible et pouvoir Madagascar au XIXe siècle. Invention d'une identité chrétienne et construction de l'État*. Karthala.
- Raison-Jourde, F. (1993). Une transition achevée ou amorcée ? *Politique Africaine*, 52, 6-18. <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/052006.pdf>
- Rajaonah, F. (2003). Prestige et métier dans la société malgache : A Tananarive aux XIXe - XXe siècles. *Le Mouvement Social*, no<(sup> 204), 65-79. <https://doi.org/10.3917/lms.204.0065>
- Rajaonah, F. (1997). *Élites et notables malgaches à Antananarivo dans la première moitié du XXe siècle* [Thèse d'Histoire]. Université de Lyon.
- Rakotomalala, T. (2018). *Les retombées économiques de la filière textile à Antananarivo, la zone franche Floréal*. [Mémoire de Géographie]. Université d'Antananarivo.
- Rakotomanana, E. (2017). *Hygiène, alimentation et environnement : cas de deux familles d'enfants en retard de croissance dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo* [Mémoire d'anthropologie sociale et culturelle]. Université de Bordeaux.
- Rakotomanana, E., Mattern, C., Pourette, D. (2018). Le rôle de la grand-mère dans les soins de la femme enceinte et de l'enfant. In D. Pourette, *Femmes, enfants et santé à Madagascar : Approche anthropologiques comparées*, (p. 161-171). Harmattan
- Ramamonjisoa, J. (1984). « Blancs et Noirs ». Les dimensions de l'inégalité sociale. *Cahiers des sciences sociales*, (1), 39-75. [http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/social1\\_2\\_-2.pdf](http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/social1_2_-2.pdf)
- Ramanantsoa, R.B. (1997). Mainty = Andevo, un amalgame statutaire de l'Imerina. In I. Rakoto (dir.), *L'esclavage à Madagascar. Aspects historiques et résurgences contemporaines* (p. 65-83). Institut de Civilisations-Musée d'Art et d'Archéologie.
- Randremanana, R.V., Migliani, R., Rakotomanga, S., Jeanne, I. (2001). Système d'Information Géographique et Santé : application à la ville d'Antananarivo. *Archive de l'Institut Pasteur de Madagascar* ; 67 (1&2) : 74-78. [https://www.researchgate.net/publication/237281097\\_Systeme\\_d%27Information\\_Geographique\\_et\\_Sante\\_application\\_a\\_la\\_ville\\_d%27Antananarivo](https://www.researchgate.net/publication/237281097_Systeme_d%27Information_Geographique_et_Sante_application_a_la_ville_d%27Antananarivo)



- Randriamaro, R. (2009). Aux origines des Zwam : les jeunes de bas quartiers de Tananarive, de l'entre-deux-guerres jusqu'à 1972. In D. Nativel et F. Rajaonah (dir.), *Madagascar revisitée* (p.463-478). Karthala.
- Raobijaona, H., Razafimalala, F., Rakotondramarina, D. , Rakotomalala, N.J. , Pfister, P. , Roux, JF, et Rakotoarimanana, R.D. (1999). Premiers cas de choléra observés chez l'enfant à l'Hôpital général de Befelatanana - Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar). *Archive de Institut Pasteur de Madagascar*, 65 (2) : 71-74.  
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.501.5048&rep=rep1&type=pdf>
- Ratsitoherina, D.M. (2014). *Pré-collecte de déchet ménager au FKT d'Anosibe Ouest, Antananarivo, avec l'ONG ENDA OI*, [Mémoire de science Humaines]. Université d'Antananarivo.
- Ravelomanantsoa, Z., Burnod, P., et Tonneau, J.P. (2012). Des politiques foncières au service d'un aménagement du territoire dirigiste - Madagascar du temps des royaumes à la fin du XXe siècle. *6ème Journées de recherches en sciences sociales SFER-INRA-CIRAD. Paris : SFER, Journées de recherches en sciences sociales. 6, 2012-12-13/2012-12-14,* Toulouse (France).  
[https://agritrop.cirad.fr/568216/1/document\\_568216.pdf](https://agritrop.cirad.fr/568216/1/document_568216.pdf)
- Ravololomanga, B., Schlemmer, B. (1996). Une mise au travail "inexploitée" : la situation transitoire de Madagascar. In B. Schlemmer (Ed.), *L'enfant exploité : oppression, mise au travail, prolétarisation*, (p. 459-473). Karthala-Orstom.
- Razafiarisoa, B., Nirina, I, Klaus, D. (2009). Situation des ménages de la ville d'Antananarivo dans le contexte de la crise sociopolitique-Madagascar en 2009.  
<https://reliefweb.int/report/madagascar/madagascar-situation-des-m%C3%A9nages-de-la-ville-dantananarivo-dans-le-contexte-de-la>
- Razafindrakoto, M. et Roubaud, F. (2002). Les entreprises franches à Madagascar : atouts et contraintes d'une insertion, mondiale réussie. In F. Roubaud (Ed.) : *Madagascar après la tourmente : regards sur dix ans de transitions politiques et économiques* (p.147-163). IRD.
- Razafindrakoto, M. et Roubaud, F. (2005). Les multiples facettes de la pauvreté dans un pays en développement. Le cas de la capitale malgache. *Economie et statistique, Les*

- approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons internationales*, (383-385). 131-155. <https://doi.org/10.3406/estat.2005.7197>
- Razafindrakoto, M., Roubaud, F., Wachsberger, J.M. (2017). *L'énigme et le paradoxe : Economie Politique de Madagascar*. IRD.
- Razy, E. (2007). *Naître et devenir : anthropologie de la petite enfance en pays soninké (Mali)*. Société d'ethnologie.
- Regnier, D. et Somda, D. (2018). Slavery and post-slavery in Madagascar: an overview. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01519506/document>
- Retel-Laurentin, A. (1974). *Sorcellerie et ordalies, l'épreuve du poison en Afrique noire, essai sur le concept de négritude*. Anthropos. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3376918w/f14.item.texteImage>
- Reyes, H., Pérez-Cuevas, R., Sandoval, A., et al. (2004). The family as a determinant of stunting in children living in conditions of extreme poverty : a case-control study. *BMC Public Health*, 4 (57), 1-10. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-4-57.pdf>
- Ricaldi Coquelin, A.M. (2010). *Visage d'exclusion dans la société malgache contemporaine*. L'Harmattan.
- Ricoeur, P. (1960). *Finitude et Culpabilité. L'homme faillible*. Aubier.
- Roubaud, F. & Wachsberger, J. (2006). Les quartiers pauvres contre la démocratie ? Le cas d'Antananarivo, Madagascar. *Afrique contemporaine*, 220, 65-96. <https://doi.org/10.3917/afco.220.0065>
- Rubinstein, D. H. (1979). *An ethnography of Micronesian childhood: Contexts of socialization on Fais Island*. Stanford University.
- Sana, P. (2007). Quel droit à la famille pour les personnes vivant dans la grande pauvreté ? *Pensée plurielle*, 16, 29-50. <https://doi.org/10.3917/pp.016.0029>
- Sanchez, S. (2014). L'État et les matières premières à Madagascar : Éléments historiques sur le contrôle du commerce extérieur par l'État (XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> s.). *Afrique contemporaine*, 251, 157-166. <https://doi.org/10.3917/afco.251.0157>
- Sandron, F. (2008). Le *fihavanana* à Madagascar : lien social et économique des communautés rurales. *Revue Tiers Monde*, 195, 507-522. <https://doi.org/10.3917/rtm.195.0507>

- Schlaudecker, E.P., Steinhoff, M.C., Moore, S.R. (2011). Interactions of diarrhea, pneumonia, and malnutrition in childhood: recent evidence from developing countries. *Current Opinion in Infectious Disease*, 24, 5, 496-502. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e328349287d>
- Schlemmer, B. (1983). *Le Menabe une histoire de colonisation*. Orstom.
- Segaud, M. (2010). *Anthropologie de l'espace. Habiter, fonder, distribuer, transformer*. Armand Colin.
- Silva-Leander S. (2021). *Note d'information. Les privations multiples des enfants à Madagascar*, n° 2020.01
- Singh, A., Singh, A. and Ram, F. (2014). Household food insecurity and nutritional status of children and women in Nepal. *Food and Nutrition Bulletin*, 35 (1), 3-11. <https://doi.org/10.1177/156482651403500101>
- Sobal, J. et Nelson, M.K. (2003). Commensal eating patterns: A community study. *Appetite*, 41(2): 181--90. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(03\)00078-3](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(03)00078-3)
- Soury-Lavergne, P.P. et de la Devèze, S.J. (1917). Destinées et Astrologues En Imerinâ (Madagascar). *Anthropos*, 12/13 (3/4), 395–418. <https://www.jstor.org/stable/40442924>
- Super, C. & Harkness, S. (1986). The developmental niche: a conceptualization at the interface of society and the individual. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4), 545-569p. <https://doi.org/10.1177/016502548600900409>
- Sy, I., Koita, M., Traoré, D., Keita, M., Lo, B., Tanner, M. et Cissé, G., (2011). Vulnérabilité sanitaire et environnementale dans les quartiers défavorisés de Nouakchott (Mauritanie) : analyse des conditions d'émergence et de développement de maladies en milieu urbain sahélien », *VertigO - la revue électronique en sciences de l'environnement* [En ligne], 11(2) consulté le 06 juillet 2022. URL : <http://journals.openedition.org/vertigo/11174>
- Teixeira, M. (2021). 6. Parachever l'humanité. Toilette, massage et soins des enfants manjak (Guinée-Bissau, Sénégal). In D. Bonnet (Ed.), *Du soin au rite dans l'enfance* (p. 141-160). Érès.
- Tiquet, R. (2019). Travail forcé et mobilisation de la main-d'œuvre au Sénégal. Années 1920-1960. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03154890/document>
- Trèche, S., de Benoist, B., Benbouzid, D. et Delpuech, F. (1995). Aliment de complément du jeune enfant. [Actes d'un atelier OMS/ORSTOM inter-pays, du 20 au 24 novembre

- 1994 à l'Université Senghor]. Alexandrie (Egypte).  
[https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_6/colloques1/43580.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques1/43580.pdf)
- Tschirhart, A. (2008). Rôle et évolution de l'hygiène scolaire dans l'enseignement secondaire de 1800 à 1910. *Carrefours de l'éducation*, 26, 201-213.  
<https://doi.org/10.3917/cdle.026.0201>
- UNICEF. (2012). *Conventions relatives aux droits de l'enfant*.  
<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- Van den Heuvel, M. et Evers, S.J.T.M. (2007). Autrefois, il y avait des rizières... La vie quotidienne loin des terres ancestrales. *Taloha, revue scientifique internationale des civilisations*, 43, 1-18. <http://madarevues.recherches.gov.mg/IMG/pdf/taloha18-40-63.pdf>
- Vassart, S. (2006). Habiter. *Pensée plurielle*, no<(sup> 12), 9-19.  
<https://doi.org/10.3917/pp.012.09>
- Victoria, C.G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P.C., et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The Lancet*, 371, 9609, 340-357.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Villalpando, S. and Lopez-Alracon, M. (2000). Growth Faltering Is Prevented by Breast-Feeding in Underprivileged Infants from Mexico City. *The Journal of Nutrition* 130 (3), 546–552. <https://doi.org/10.1093/jn/130.3.546>
- Vonaesch, P., Randremanana, R., Gody, J.C. et al. (2018a). Identifying the etiology and pathophysiology underlying stunting and environmental enteropathy: study protocol of the AFRIBIOTA project. *BMC Pediatrics*, 236, 1-18.  
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1189-5>
- Vonaesch, P., Morien, E., Andrianonimiadana, L. et al., (2018b). Stunted childhood growth is associated with decompartmentalization of the gastrointestinal tract and overgrowth of oropharyngeal taxa. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 115, 36, E8489–E8498. <https://doi.org/10.1073/pnas.1806573115>
- Vonaesch, P., Djorie, S.G., Kandou, K.J.E. et al., (2021). Factors Associated with Stunted Growth in Children Under Five Years in Antananarivo, Madagascar and Bangui, Central African Republic. *Journal of Maternal and Child Health*. 25, 1626–1637.  
<https://doi.org/10.1007/s10995-021-03201-8>

- Wachsberger, J. (2009). Les quartiers pauvres à Antananarivo : Trappe à pauvreté ou support des individus ? *Autrepart*, 51, 117-137. <https://doi.org/10.3917/autr.051.0117>
- Waltisperger, D. & Meslé, F. (2005). Crise économique et mortalité : Le cas d'Antananarivo 1976-2000. *Population*, 60, 243-275. <https://doi.org/10.3917/popu.503.0243>
- Waterlow, J.C. (1973). Note on the assessment and classification of protein-energy and malnutrition in children, *Lancet*, 302(7820), 87–89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(73\)93276-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(73)93276-5)
- Webb Jr. J.L.A. (2019). *The Guts of the Matter: A Global History of Human Waste and Infectious Intestinal Disease*. Cambridge University Press.
- Webber, J. (1853). *Hasina*. In Dictionnaire malgache-français. La Ressource, Bourbon.
- Wethé, J., Radoux, M., et Tanawa, E. (2003). Assainissement des eaux usées et risques socio – sanitaires et environnementaux en zones d’habitat planifié de Yaoundé (Cameroun) », *Vertigo - la revue électronique en sciences de l'environnement* [E ligne], 4 (1), en ligne depuis le 1er mai 2003, consulté le 6 Septembre 2022. <https://doi.org/10.4000/vertigo.4741>
- WFP and UNICEF. (2010). *Comprehensive Food and nutrition Security and Vulnerability Analyses Madagascar*. <https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ena/wfp246796.pdf>
- WHO Working Group on Infant Growth. (1995). An evaluation of infant growth: the use and Interpretation of anthropometry in infants. *Bulletin of the World Health Organization*, 73 (2), 165-174.
- WHO. (1991). Indicators for assessing breastfeeding practices. Reprinted report of an informal meeting 11-12 June 1991. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62134/WHO\\_CDD\\_SER\\_91.14.pdf;jse](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/62134/WHO_CDD_SER_91.14.pdf;jse)
- WHO. (2006). Enrolment and baseline characteristics in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatrica*, Suppl 450, 7-15.
- Winkvist, A. (1995). Health and nutrition status of the caregiver: Effect on caregiving capacity. *Food and Nutrition Bulletin*, 16 (4), 389–397. <https://doi.org/10.1177/156482659501600412>
- Worms, F. (2004). Pourquoi obéirait-on ? La relation à la loi entre attachement et violation. *Savoirs et clinique*, no<(sup>4), 83-88. <https://doi.org/10.3917/sc.004.0083>

- Yana, S.D. (1993). Un essai de triangulation méthodologique : La recherche sur les relations entre la fécondité, la famille et l'urbanisation chez les Bamiléké et les Bèti (Cameroun). *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 6, mis en ligne le 10 mars 2008, consulté le 21 septembre 2021. <https://doi.org/10.4000/apad.2543>
- Zaugg, R. (2016). Guerre, maladie, empire. Les services de santé militaires en situation coloniale pendant le long XIXe siècle. *Histoire, médecine et santé*, 10, 9-16. <https://doi.org/10.4000/hms.1012>

## **Annexes**

## Annexe 1 : Valeur de référence taille pour âge pour évaluer la croissance d'un jeune enfant de moins de 5 ans

### Length-for-age GIRLS

Birth to 2 years (z-scores)



Year: Month	Month	L	M	S	SD	Z-scores (length in cm)						
						-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0: 0	0	1	49.1477	0.03790	1.8627	43.6	45.4	47.3	49.1	51.0	52.9	54.7
0: 1	1	1	53.6872	0.03640	1.9542	47.8	49.8	51.7	53.7	55.6	57.6	59.5
0: 2	2	1	57.0673	0.03568	2.0362	51.0	53.0	55.0	57.1	59.1	61.1	63.2
0: 3	3	1	59.8029	0.03520	2.1051	53.5	55.6	57.7	59.8	61.9	64.0	66.1
0: 4	4	1	62.0899	0.03486	2.1645	55.6	57.8	59.9	62.1	64.3	66.4	68.6
0: 5	5	1	64.0301	0.03463	2.2174	57.4	59.6	61.8	64.0	66.2	68.5	70.7
0: 6	6	1	65.7311	0.03448	2.2664	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5
0: 7	7	1	67.2873	0.03441	2.3154	60.3	62.7	65.0	67.3	69.6	71.9	74.2
0: 8	8	1	68.7498	0.03440	2.3650	61.7	64.0	66.4	68.7	71.1	73.5	75.8
0: 9	9	1	70.1435	0.03444	2.4157	62.9	65.3	67.7	70.1	72.6	75.0	77.4
0:10	10	1	71.4818	0.03452	2.4676	64.1	66.5	69.0	71.5	73.9	76.4	78.9
0:11	11	1	72.7710	0.03464	2.5208	65.2	67.7	70.3	72.8	75.3	77.8	80.3
1: 0	12	1	74.0150	0.03479	2.5750	66.3	68.9	71.4	74.0	76.6	79.2	81.7
1: 1	13	1	75.2176	0.03496	2.6296	67.3	70.0	72.6	75.2	77.8	80.5	83.1
1: 2	14	1	76.3817	0.03514	2.6841	68.3	71.0	73.7	76.4	79.1	81.7	84.4
1: 3	15	1	77.5099	0.03534	2.7392	69.3	72.0	74.8	77.5	80.2	83.0	85.7
1: 4	16	1	78.6055	0.03555	2.7944	70.2	73.0	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0
1: 5	17	1	79.6710	0.03576	2.8490	71.1	74.0	76.8	79.7	82.5	85.4	88.2
1: 6	18	1	80.7079	0.03598	2.9039	72.0	74.9	77.8	80.7	83.6	86.5	89.4
1: 7	19	1	81.7182	0.03620	2.9582	72.8	75.8	78.8	81.7	84.7	87.6	90.6
1: 8	20	1	82.7036	0.03643	3.0129	73.7	76.7	79.7	82.7	85.7	88.7	91.7
1: 9	21	1	83.6654	0.03666	3.0672	74.5	77.5	80.6	83.7	86.7	89.8	92.9
1:10	22	1	84.6040	0.03688	3.1202	75.2	78.4	81.5	84.6	87.7	90.8	94.0
1:11	23	1	85.5202	0.03711	3.1737	76.0	79.2	82.3	85.5	88.7	91.9	95.0
2: 0	24	1	86.4153	0.03734	3.2267	76.7	80.0	83.2	86.4	89.6	92.9	96.1

WHO Child Growth Standards



# Length-for-age BOYS

Birth to 2 years (z-scores)



Year: Month	Month	L	M	S	SD	Z-scores (length in cm)						
						-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0: 0	0	1	49.8842	0.03795	1.8931	44.2	46.1	48.0	49.9	51.8	53.7	55.6
0: 1	1	1	54.7244	0.03557	1.9465	48.9	50.8	52.8	54.7	56.7	58.6	60.6
0: 2	2	1	58.4249	0.03424	2.0005	52.4	54.4	56.4	58.4	60.4	62.4	64.4
0: 3	3	1	61.4292	0.03328	2.0444	55.3	57.3	59.4	61.4	63.5	65.5	67.6
0: 4	4	1	63.8860	0.03257	2.0808	57.6	59.7	61.8	63.9	66.0	68.0	70.1
0: 5	5	1	65.9026	0.03204	2.1115	59.6	61.7	63.8	65.9	68.0	70.1	72.2
0: 6	6	1	67.6236	0.03165	2.1403	61.2	63.3	65.5	67.6	69.8	71.9	74.0
0: 7	7	1	69.1645	0.03139	2.1711	62.7	64.8	67.0	69.2	71.3	73.5	75.7
0: 8	8	1	70.5994	0.03124	2.2055	64.0	66.2	68.4	70.6	72.8	75.0	77.2
0: 9	9	1	71.9687	0.03117	2.2433	65.2	67.5	69.7	72.0	74.2	76.5	78.7
0:10	10	1	73.2812	0.03118	2.2849	66.4	68.7	71.0	73.3	75.6	77.9	80.1
0:11	11	1	74.5388	0.03125	2.3293	67.6	69.9	72.2	74.5	76.9	79.2	81.5
1: 0	12	1	75.7488	0.03137	2.3762	68.6	71.0	73.4	75.7	78.1	80.5	82.9
1: 1	13	1	76.9186	0.03154	2.4260	69.6	72.1	74.5	76.9	79.3	81.8	84.2
1: 2	14	1	78.0497	0.03174	2.4773	70.6	73.1	75.6	78.0	80.5	83.0	85.5
1: 3	15	1	79.1458	0.03197	2.5303	71.6	74.1	76.6	79.1	81.7	84.2	86.7
1: 4	16	1	80.2113	0.03222	2.5844	72.5	75.0	77.6	80.2	82.8	85.4	88.0
1: 5	17	1	81.2487	0.03250	2.6406	73.3	76.0	78.6	81.2	83.9	86.5	89.2
1: 6	18	1	82.2587	0.03279	2.6973	74.2	76.9	79.6	82.3	85.0	87.7	90.4
1: 7	19	1	83.2418	0.03310	2.7553	75.0	77.7	80.5	83.2	86.0	88.8	91.5
1: 8	20	1	84.1996	0.03342	2.8140	75.8	78.6	81.4	84.2	87.0	89.8	92.6
1: 9	21	1	85.1348	0.03376	2.8742	76.5	79.4	82.3	85.1	88.0	90.9	93.8
1:10	22	1	86.0477	0.03410	2.9342	77.2	80.2	83.1	86.0	89.0	91.9	94.9
1:11	23	1	86.9410	0.03445	2.9951	78.0	81.0	83.9	86.9	89.9	92.9	95.9
2: 0	24	1	87.8161	0.03479	3.0551	78.7	81.7	84.8	87.8	90.9	93.9	97.0

WHO Child Growth Standards

## Height-for-age GIRLS

2 to 5 years (z-scores)



Year: Month	Month	L	M	S	SD	Z-scores (height in cm)						
						-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 0	24	1	85.7153	0.03764	3.2267	76.0	79.3	82.5	85.7	88.9	92.2	95.4
2: 1	25	1	86.5904	0.03786	3.2783	76.8	80.0	83.3	86.6	89.9	93.1	96.4
2: 2	26	1	87.4462	0.03808	3.3300	77.5	80.8	84.1	87.4	90.8	94.1	97.4
2: 3	27	1	88.2830	0.03830	3.3812	78.1	81.5	84.9	88.3	91.7	95.0	98.4
2: 4	28	1	89.1004	0.03851	3.4313	78.8	82.2	85.7	89.1	92.5	96.0	99.4
2: 5	29	1	89.8991	0.03872	3.4809	79.5	82.9	86.4	89.9	93.4	96.9	100.3
2: 6	30	1	90.6797	0.03893	3.5302	80.1	83.6	87.1	90.7	94.2	97.7	101.3
2: 7	31	1	91.4430	0.03913	3.5782	80.7	84.3	87.9	91.4	95.0	98.6	102.2
2: 8	32	1	92.1906	0.03933	3.6259	81.3	84.9	88.6	92.2	95.8	99.4	103.1
2: 9	33	1	92.9239	0.03952	3.6724	81.9	85.6	89.3	92.9	96.6	100.3	103.9
2:10	34	1	93.6444	0.03971	3.7186	82.5	86.2	89.9	93.6	97.4	101.1	104.8
2:11	35	1	94.3533	0.03989	3.7638	83.1	86.8	90.6	94.4	98.1	101.9	105.6
3: 0	36	1	95.0515	0.04006	3.8078	83.6	87.4	91.2	95.1	98.9	102.7	106.5
3: 1	37	1	95.7399	0.04024	3.8526	84.2	88.0	91.9	95.7	99.6	103.4	107.3
3: 2	38	1	96.4187	0.04041	3.8963	84.7	88.6	92.5	96.4	100.3	104.2	108.1
3: 3	39	1	97.0885	0.04057	3.9389	85.3	89.2	93.1	97.1	101.0	105.0	108.9
3: 4	40	1	97.7493	0.04073	3.9813	85.8	89.8	93.8	97.7	101.7	105.7	109.7
3: 5	41	1	98.4015	0.04089	4.0236	86.3	90.4	94.4	98.4	102.4	106.4	110.5
3: 6	42	1	99.0448	0.04105	4.0658	86.8	90.9	95.0	99.0	103.1	107.2	111.2
3: 7	43	1	99.6795	0.04120	4.1068	87.4	91.5	95.6	99.7	103.8	107.9	112.0
3: 8	44	1	100.3058	0.04135	4.1476	87.9	92.0	96.2	100.3	104.5	108.6	112.7
3: 9	45	1	100.9238	0.04150	4.1883	88.4	92.5	96.7	100.9	105.1	109.3	113.5
3:10	46	1	101.5337	0.04164	4.2279	88.9	93.1	97.3	101.5	105.8	110.0	114.2
3:11	47	1	102.1360	0.04179	4.2683	89.3	93.6	97.9	102.1	106.4	110.7	114.9
4: 0	48	1	102.7312	0.04193	4.3075	89.8	94.1	98.4	102.7	107.0	111.3	115.7

WHO Child Growth Standards

## Height-for-age BOYS

2 to 5 years (z-scores)



Year: Month	Month	L	M	S	SD	Z-scores (height in cm)						
						-3 SD	-2 SD	-1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
2: 0	24	1	87.1161	0.03507	3.0551	78.0	81.0	84.1	87.1	90.2	93.2	96.3
2: 1	25	1	87.9720	0.03542	3.1160	78.6	81.7	84.9	88.0	91.1	94.2	97.3
2: 2	26	1	88.8065	0.03576	3.1757	79.3	82.5	85.6	88.8	92.0	95.2	98.3
2: 3	27	1	89.6197	0.03610	3.2353	79.9	83.1	86.4	89.6	92.9	96.1	99.3
2: 4	28	1	90.4120	0.03642	3.2928	80.5	83.8	87.1	90.4	93.7	97.0	100.3
2: 5	29	1	91.1828	0.03674	3.3501	81.1	84.5	87.8	91.2	94.5	97.9	101.2
2: 6	30	1	91.9327	0.03704	3.4052	81.7	85.1	88.5	91.9	95.3	98.7	102.1
2: 7	31	1	92.6631	0.03733	3.4591	82.3	85.7	89.2	92.7	96.1	99.6	103.0
2: 8	32	1	93.3753	0.03761	3.5118	82.8	86.4	89.9	93.4	96.9	100.4	103.9
2: 9	33	1	94.0711	0.03787	3.5625	83.4	86.9	90.5	94.1	97.6	101.2	104.8
2:10	34	1	94.7532	0.03812	3.6120	83.9	87.5	91.1	94.8	98.4	102.0	105.6
2:11	35	1	95.4236	0.03836	3.6604	84.4	88.1	91.8	95.4	99.1	102.7	106.4
3: 0	36	1	96.0835	0.03858	3.7069	85.0	88.7	92.4	96.1	99.8	103.5	107.2
3: 1	37	1	96.7337	0.03879	3.7523	85.5	89.2	93.0	96.7	100.5	104.2	108.0
3: 2	38	1	97.3749	0.03900	3.7976	86.0	89.8	93.6	97.4	101.2	105.0	108.8
3: 3	39	1	98.0073	0.03919	3.8409	86.5	90.3	94.2	98.0	101.8	105.7	109.5
3: 4	40	1	98.6310	0.03937	3.8831	87.0	90.9	94.7	98.6	102.5	106.4	110.3
3: 5	41	1	99.2459	0.03954	3.9242	87.5	91.4	95.3	99.2	103.2	107.1	111.0
3: 6	42	1	99.8515	0.03971	3.9651	88.0	91.9	95.9	99.9	103.8	107.8	111.7
3: 7	43	1	100.4485	0.03986	4.0039	88.4	92.4	96.4	100.4	104.5	108.5	112.5
3: 8	44	1	101.0374	0.04002	4.0435	88.9	93.0	97.0	101.0	105.1	109.1	113.2
3: 9	45	1	101.6186	0.04016	4.0810	89.4	93.5	97.5	101.6	105.7	109.8	113.9
3:10	46	1	102.1933	0.04031	4.1194	89.8	94.0	98.1	102.2	106.3	110.4	114.6
3:11	47	1	102.7625	0.04045	4.1567	90.3	94.4	98.6	102.8	106.9	111.1	115.2
4: 0	48	1	103.3273	0.04059	4.1941	90.7	94.9	99.1	103.3	107.5	111.7	115.9

WHO Child Growth Standards

## Annexe 2 : Note d'information en malagasy et français

### AFRIBIOTA

#### TARATASY FANAZAVANA NY LAFINY MAHA-OLONA SY NY FOMBA FIAINANY (HAIOLONA)

Ity fikarohana ity dia nahazo alálana avy amin'ny fitsipi-pifehezan'ny Minisiteran'ny Fahasalamanam-bahoaka eto Madagasikara tamin'ny \_\_\_\_\_.

Izaho \_\_\_\_\_ miasa ao amin'ny (Institut Pasteur de Madagascar)

Ato anatin'ity fikarohana ity, izahay dia hiezaka ny hahatakatra ireto:

- Manao ahoana no fahatsapan'ny mponina ety sy ny manodidina ny tsy fanjarian-tsakafo sy ny fahasalaman'ny ankizy madinika ;
- Ireo fepetra raisin'izy ireo ho fiarovana ny fahasalaman'ny ankizy ;
- Ireo fampiharana sy fikarakarana izay ataonareo ho fitsaboana ny zanakareo.

Mba hahavitana izany, hiezaka izahay ny hifanerasera amin'ny ray aman-drenin'ireo zaza 24 ka hatramin'ny 59 volana. Noho izany, mba maniry ny hifanerasera sy hametraka fanontaniana aminao izahay momba ny fahasalaman'ny zanaka osy ny momba ny vanimpotoana vao haingana indrindra nisy fivalanana sy tsy fanjarian-tsakafo teo aminy, ary ny hevitrao manokana momba ny fivalanan'ny zaza sy ny tsy fanjarian-tsakafo sy ireo fomba fitsaboana izany ara-medikaly.

Ny fandraisana anjara amin'ity fikarohana ity dia malalaka sy an-tsitrao tanteraka.

Raha manaiky ny handray anjara ianao, dia manome toky izahay fa ny anaranao sy ny fanehoan-kevitra izay ataonao dia hijanona ho tsiambaratelo. Ao anatin'ireo boky misy ny valin'ny fikarohana dia tsy ahitana ny anaranao na aiza na aiza, ary tsy hahafahana mahafantatra anao ihany koa na ny anaran'ny tanàna misy anao na ny manodidina na ny tontolom-piainanao. Ny fandraisanao anjara amin'ity fikarohana ity dia tsy hahazoanao tombony ara-materialy nefa kosa manome anao fahafahana hahazo ny tsara ho fantatra momba ny tsy fanjarian-tsakafo eo amin'ny zaza. Horeketinay ao anatin'ny fandraisam-peo ny resaka hifanaovantsika eto mba ho azo avokoa ny hevitra manontolo izay nomenao ary azo itokiana ny niavian'ireo hevitra ireo. Raha manaiky ianao amin'ny fandraisam-peo dia manome toky izahay fa tsy hahafahana mamantatra anao ny ao amin'ny horonam-peo. Ny mombamomba anao dia hosoloina kaody (mari-pamantarana); ary ny tahirin-kevitra dia hampidirina ao amin'ny solosaina ary ho voaáro amin'ny alalan'ny teny miafina. Tsy misy olona hafa afaka hahita ireo tahirin-kevitra ireo afa-tsy izaho sy ireo tompon'andraikitra amin'ity fikarohana ity ary ireo manam-pahefana amin'ny fandrindrana sy fiarovana ireo mpandray anjara amin'ny fikarohana. Raha tsy te handray anjara amin'ity fikarohana ity ianao, dia zonao izany.

Malalaka ianao hilaza aminay ny fandavanao tsy handray anjara amin'ny fotoana rehetra, na dia eo am-piandohan'ny dinidinika aza, na amin'ny fotoana rehetra ary tsy mila fanamarinana ny anton'ny fanapahan-kevitrao.

Anontaniana ny hevitra ny zanakao amin'ny handraisany na tsia anjara amin'ny fikarohana, raha toa ka efa amin'ny taonany izany, ary hajaina ny safidiny raha toa ka mandà izy.

Amin'ny fotoana rehetra, raha manana fanontaniana mikasika ity fikarohana ity ianao na mikasika ireo hevitra voangona, dia afaka mametraka izany fanontaniana izany amin'ireto olona ireto :

- Tamara Giles-Vernick, Institut Pasteur, 25 rue du Docteur Roux, Bâtiment Laveran, 75015 Paris, France ; +33 (0)1.45.68.82.17. E-mail : tamara.giles-vernick@pasteur.fr.
- Elliot Fara Nandrasana RAKOTOMANANA, Institut Pasteur de Madagascar ; +261 32 41 741 66. Email : elliotfara@pasteur.mg.

**PROJET AFRIBIOTA**

**ETUDE DU SYNDROME D'ENTEROPATHIE ENVIRONNEMENTALE  
PEDIATRIQUE A MADAGASCAR**

**WP2 – VOLET ANTHROPOLOGIE – NOTE D'INFORMATION**

Cette étude a reçu un avis éthique favorable du Comité d'Éthique auprès du ministère de la Santé de Madagascar le \_\_/\_\_/2016.

Je \_\_\_\_\_ travaille à l'Institut Pasteur de Madagascar.

Dans le cadre de ce travail, nous cherchons à comprendre :

- Comment les gens d'ici et des environs perçoivent la malnutrition et la santé des jeunes enfants ;
- Les précautions qu'ils prennent pour préserver la santé des enfants ;
- Les pratiques et le recours aux soins que vous entreprenez pour soigner votre enfant.

Pour ce faire, nous cherchons à nous entretenir avec des parents d'enfants âgés de 24 à 59 mois.

Ainsi, nous souhaiterions vous fréquenter dans la vie quotidienne et poser quelques questions au sujet de la santé de votre enfant et de son plus récent épisode de diarrhée et de malnutrition, et vos points de vue personnels sur les diarrhées infantiles et la malnutrition et certaines pratiques médicales pour les soigner. Cet entretien pourra durer une heure.

La participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Si vous acceptez d'y participer, nous vous assurons que votre nom et toutes les informations que vous nous donnerez resteront strictement confidentiels. Dans les publications des résultats, votre nom n'aura indiqué nulle part, et vous ne serez pas non plus identifiable par le nom de votre quartier ou village, ni par votre environnement de vie. Votre participation à cette étude ne vous apportera pas de bénéfices matériels, mais vous aurez l'opportunité d'obtenir des informations sur la malnutrition infantile. Nous aurons besoin d'enregistrer la conversation que nous allons avoir avec vous à l'aide d'un magnétophone, afin de capter la totalité des informations que vous nous donnez et assurer leur authenticité. Si vous êtes d'accord pour l'enregistrement, nous vous garantissons aussi que vous ne serez pas identifié(e) sur la cassette. Votre identité sera remplacée par un code ; et les retranscriptions seront saisies et sécurisées avec un mot de passe dans un ordinateur. Personne d'autre que moi et les responsables de cette étude, ou les instances de réglementation et de protection des participants à une recherche ne pourra accéder au fichier des données.

Si vous ne souhaitez pas participer à cette étude, c'est votre droit. Vous pouvez librement nous le dire à tout moment, soit avant même le début de l'entretien ou à n'importe quel autre moment, sans avoir besoin de vous justifier.

Si votre enfant est en âge d'être consulté sur sa participation à la recherche, son avis sera demandé et son refus d'être inclus sera respecté.

*Si l'entretien a lieu dans un centre de santé* : votre acceptation ou votre refus de participer n'aura aucun impact sur le traitement que vous ou votre enfant recevez au centre de santé.

À tout moment, si vous avez des questions concernant ce projet ou les informations recueillies, vous pouvez les poser soit à :

- Tamara Giles-Vernick à l'adresse suivante : Institut Pasteur, 25 rue du Docteur Roux, Bâtiment Laveran, 75015 Paris, France ; +33 (0)1.45.68.82.17. E-mail : [tamara.giles-vernick@pasteur.fr](mailto:tamara.giles-vernick@pasteur.fr).
- Elliot Fara Nandrasana RAKOTOMANANA, Institut Pasteur de Madagascar ; +261 32 41 741 66 ; Email : [elliottfara@pasteur.mg](mailto:elliottfara@pasteur.mg).

**Annexe 3 : Fiche de consentement pour participer aux entretiens et  
observation (famille) en malagasy et en français**

**AFRIBIOTA**

**TARATASY FANEKENA MOMBA NY LAFINY MAHA-OLONA SY  
NY FOMBA FIAINANY (HAIOLONA)**

Izaho \_\_\_\_\_ dia  
manaiky malalaka ny handray anjara amin'ny fikarohana momba ny « Prévalence et  
pathophysiologie du syndrome d'entéropathie environnementale pédiatrique à Antananarivo  
(Madagascar) » amin'ny alalàn'ny famaliako ireo fanontaniana apetraka amiko mandritra ny  
dinika, izay mety ho horaisim-peo sy ny fifaneraserana hatao eo amin'ny fiainana  
andavanandro.

Azoko tsara ny tanjona sy ny fomba fiasan'ny fikarohana izay nohazavaina tamiko. Azoko  
tsara fa ny anarako, ny mombamomba ahy sy ny hevitra navoakako dia hijanona ho  
tsiambaratelo tanteraka.

Afaka manapa-kevitra amin'ny fotoana rehetra aho ny hanajanona ny dinika amin'ny  
fampahafantarako amin'ny fomba tsotra ny mpanadihady ary miala amin'ny fikarohana sady  
tsy voatery hanazava ny anton'ny fanapahan-kevitra.

Farany, nampahafantarina ahy fa raha toa aho ka manana fanontaniana na inona na inona  
mikasika ity fikarohana ity na mikasika ireo hevitra voangona dia afaka mametraka izany  
fanontaniana izany amin'ny ireo tompon'andraikitra ny fikarohana amin'ny fotoana rehetra  
amin'ny alalan'ireo adiresy na telefonina izay nomena ahy.

Daty .....

Manaiky aho

Mandà aho

Sonia .....

Na lavo-tondron'ny ankihibe-tanana ankavia .....

***Ny dika mitovy iray hotehirizina ho fiarovana ny mpikaroka ; nydika mitovy iray omena  
ny mpandray anjara/mpanentana.***



**PROJET AFRIBIOTA**

**ETUDE DU SYNDROME D'ENTEROPATHIE ENVIRONNEMENTALE  
PEDIATRIQUE A MADAGASCAR**

**WP2 – VOLET ANTHROPOLOGIE – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je soussigné(e) Mme. / M. (*rayez les mentions inutiles*)

\_\_\_\_\_ (Nom, Prénom), accepte librement de participer à l'étude « Physiopathologie du syndrome d'entéropathie environnementale pédiatrique à Antananarivo (Madagascar) en répondant aux questions qui me seront posées au cours d'un entretien, qui sera enregistré, ou au cours d'une observation participante.

J'ai bien compris le but et les méthodes de l'étude, qui m'ont été expliquées. J'ai compris que mon nom et les informations que je fournirai demeureront strictement confidentiels.

Je peux aussi décider, à tout moment, que je ne souhaite plus continuer l'entretien, en informant simplement l'intervieweur, et quitter l'étude sans devoir m'en expliquer.

*Si l'entretien a lieu dans un centre de santé*, je sais aussi que ma décision de quitter l'étude n'aura aucun impact sur le traitement que moi-même ou mon enfant recevons.

Enfin, j'ai été informé(e) que si j'ai n'importe quelle question concernant ce projet ou les informations collectées, je peux la poser aux responsables du projet à tout moment en les contactant aux adresses qui m'ont été données.

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date**

**Ou empreinte digitale de l'index gauche** \_\_\_\_\_

*Une copie à conserver en sécurité par les chercheurs ; et une copie à remettre au participant/informateur.*

## Annexe 4 : Fiche de consentement photo

### PROJET AFRIBIOTA

**FIKAROHANA MOMBA NY ARETINA «  
ENTEROPATHIE ENVIRONNEMENTALE  
PEDIATRIQUE » ETO MADAGASIKARA**

**WP2 – LAFINY HAIOLONA –FANGALANA SARY-  
FANEKENA NARAHANA FANAZAVANA**

Izaho Ramatoa/ Andriamatoa (tsipihon'ny izay tsy mifanaraka).....(anarana, fanampiny), dia manaiky an-tsitrano sy tsy noterena fa ao amin'ny sampana haiolona, izay ao antin'ilay fikarohana antsoina hoe «Physiopathologie du syndrome d'entéropathie environnementale pédiatrique à Antananarivo », dia hisy fakàna sary, ka ho hita ao amin'izany sary izany aho.

Azoko tsara ny tombotsoan'ireo sary ireo.

Manome alalana ny mpanao fikarohana Afribiota ao amin'ny Institut Pasteur de Madagascar (IPM) aho haka ireo sary ireo ary manaiky ihany koa ny hampiasana azy ireo ao anatin'ny fikarohana "Afribiota".

Azoko tsara ihany koa fa ireo sariko ireo dia tsy ho atao fitadiavam-bola ary tsy ho adika.

Koa manapa-kevitra aho fa tsy hitaky izay mety ho endriky ny zo ary tsy hanohitra izay mety ho hetsika ataon'ny IPM momban'io sary io araka izay efa voaresaka ao anatin'ity tahirin-kevitra ity.

Daty .....

Manaiky aho

Mandà aho

Sonia .....

Na lavo-tondron'ny ankihibe-tanana ankavia .....

***Ny dika mitovy iray hotehirizina ho fiarovana ny mpikaroka; ny dika mitovy iray omena ny mpandray anjara /mpanentana.***

**PROJET AFRIBIOTA**

**ETUDE DU SYNDROME D'ENTEROPATHIE  
ENVIRONNEMENTALE PEDIATRIQUE A MADAGASCAR**

**WP2 – VOLET ANTHROPOLOGIE – FORMULAIRE DE  
CONSENTEMENT PHOTOGRAPHIES**

Je soussigné(e) Mme. / M. (*rayez les mentions inutiles*)

\_\_\_\_\_ (Nom, Prénom), accepte librement que dans le cadre du volet anthropologie de l'étude Afribiota (« Physiopathologie du syndrome d'entéropathie environnementale pédiatrique à Antananarivo (Madagascar) des photos soient prises, dans lesquelles j'apparais.

J'ai bien compris l'intérêt de ces photos.

J'autorise l'équipe Afribiota de l'Institut Pasteur de Madagascar (IPM) à prendre ces photos et j'accepte leur utilisation dans le cadre du projet Afribiota.

J'ai compris que ces photos et mon image ne seront pas utilisées à des fins commerciales ni ne seront reproduites.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de l'IPM qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Date \_\_\_\_\_

J'approuve

Je refuse

Signature \_\_\_\_\_

Ou empreinte digitale de l'index gauche \_\_\_\_\_

*Une copie à conserver en sécurité par les chercheurs ; et une copie à remettre au participant/informateur.*

## Annexe 5 : Lettre d'introduction auprès des institutions



N/Réf: **398**/2019/DIR/HM

Antananarivo, le 5 novembre 2019

*Destinataires in fine*

Objet : Lettre d'introduction

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa thèse en anthropologie sociale portant sur les pratiques d'hygiène et d'alimentation et leur lien avec la malnutrition chronique à Antananarivo, Elliot Rakotomanana, employé et doctorant à l'Institut Pasteur de Madagascar, prévoit de réaliser des entretiens en vue de décrire les politiques nutritionnelles, d'hygiène et d'assainissement mises en œuvre à Madagascar. Cette thèse s'inscrit dans un projet de recherche multidisciplinaire et multicentrique (Bangui et Madagascar), sur la physiopathologie de l'entéropathie environnementale pédiatrique (Afribiota) et est constituée de deux volets : (i) la description des pratiques quotidiennes d'hygiène et d'alimentation de la population dans un quartier défavorisé de la capitale, (ii) le contexte institutionnel (politiques et les stratégies en termes de nutrition, d'assainissement, eau et d'hygiène et l'impact des crises socio-politiques sur leur mise en œuvre). La collecte de données pour le second volet aura lieu en novembre et décembre 2019 et sera réalisée auprès d'acteurs institutionnels œuvrant dans le domaine de la malnutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement.

La réalisation de cette thèse a eu l'approbation du Comité d'Ethique de la Recherche Biomédicale auprès du Ministère de la Santé Publique de Madagascar au même titre que le Projet « Afribiota » en septembre 2016 (N° 104/MSANP/CE).

Ainsi, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir mettre à sa disposition les informations nécessaires pour la réalisation de ce travail important pour les enfants et la population Malagasy.

En vous remerciant pour l'attention et l'appui que vous apporterez à cette demande et restant à votre disposition pour vous apporter les éléments complémentaires que vous jugeriez utiles, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.



**Dr André SPIEGEL**  
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce  
Directeur de l'Institut Pasteur de Madagascar

André Spiegel  
Directeur

aspiegel@pasteur.mg  
BP 1274 - Antananarivo 101  
Téléphone : 261 20 22 401 64  
Télécopie : 261 20 22 415 34

**Destinataires :**

- Responsable de nutrition communautaire auprès de l'Office Nationale de Nutrition,
- Responsable de nutrition communautaire auprès de l'Office Régionale de Nutrition (Analamanga),
- Responsable du Service de Nutrition auprès du Ministère de la Santé Publique,
- Responsable de nutrition auprès de l'UNICEF Madagascar,
- Responsable de nutrition auprès de l'OMS Madagascar,
- Responsable de nutrition auprès du PAM Madagascar,
- Responsable de nutrition auprès de la FAO Madagascar,
- Responsable de nutrition auprès de la Banque Mondiale à Madagascar,
- Responsable des projets sur la nutrition auprès de l'ONG GRET,
- Responsable des projets sur la nutrition auprès de l'ONG Action Contre la Faim (ACF),
- Responsable des projets sur la nutrition auprès de la PSI Madagascar,
- Responsable du parcours « Sciences des Aliments et Nutrition », de la Faculté des Sciences à l'Université d'Antananarivo,
- Responsable de la formation « Nutrition communautaire » auprès de l'Institut National de Santé Publique et Communautaire (INSPC) du Ministère de la Santé Publique,
- Responsable auprès de la Direction « Eau, Assainissement et Hygiène » du Ministère de l'Energie, de l'Eau et des Hydrocarbures (MEEH),
- Responsable auprès de l'Autorité pour la Protection contre les Inondations de la Plaine d'Antananarivo (APIPA) du MEEH,
- Responsable du Service « Assainissement des eaux Usées et de produits de Vidange » auprès du SAMVA du MEEH,
- Responsable du Service « Ordures Ménagères » auprès du Service Autonome de Maintenance de la ville d'Antananarivo (SAMVA) du MEEH,
- Responsable du programme WASH de l'UNICEF Madagascar,
- Responsable du programme WASH de l'OMS Madagascar,
- Responsable du programme WASH de l'ACCESS/USAID à Madagascar,
- Responsable des projets WASH de l'ONG ACF,
- Responsable des projets WASH de l'ONG CARE International,
- Responsable des projets WASH de l'ONG WaterAid.

## Annexe 6 : Canevas d'entretien dans le quartier et les institutions

### Dans le quartier

---

#### Mère de l'enfant (normonutri ou malnutri)

#### PARTIE 1 (premier entretien) :

Nom de l'enquêteur :

Date de l'entretien :

Code de l'entretien :

#### **A. Situation de l'entretien :**

- Lieu de recrutement (*projet ou communautaire*) :
- Nom du fokontany :
- Est-ce que l'enfant est malnutri ou normonutri ?
- Si malnutri, indiquer le Z-score :

#### **B. Situation résidentielle et économique de la famille**

- Âge :
- Niveau d'éducation :
- Statut marital et durée du mariage (*en concubinage, marié, séparé/divorcé, veuve/veuf, ou en union libre*) :
- S'il y a des coépouses, il y en a combien :
- Type de foyer (*matrilocal, patrilocal : Habite dans la même maison du père, des parents du père ou de la mère ?*) Pourquoi ? :
- Nombre de personnes vivant dans le même foyer et leurs âges :
- Nombre d'enfants vivant dans le même foyer et leurs âges :
- Conditions d'habitation :
  - o Personnes habitant dans la même maison :
  - o Equipements et description de la maison (accès à l'électricité, à l'eau courante, type de toilettes, matériaux de construction, toiture, le sol, le nombre de pièce...)
  - o Organisation spatiale (emplacement de la cuisine, douche, latrine, ordures ménagères, stockage de l'eau et les volailles)
- Type de famille (élargie, nucléaire, monoparentale) :

- Si famille élargie, spécifier le type de lien de parenté avec l'enfant sélectionné (*mère, grand-mère, père, etc.*) :
- Formes de soutiens reçus du réseau de parenté :
  - Monétaire :
  - Surveillance des enfants :
  - Alimentaire :
  - Autres (à spécifier) :
- Activités économiques pour soutenir les besoins de la famille :
- Appartenance religieuse de la famille (église ou mission locale, mosquée) :
- Dépenses faites pour les enfants :

### **C. Maladies (+ soin à domicile) (en s'intéressant davantage à la diarrhée)**

- Quelles sont les maladies dont souffre votre enfant actuellement ou habituellement ?
- Que faites-vous souvent quand il tombe malade ?
- Quels sont les signes de maladies que vous connaissez chez votre enfant et ceux qui vous dépassent ?
- Quels sont les signes de maladies que vous êtes en mesure de soigner vous-même ? Quels sont les signes de maladie pour lesquels vous demandez de l'aide ? Prenons le cas de la diarrhée (si la diarrhée est la maladie la plus fréquente) ? Y a-t-il différent type de diarrhée ? Quels sont les différents symptômes ? Comment faites-vous pour la soigner ? À quel moment dites-vous que la diarrhée est sans problème ?
- Au cas où vous n'arrivez pas maîtriser la maladie (*prenons le cas de la diarrhée*), à qui avez-vous recours pour le soin ?
- Quand l'enfant tousse ou a le rhume, que faites-vous ?
- La morve du nez coule souvent dans la bouche, comment faites-vous pour faire sortir la morve du nez de votre enfant ? Est-ce qu'il lui arrive de le sucer ?
- Avez-vous une moustiquaire ? Combien ? Est-elle ou sont-elles imprégnées. À quels moments les utilisez-vous ? Pourquoi ?
- Est-ce que votre enfant prend des médicaments antiparasites/vers ? de quelle fréquence ? pouvez-vous raconter ?

### **D. Accès aux soins biomédicaux**

- À quelle circonstance amenez-vous votre enfant à consulter un personnel médical pour soigner son enfant (en prenant le cas de la diarrhée comme exemple) ? (*Spécifier la différence pour une consultation auprès d'un tradipraticien, un médecin*)

- Pouvez-vous me raconter une expérience que vous avez eue pendant une consultation dans une formation sanitaire pendant un épisode de maladie de l'enfant ?
- Quelle est votre opinion sur la formation sanitaire et les pratiques de consultation ?
- Est-il facile ou difficile d'accéder la formation sanitaire la plus proche ? C'est où le centre de santé le plus proche pour vous ?
- Quelles sont les difficultés que vous trouvez en venant au centre de santé ? (il faut laisser la question ouverte)
  - o Voyage (durée, coût)
  - o Personnels médicaux
  - o Traitement
  - o Frais de consultation ?
  - o Ordonnance ?
  - o Autres ?

\* \* \* \* \*

## **PARTIE 2 : Deuxième entretien**

### **« Histoire de l'enfant »**

#### **A. Histoire de la vie de l'enfant**

##### ***1. Conception***

- Quelles étaient les circonstances de la conception ? (*Voulue, inattendue ou par contrainte e.g viol, etc.*),
- Comment votre mari et/ou vos proches ont réagi à votre grossesse ?

##### ***2. Votre grossesse***

- Comment s'est déroulée votre grossesse ? C'était facile ou difficile ? Pourquoi ?
- Si difficile, comment ? (*Amaigrissement, diminution de poids, types de maladies contractées, ou dont elle a beaucoup souffert, etc.*)
- Avez-vous fait une consultation prénatale ? Pourquoi ?
- Pouvez-vous m'expliquer ce que vous avez mangé pendant votre grossesse avec cet enfant ? Avez-vous envie de manger un ou des aliments spécifiques le long de votre grossesse ? Pourquoi ? Avez-vous détesté un ou des aliments pendant la grossesse ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous avez peur comme la plupart de Malgache de donner naissance à un gros bébé ? Si oui, comment avez-vous fait pour éviter une telle circonstance ?
- Avez-vous eu des problèmes dans vos rapports avec votre entourage (*parents, mari, belle-famille, voisins, milieu de travail*) pendant votre grossesse ? Pourquoi ?



- Avez-vous eu des soutiens pendant la grossesse ? si oui de qui ? Pourquoi ? et comment se présentent ces soutiens ? (*Conseils, argent, ...*)

### **3. Accouchement**

- Comment s'est déroulé votre accouchement ? Facile ou difficile ? Pourquoi ?
- Où avez-vous accouché (maternité ? Domicile ?)
- Qui a vous aidé pendant l'accouchement ?
- L'enfant était-il né en bon état ? Pourquoi ?
- Avez-vous fait un confinement avant et/ou après la naissance ? Si oui Où et pourquoi ?
- Avez-vous fait une consultation postnatale ?

### **4. Description de la petite enfance :**

- Est-il en bonne santé ? Malade ? Quelles sont les maladies les plus fréquentes qui touchaient votre enfant ? Lesquelles ? (*Souvent enrhumé ? Frappé par la toux, la diarrhée ? Vomissement ? Fièvre ?*) Pourquoi ?
- Que faites-vous habituellement pour garder en bonne santé votre enfant ? (*Creuser les informations sur les soins appliqués à un enfant : massage avec une huile sur les articulations...*)

### **5. Situation d'un enfant qui ne grandit pas normalement (qui n'a pas de poids ni de vitalité OU qui est trop gros)**

- Si vous voyez un enfant qui ne grandit pas normalement, qui n'est pas vif, comment vous l'appellez dans votre propre langue ? (*Il faut essayer d'exclure les enfants qui ont des parents de petite taille*)
- Quelle est votre façon de le voir ?
- Selon vous, a-t-il une maladie ? Laquelle ? Ou non ? Pourquoi ?
- Selon vous, pourquoi est-il dans cet état ?
- Est-ce que ça peut se transmettre selon vous ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?
- Peut-on faire quelque chose pour lui ? Oui ou non ? Pourquoi ?
- (*Si l'alimentation est mentionnée*) Faut-il lui donner une alimentation spéciale ? Laquelle ?
- Selon vous, quels sont les facteurs de blocage de la prise en charge de ce problème dans le pays ?

## **B. État émotionnel et la relation de l'enfant avec sa mère et d'autres personnes**

- Est-il souvent joyeux ou en mauvaise humeur ? S'amuse-t-il souvent ? Pleure-t-il souvent ? Selon vous pourquoi ?
- Consultez-vous ou avez-vous consulté un proche pour vous donner des conseils concernant l'état de votre enfant ? Par qui ?
- Comment se présente votre relation avec votre enfant ?
- Qui s'occupe de lui en général ? Pourquoi ?
- Quel est votre rôle sur votre enfant ? et comment faites-vous ? (*Alimentation, habillement, surveillance... détailler la responsabilité de chaque personne évoquée telle que la tante, la grand-mère, voire le voisin...*) Pourquoi ?
- Avec qui l'enfant aime passer sa journée (*le matin, le jour et la nuit*) ? Pourquoi ?
- Est-ce que votre enfant aime jouer avec leurs ami-e-s ? Si oui avec lesquels (*les cousin-e-s ou les voisin-e-s*) ? Pourquoi ?

## **PARTIE 3 : Troisième entretien**

### **« Alimentation de l'enfant dans le passé et en ce moment »**

## **C. Allaitement de l'enfant (*identifier la différence entre garçon et fille*)**

- Est-ce que vous allaitez/allaitiez votre enfant ? Si oui pourquoi ? Sinon pourquoi ?
- Que représente le lait maternel pour vous (*l'eau, de la nourriture ou les deux en même temps, ...*) ? Pourquoi ?
- Quelques minutes après la naissance l'enfant a-t-il montré des signes de faim ? Qu'avez-vous donné à manger / boire à l'enfant ?
- Avez-vous donné le « premier lait » (jaune) que vous avez produit ? Après combien de temps de la naissance ? Pourquoi ?
- Avez-vous fait l'allaitement exclusivement ? Si oui ou non, pourquoi ? Avez-vous donné le « premier lait » (jaune) que vous avez produit ?
- Tétait-il bien au début ou non ? Qu'est-ce que vous avez fait face à cette situation ? À quel moment il ne tétait pas bien ou suffisamment ? Pourquoi ? et que faites-vous à ce moment ?
- Comment avez-vous sevré votre enfant ? À quel âge ? Pourquoi ?

## **D. Alimentation de complément de l'enfant**

- À partir de quel mois avez-vous donné à boire à votre enfant ? Quelles boissons ? Pourquoi ?

- À partir de quel mois avez-vous donné à manger à votre enfant ? Quels aliments ? Pourquoi ?
- Qu'entendez-vous souvent dire sur le bon repas d'un enfant ?
- Selon vous, quel est le repas "idéal" pour les enfants en fonction de l'âge : 6 mois, 1 an, 2 ans, 3 ans, 5 ans
- À partir de quel âge, l'enfant a consommé une portion du repas familial ? Pourquoi ?
- Faut-il donner les repas différents aux filles et aux garçons ? Pourquoi ? À partir de quel âge ?

#### **E. Alimentation actuelle de l'enfant et de la famille**

- Qu'est-ce que vous mangez habituellement ? et que donnez-vous à votre enfant ? Où mangez-vous habituellement ? Et l'enfant ? (*Chez vous, chez les gargotes, ou chez les voisins ?*) pourquoi ?
- Actuellement, mange-t-il suffisamment ou non, pourquoi ? Combien de fois par jour mangez-vous ici ? Pourquoi ? Et combien de fois par jour votre enfant mange-t-il ? Pourquoi ? Est-ce qu'il lui arrive de manger chez les voisins ou la famille proche ? Pourquoi ?
- Quelles sont les préférences alimentaires de votre enfant ? - les aliments qu'il déteste ? Les aliments que vous préférez qu'il mange et pourquoi ? Les aliments que vous n'aimez pas qu'il mange et pourquoi ?

### **PARTIE 4 : Quatrième entretien**

#### « Hygiène/propreté et activité de l'enfant »

#### **A. Hygiène / propreté**

- Que signifie être propre pour vous ? Pourquoi ? Et être sale ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous avez une douche ou un coin pour vous laver ? Où ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous enseignez à votre enfant la propreté (lavage de mains, utilisation de latrine, gestion des morves) ? Lesquels ? Comment ? Jusqu'à quel âge de l'enfant ?
- À partir de quel âge, peut-il gérer seul sa propreté (laver les mains, prendre de bain, brosser les dents, se moucher ? Pourquoi ?
- Combien de fois par semaine ou par mois donnez-vous un bain à votre enfant ? Utilisez-vous un savon ? Si oui, quelle sorte de savon ? Pourquoi ?
- À quels moments lave-t-il les mains ? Est-ce que vous assistez ou insistez à ce que l'enfant lave les mains ? Pourquoi ?

- Qu'est-ce qu'on fait pour entretenir la bouche de l'enfant ? (Fréquence et pratique) ? Pourquoi ? Est-ce qu'il brosse les dents ? Par qui ? Pourquoi ? Comment ? Et à quel moment ?
- Que représente un écoulement nasal pour vous ? Pourquoi un enfant a-t-il un écoulement nasal (*un problème grave, une conséquence d'une maladie ou un fait courant chez un enfant*) ?
- Comment faites-vous pour l'écoulement nasal de votre enfant ? Est-ce qu'il lui arrive de le sucer ?
- Que représentent les matières fécales pour vous ? Est-ce qu'elle représente un danger pour vous ? Si oui comment et pourquoi ?
- Possédez-vous une latrine ? Est-ce que vous le partagez avec d'autres ménages si oui pourquoi ?
- Où avez-vous l'habitude de faire votre besoin ? Le matin, le jour et la nuit ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous des enfants qui défèquent et urinent à l'air libre ? Pourquoi ?

#### **B. Habits :**

- Combien d'habits (de vêtements) possèdent l'enfant ?
- A quel moment l'enfant change-t-il d'habits ? Par qui ?
- À quelle fréquence lavez-vous les habits de l'enfant ? Par qui ? Pourquoi ?
- A-t-il des chaussures/scandales ? Est-ce qu'il porte des chaussures/scandale toute la journée ?
- À quel temps dans la journée on lui enlève ses habits sales ?
- Quand vous n'êtes pas là et est-ce qu'il lui arrive de faire les selles dans ses habits ? Est-ce acceptable ? Pendant combien de temps peut-il rester avec ses habits (rempli de matière fécale) ? Pourquoi ?

#### **C. Activités des enfants**

- Quels sont les endroits qu'il fréquente le plus ?
- Quelles sont les activités qu'il fait habituellement ? (Allez à l'école, jouer, promenades... ?)
- Combien d'heures par jour pour chaque activité ?
- Pour les jeux, quels types de jeux ? Dans les couloirs ? Pourquoi ?

## Femme âgée

### PARTIE 1

#### Conseils et concepts autour du retard de croissance

#### **Pour l'enquêteur (AVANT DE COMMENCER L'ENTRETIEN):**

Nom de l'enquêteur :

Date de l'entretien :

Code de l'entretien :

#### **A. Situation de l'entretien :**

Lieu de recrutement (projet ou communautaire) :

Nom du *fokontany* :

- Est-ce que le petit-enfant est malnutri ou normonutri (si elle est la grand-mère de l'enfant suivi) ?
- Si malnutri, indiquer le Z-score :

#### **B. Situation résidentielle et économique**

- Âge :
- Niveau d'éducation :
- Statut marital et durée du mariage (en concubinage, marié, séparé/divorcé, veuve/veuf ou en union libre) :
- Activités économiques pour soutenir les besoins de la famille :
- Appartenance religieuse (église ou mission locale, mosquée) :
- Formes de soutiens envers ses enfants et ses petits-enfants :
- Participez-vous aux accouchements ?

#### **C. Conseils pour une femme enceinte**

- Selon vous, que doit-on faire ou ne doit pas faire pour une femme enceinte ?
- Quels sont les aliments bons pour une femme enceinte ? Et quels sont ceux qui sont mauvais ? Pourquoi ?
- Soins du corps : Existe-t-il des pratiques pour fortifier la grossesse ?
- Selon vous, est-ce que la femme doit travailler pendant la grossesse ? Comment ? Quel type de travail est-elle capable de réaliser ? Quel type de travail est-il bon pour elle de faire ? Pourquoi ?
- Quels sont vos rôles pendant la grossesse de vos filles/belles-filles (au début, pendant et à la fin de la grossesse) ? Pourquoi ?

#### **D. Conseils pour l'accouchement**

- Quelles sont les activités à faire ou à ne pas faire pour favoriser un bon accouchement ?
- Y a-t-il des aliments indiqués pour favoriser ou non un bon accouchement ?
- Est-ce qu'il y a des plats à prendre avant l'accouchement ?
- Est-ce que vous avez attendu de dire que les Malgaches ont peur de donner naissance à un gros bébé ? Si oui pour vous comment avez-vous fait pour éviter une telle circonstance ?
- Qu'est-ce qu'on fait du placenta et du cordon ?
- Quand l'accouchement est difficile, que conseillerez-vous ou que faites-vous ?

#### **E. Conseils pour une jeune mère**

##### *a. Allaitement et introduction d'eau*

- Automatiquement après la naissance du bébé, est-ce que vous conseillez à votre fille/belle-fille de donner à téter ?
- Le premier lait, est-il bon pour le bébé qui vient de naître ?
- Faut-il donner du lait au bébé quand il pleure ? Ou à des moments précis ? (si oui, préciser ces moments)
- Faut-il donner de l'eau, et à quel moment ? Avec quel type d'eau ?

##### *b. Soins*

- Quels sont vos rôles après l'accouchement de vos filles/belles-filles ? Pourquoi ?
- Existe-t-il des soins pour la femme venant d'accoucher (surtout si elle n'a pas d'expériences) et le nouveau-né ? Si oui comment ? Pourquoi ?
- Comment soignez-vous le cordon ombilical ? Que faut-il faire en cas de problèmes ?
- Qu'est-ce qu'il faut faire pour que l'enfant grandisse bien ?
- Faut-il laver le bébé après sa naissance ? Comment ? Avec quel type d'eau ? Pourquoi ?

#### **F. Conseils d'alimentation de l'enfant**

- À quel moment doit-on lui donner des aliments en complément du lait maternel ?
- Il y a des mères qui donnent à goûter des mets très tôt à leurs enfants ? Qu'en pensez-vous d'une telle pratique ?
- Identifier de bons aliments pour :
  - Une femme enceinte
  - Une femme qui allaite
  - Un enfant de moins de 6 mois,

- Un enfant de 6 mois
- Un enfant d'un an
- Un enfant de 2 ans
- Un enfant de 3 ans
- Un enfant de 5 ans

### **G. Soins et hygiène : Conseils**

- Selon vous, combien de fois par semaine ou par mois devrez une mère donner un bain à un enfant (*se référer à ses filles pour les questions de précision*) ?
- Quelles eaux conseillez-vous pour les bains des enfants ? (Puits, robinet, pluie...)
- Conseillez-vous les bains avec ou sans savon ? Si oui, quelle sorte de savon ? (Acide, traditionnel, cendre, etc.)
- À quels moments doit-on laver les mains des enfants ?
- Que doit-on faire pour entretenir la bouche de l'enfant ? Quelle fréquence ? Pourquoi ? Est-ce qu'il brosse les dents ? Par qui ? Pourquoi ? Comment ? Et à quel moment ?
- Que doit-on faire pour entretenir l'écoulement nasal d'un enfant ? Quelle fréquence ? Pourquoi ?
- Est-ce que vous enseignez à vos enfants et petits-enfants (*se référer à ces petits-enfants*) la propreté (lavage de mains, utilisation de latrine, gestion des morves) ? Lesquels ? Comment ? Jusqu'à quel âge de l'enfant ?
- À partir de quel âge, peut-il gérer seul sa propreté (laver les mains, prendre de bain, brosse les dents, enlever les morves) ? Pourquoi ?
- Que représentent les matières fécales pour vous ? Est-ce qu'elle représente un danger pour vous et la communauté ? Si oui comment et pourquoi ?
- Que pensez-vous des enfants qui défèquent et urinent à l'air libre et dans le pantalon ? Pourquoi ?
- Quels conseils pouvez-vous donner à propos des habits de l'enfant ? (*Recueillir la réponse, et puis creuser avec les questions suivantes, si nécessaire*) :
- À quel moment faut-il changer les habits de l'enfant ?
- Combien de fois doit-il laver les habits de l'enfant ?
- À quel moment doit-il être chaussé ?

### **H. Situation d'un enfant qui ne grandit pas normalement** (*soit qui n'a pas de poids, soit qui est trop gros, mais en tout cas n'a pas de vitalité*)

- Si vous voyez un enfant qui ne grandit pas normalement, qui n'est pas vif, comment vous l'appellez dans votre propre langue ? (*Il faut essayer d'exclure les enfants qui ont des parents de petite taille*)
- Quelle est votre façon de le voir ?
- Selon vous, a-t-il une maladie ? Laquelle ? Ou non ? Pourquoi ?
- Selon vous, pourquoi est-il dans cet état ?
- Est-ce que ça peut se transmettre selon vous ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?
- Peut-on faire quelque chose pour lui ? Oui ou non ? Pourquoi ?
- Faut-il lui donner une alimentation spéciale ?

## **PARTIE 2 (en se référant à son petit-enfant)**

### Relation et histoire sanitaire de son petit-enfant

#### **État émotionnel et la relation de son petit - enfant avec sa mère et d'autres personnes**

- Est-il souvent joyeux ou en mauvaise humeur ? S'amuse-t-il souvent ? Pleure-t-il souvent ? Selon vous pourquoi ?
- Comment se présente votre relation avec votre petit-enfant ?
- Qui s'occupe de lui en général ? Pourquoi ?
- Quel est votre rôle sur votre petit-enfant ? et comment faites-vous ? (*Alimentation, habillement, surveillance... détailler la responsabilité de chaque personne évoquée telle que la tante, la grand-mère, voire le voisin...*) Pourquoi ?
- Qui aime votre petit-enfant pour l'accompagner et le prendre en soins ? Pourquoi ? Et avec qui il aime passer sa journée (*le matin, le jour et la nuit*) ? Pourquoi ?
- Est-ce que votre petit-enfant aime jouer avec leurs ami-e-s ? Si oui avec lesquels (*les cousin-e-s ou les voisin-e-s*) ? Pourquoi ?

#### **E. Maladies (+ soin à domicile)**

- Quelles sont les maladies dont souffre votre petit-enfant actuellement ou habituellement ?
- Que faites-vous souvent quand il tombe malade ?
- Quels sont les signes de maladies que vous connaissez chez votre petit-enfant et ceux qui vous dépassent ?
- Quels sont les signes de maladies que vous êtes en mesure de soigner vous-même ? Quels sont les signes de maladie pour lesquels vous demandez de l'aide ? Prenons le cas de la diarrhée (si la diarrhée est la maladie la plus fréquente) ? Y a-t-il différent



type de diarrhée ? Quels sont les différents symptômes ? Comment faites-vous pour la soigner ? À quel moment dites-vous que la diarrhée est sans problème ?

- Au cas où vous n'arrivez pas maîtriser la maladie, la diarrhée par exemple, à qui avez-vous recours pour le soin ?
- Quand votre petit-enfant tousse ou a le rhume, que faites-vous ?
- La morve du nez coule souvent dans la bouche, comment faites-vous pour faire sortir la morve du nez de votre petit-enfant ? Est-ce qu'il lui arrive de le sucer ?
- Que représente un écoulement nasal pour vous ? Pourquoi un enfant présente-t-il un écoulement nasal ?

**F. Accès aux soins biomédicaux (en s'intéressant davantage à la diarrhée)**

- À quelle circonstance amenez-vous votre petit-enfant à consulter un personnel médical pour le soigner ? (*Spécifier la différence pour une consultation auprès d'un tradipraticien, un médecin*)
- Pouvez-vous me raconter une expérience que vous avez eue pendant une consultation dans une formation sanitaire pendant un épisode de maladie de votre petit-enfant ?
- Quelle est votre opinion sur la formation sanitaire et les pratiques de consultation ?
- Est-il facile ou difficile d'accéder la formation sanitaire la plus proche ? C'est où le centre de santé le plus proche pour vous ?
- Quelles sont les difficultés que vous trouvez en venant au centre de santé ? (il faut laisser la question ouverte)
  - o Voyage (durée, coût)
  - o Personnels médicaux
  - o Traitement
  - o Frais de consultation ?
  - o Ordonnance ?
  - o Autres ?

## Agent communautaire de santé

Nom de l'enquêteur :

Date de l'entretien :

Code de l'entretien :

### 1. Informations professionnelles et personnelles

#### a. Professionnelle

- Formation (*où ; quand ; combien de temps ; avec qui*) :
- Spécialisation :
- Clientèle (*qui ? ils viennent d'où ?*) :
- Collaboration avec un centre de santé ou un médecin :

#### b. Personnelle

- Fokontany d'habitation :
- Marié(e) ou avec partenaire :
- Enfants (*combien et âges*) :

### 2. Rôle de l'agent communautaire

- Existe-t-il un suivi communautaire des enfants ? (*Taille/poids*) Combien d'enfants par séance ? Quelles autres activités réalisez-vous au cours de ces séances ?
- Si vous faites de la sensibilisation, quels sont les messages que vous leur communiquez ? Quels moyens disposez-vous ? Depuis quand faites-vous de la sensibilisation ? Comment les gens réagissent suite à la sensibilisation ?
- Si vous n'en faites pas pourquoi ?

### 3. Situation d'un enfant qui ne grandit pas normalement (*soit qui n'a pas de poids, soit qui est trop gros, mais qui n'a pas de vitalité*)

- a. Si vous voyez un enfant qui ne grandit pas normalement, qui n'est pas vif, comment vous l'appellez dans votre propre langue ? (***Il faut essayer d'exclure les enfants qui ont des parents de petite taille***)
  - Que pensez-vous de la situation d'un tel enfant ?
  - Selon vous, a-t-il une maladie ? A-t-il un symptôme d'une maladie ? Laquelle ? Ou non ? Pourquoi ?
  - Existe-t-il différentes manifestations de cette maladie/ce symptôme ? Pouvez-vous les distinguer ? Comment ?
- b. Selon vous, pourquoi est-il dans cet état ?
- c. Est-ce que ça peut se transmettre selon vous ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?
- d. Peut-on faire quelque chose pour lui ? Oui ou non ? Pourquoi ?

- e. Comment vous vous y prenez pour soigner cet enfant ?
- f. S'agit-il d'un état qu'on peut éviter ? Comment ?
- g. Est-ce qu'il vous arriver d'orienter les enfants dans une telle situation vers une formation sanitaire ? Sinon, pourquoi pas ?

## Leaders communautaires/Chef fokontany

### Pour l'enquêteur (AVANT DE COMMENCER L'ENTRETIEN):

#### A. Situation de l'entretien

- Nom de l'enquêteur :
- Date de l'entretien :
- Code de l'entretien :
- Nom du fokontany :

#### B. Situation d'un enfant qui ne grandit pas normalement (*soit qui n'a pas de poids ou qui est trop gros, mais en tout cas n'a pas de vitalité*)

- a. Si vous voyez un enfant qui ne grandit pas normalement, qui n'est pas vif, comment vous l'appellez dans votre propre langue ? (*Il faut essayer d'exclure les enfants qui ont des parents de petite taille*)
  - Quelle est votre façon de le voir ?
  - Selon vous, a-t-il une maladie ? Laquelle ? Ou non ? Pourquoi ?
- b. Selon vous, pourquoi est-il dans cet état ?
- c. Peut-on faire quelque chose pour lui ? Oui ou non ? Pourquoi ?
- d. Est-ce que ça peut se transmettre selon vous ? Si oui comment ? si non pourquoi ?
- e. Selon vous, les enfants dans cette situation, y a-t-il beaucoup dans votre quartier ? Avez-vous des parents qui ont des enfants souffrants de ce problème ?
- f. Que pourrez-vous faire pour l'amélioration de telle situation ? (Essayer de faire sortir 3 éléments : ce que le leader peut faire lui-même, et quels sont les organismes/institutions qu'il peut solliciter pour aider ces enfants ? Connaît-il des organismes ou des institutions et leurs activités ?)
- g. Selon vous, quels sont les facteurs de blocage de la prise en charge de problème de malnutrition dans le pays ?

#### C. Quotidien des gens /pratique d'hygiène

- Comme les gens, vivent-ils dans leur quotidien ? Solidarité ? Leur passetemps ? la relation entre voisins et familles ?
- Est-ce que les gens ont des latrines ? Est-ce qu'il l'utilise ? Pourquoi ?
- Si les enfants ou les gens défèquent en dehors d'une latrine, est-ce que ça gêne ? Pourquoi ? Quels sont les règlements sur la pratique d'hygiène au niveau du fokontany ? Est-ce que la population le suit.

## Tradipraticien

*(Ou guérisseuse d'émaciation ou alofisaka (enfant maigre et sans vitalité))*

Nom de l'enquêteur :

Date de l'entretien :

Code de l'entretien :

### 4. Informations professionnelles et personnelles

#### a. Professionnelle

- Formation (où ; quand ; combien de temps ; avec qui) :
- Spécialisation :
- Clientèle (qui ? Ils viennent d'où ? Qui prend les décisions pour traiter un enfant ?) :
- Collaboration avec un centre de santé ou un médecin :

#### b. Personnelle

- Fokontany d'habitation :
- Marié(e) ou avec partenaire :
- Enfants (combien et âges) :

### 2. Situation d'un enfant qui ne grandit pas normalement (soit qui n'a pas de poids, soit qui est trop gros, mais qui n'a pas de vitalité)

h. Si vous voyez un enfant qui ne grandit pas normalement, qui n'est pas vif, comment vous l'appellez dans votre propre langue ? *(Il faut essayer d'exclure les enfants qui ont des parents de petite taille)*

- Que pensez-vous de la situation d'un tel enfant ?
- Selon vous, a-t-il une maladie ? A-t-il un symptôme d'une maladie ? Laquelle ? Ou non ? Pourquoi ?
- Existe-t-il différentes manifestations de cette maladie/ce symptôme ? Pouvez-vous les distinguer ? Comment ?

i. Selon vous, pourquoi est-il dans cet état ?

j. Est-ce que ça peut se transmettre selon vous ? Si oui comment ? Sinon pourquoi ?

k. Peut-on faire quelque chose pour lui ? Oui ou non ? Pourquoi ?

l. Comment vous vous y prenez pour soigner cet enfant ?

m. S'agit-il d'un état qu'on peut éviter ? Comment ?

n. Est-ce qu'il vous arriver d'orienter les enfants dans une telle situation vers une formation sanitaire ? Sinon, pourquoi pas ?

### 3. Comment un enfant attrape-t-il une maladie ? (Tracer le processus de devenir malade)

- a. est-ce qu'il y a des parties du corps plus sensibles à la contraction de la maladie ?  
(Détaillez ces parties du corps, avec renseignements sur les plantes des pieds)
- b. quelles sont les pratiques pour protéger le bon développement de l'enfant ?

## Canevas d'entretien semi-directif

### Dans les institutions

---

#### I. Nutrition

Interlocuteur clé : Responsable/assistant technique dans des projets sur la nutrition communautaire (Agence de mise en œuvre)

Associations locales et ONG intervenant dans la lutte contre la malnutrition<sup>128</sup>

#### Caractéristiques sociodémographiques

Pourriez-vous me parler un peu de vous

Quelle est votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette Association/ONG ?

Quelle est votre responsabilité ? Depuis combien de temps vous occupez vous la nutrition communautaire ? Êtes –vous formé dans ce domaine ? Lesquels ?

#### Les activités et les priorités

Selon vous, quels sont les problèmes en termes de nutrition à Madagascar ? Pourquoi ?

Depuis quand l'Association/ONG participe-t-elle à la lutte contre la malnutrition à Madagascar ? Pouvez-vous raconter l'historique de cet engagement ? Quel type de malnutrition en particulier ? Pourquoi ?

Quelles sont vos priorités dans la lutte contre la malnutrition ? Pourquoi ? D'où vient cette décision ?

Par rapport à vos priorités, quels étaient les objectifs stratégiques, les projets/activités mis en œuvre ? Pourquoi ?

Dans quelles zones intervenez-vous ? Comment ont été choisies ces zones ? Pourquoi (*pour chaque projet → répéter les questions*)

Qui sont les bénéficiaires de ces activités/projets ? Pourquoi ? (*Si le groupe vulnérable est mentionné, il faut demander ce que l'Association/ONG veut dire par groupe vulnérable*)

---

<sup>128</sup> Nutrition communautaire

D'où vient le financement de ces activités/projets ?

Avez-vous (avez-vous eu) des activités/projets à Antananarivo en ville durant les deux dernières décennies ? Si oui :

- Lesquels et pourquoi ? Dans quelles zones/quartiers ?
- Pouvez-vous parler un peu de ces activités/ projets (la date du début, l'objectif de chaque projet, la zone d'intervention, la date prévue de la fin, financement, pourquoi),
- Selon vous quel est le problème en termes de nutrition pour Antananarivo ?
- Avez-vous atteint les objectifs fixés ? Pourquoi ? Sinon, quels étaient les obstacles ?

### **Situation pendant les deux dernières crises politiques à Madagascar (du 2002 et du 2009)**

#### **Crise postélectorale de 2002**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités en termes de financement et techniques ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

#### **Crise sociopolitique de 2009**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2009 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ? Combien de temps ?



Interlocuteur clé : Responsable/Assistant dans la prise de décision et la coordination dans la lutte contre la malnutrition
---

Institution cible :

- Bureau permanent du Conseil National de Nutrition
- Office National de Nutrition
- Agences multilatérales (Nation unie, Banque mondiale)
- Service auprès des ministères

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Pourriez-vous me parler un peu de vous

Quelle est votre formation en général ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Quelle est votre responsabilité ? Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? Avez-vous reçu des formations sur la nutrition infantile ?

### **Activités et priorités**

Selon vous, quels sont les problèmes en termes de nutrition à Madagascar ? Pourquoi ?

Depuis quand l'Agence/Institution contribue/finance-t-elle (à) la lutte contre la malnutrition à Madagascar ?

Comment s'organise votre agence/Institution en termes de structure afin d'atteindre les objectifs internationaux ? Pourquoi ?

Quelles sont vos priorités dans la lutte contre la malnutrition à Madagascar/Antananarivo ? Pourquoi ? D'où vient cette décision ?

Dans quelles zones intervenez-vous ? Comment ont été choisies ces zones ? Pourquoi ? Qui sont vos partenaires (technique et financier) de mise en œuvre ? Quelles sont vos priorités en termes de zone d'intervention à Madagascar ?

Par rapport à vos priorités, quels sont les objectifs stratégiques, les activités mises en œuvre, les projets de recherche ? Pourquoi ? D'où vient le financement de ces activités/projets ?

Avez-vous (avez-vous eu) de programme/interventions à Antananarivo en ville (et dans les quartiers défavorisés) durant les deux dernières décennies ?

- Lesquels et pourquoi ? Dans quelles zones/quartiers ?
- Pouvez-vous parler un peu de ces activités/ projets (la date du début, l'objectif de chaque projet, la zone d'intervention, la date prévue de la fin, financement, pourquoi),
- Selon vous quel est le problème en termes de nutrition pour Antananarivo ?
- Est-ce que vous avez atteint les objectifs fixés ? Pourquoi ? Sinon, quels étaient les obstacles ?
- Qui sont les partenaires (techniques et financiers) et les bénéficiaires de ces activités/projets ? Pourquoi ?

Est-ce que vous avez atteint les objectifs fixés ? Pourquoi ? Sinon, quels étaient les obstacles ?

### **Situation pendant les crises politiques à Madagascar (de 2002 et de 2009)**

- **Crise postélectorale du 2002**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités en termes de financement et techniques ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

- **Crise sociopolitique du 2009 au 2013**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2009 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ? Combien de temps ?

Institution cible

- Université d'Antananarivo
- Institut Pasteur de Madagascar

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Pourriez-vous me parler un peu de vous ?

Quelle est votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps enseignez/travaillez-vous dans cette institution ?

### **Thématique de recherche**

Selon vous, quels sont les problèmes en termes de nutrition à Madagascar ? Pourquoi ?

Quelles sont vos thématiques de recherche en termes de nutrition en général ? Comment ces thématiques ont été choisies ? Pourquoi ? Quelles sont vos priorités dans la recherche en termes de nutrition infantile à Madagascar/Antananarivo ? Pourquoi ?

Dans quelles zones travaillez-vous ? Comment ces zones sont-elles choisies ? Pourquoi ? Qui sont vos partenaires financiers (techniques) de mise en œuvre ?

Avez-vous (avez-vous eu) de recherche à Antananarivo ville en rapport avec la nutrition infantile (et dans les quartiers défavorisés) durant les deux dernières décennies ? Sinon pourquoi, si oui :

- Lesquels et pourquoi ? Dans quelles zones/quartiers ?
- Pouvez-vous parler un peu de ces activités de recherches (la date du début, l'objectif de chaque recherche, la zone d'intervention, la date prévue de la fin, financement, pourquoi),
- Selon vous quel est le problème en termes de nutrition pour Antananarivo ?
- Qui sont les partenaires (techniques et financiers) et les bénéficiaires de ces activités ? Pourquoi ?

### **Situation pendant les crises politiques à Madagascar (de 2002 et de 2009)**

- **Crise postélectorale du 2002**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités de recherches en termes de financement et techniques ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités de recherche ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

- **Crise sociopolitique du 2009 au 2013**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités de recherches en termes de financement et techniques ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités de recherche ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

## **II. Eau, Assainissement et Hygiène (EAH)**

Interlocuteur<sup>129</sup> clé : Responsable/assistant technique/agent de terrain des projets EAH  
(Agence de mise en œuvre)

Associations locales et ONG intervenant dans EAH

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Pourriez-vous me parler un peu de vous

Quelle est votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette Association/ONG ?

Quelle est votre responsabilité ? Depuis combien de temps occupez-vous ce travail en relation avec l'EAH ? Avez-vous reçu des formations dans ce domaine ?

### **Les activités et les priorités**

Selon vous, quels sont les problèmes en termes d'EAH à Madagascar ? Pourquoi ?

Depuis quand l'Association/ONG participe-t-elle à l'amélioration de l'EAH à Madagascar ? Pouvez-vous raconter l'historique de vos engagements ?

Quelles sont vos priorités dans cette amélioration des conditions en termes d'EAH ? Pourquoi ?

---

<sup>129</sup> Travaillant au moins 5 ans dans l'Association/ ONG (+ consultation de document)

Par rapport à vos priorités, quels étaient les objectifs stratégiques, les projets/activités mis en œuvre ? Pourquoi ?

Qui sont les bénéficiaires de ces activités/projets ? Pourquoi ? (*Si le groupe vulnérable est mentionné, il faut demander ce que l'Association/Institution et ONG veut dire par groupe vulnérable*)

D'où vient le financement de ces activités/projets ?

Dans quelles zones, intervenez-vous ? Comment ces zones sont-elles choisies ? Pourquoi (*pour chaque projet → répéter les questions*)

Avez-vous (avez-vous eu) de programme/interventions à Antananarivo en ville durant les deux dernières décennies ? Sinon pourquoi ? Si oui :

- Lesquels et pourquoi ? Dans quelles zones/quartiers ?
- Pouvez-vous parler un peu de ces activités de recherches (la date du début, l'objectif de chaque recherche, la zone d'intervention, la date prévue de la fin, financement, pourquoi),
- Selon vous quel est le problème en termes d'EAH pour Antananarivo ?
- Qui sont les partenaires (techniques et financiers) et les bénéficiaires de ces activités ? Pourquoi ?

Est-ce que vous avez atteint les objectifs fixés ? Pourquoi ? Sinon, quels étaient les obstacles ?

### **Situation pendant les deux dernières crises politiques à Madagascar (de 2002 et de 2009)**

#### **Crise postélectorale du 2002**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités de recherches en termes de financement et techniques ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités de recherche ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités priorisées ?

#### **Crise sociopolitique du 2009 au 2013**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2009 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités de recherches en termes de financement et techniques ? Est ce

qu'il y a eu de cessation d'activités de recherche ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

Interlocuteur <sup>130</sup> clé : Responsable/Assistant dans la prise de décision et la coordination dans les projets/activités EAH
--

Institution cible :

- Ministère de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures
- Agence multilatérale (Nations-unies)

### **Caractéristiques sociodémographiques**

Pourriez-vous me parler un peu de vous ?

Quelle est votre formation ? Quel est votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

Quelle est votre responsabilité ? Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? Avez-vous reçu des formations sur l'EAH ?

### **Activités et priorités**

Depuis quand l'Agence/Institution contribue/finance-t-elle les activités en EAH ?

Comment s'organise votre agence/institution afin d'atteindre les objectifs en matière d'EAH ? Qui sont vos partenaires (financiers, techniques) de mise en œuvre ? Pourquoi ?

Quelles sont vos priorités concernant l'EAH ? Pourquoi ?

Par rapport à vos priorités, quels sont les objectifs stratégiques, les activités de mis en œuvre ? Pourquoi ? D'où vient le financement de ces activités/projets ?

Dans quelles zones/quartiers, intervenez-vous ? Comment ces zones sont-elles choisies ? Pourquoi ? Qui sont vos partenaires de mise en œuvre ?

Avez-vous (avez-vous eu) de programme/interventions à Antananarivo en ville (et dans les quartiers défavorisés) durant les deux dernières décennies ? Sinon pourquoi ? Si oui :

- Lesquels et pourquoi ? Dans quelles zones/quartiers ?

---

<sup>130</sup> Travaillant au moins 5 ans dans l'Institution/service/Agence (+ consultation des documents)

- Pouvez-vous parler un peu de ces activités/projets (la date du début, l'objectif de chaque recherche, la zone d'intervention, la date prévue de la fin, financement, pourquoi),
- Selon vous quels sont les problèmes en termes d'eau, assainissement et hygiène à Antananarivo ?
- Qui sont les partenaires (techniques et financiers) et les bénéficiaires de ces activités/projets ? Pourquoi ?

Est-ce que vous avez atteint les objectifs fixés ? Pourquoi ? Sinon, quels étaient les obstacles ?

### **Situation pendant les crises politiques à Madagascar (de 2002 et de 2009)**

#### **Crise postélectorale du 2002**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2002 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités prioritaires ?

#### **Crise sociopolitique du 2009 au 2013**

Pouvez-vous parler de votre situation pendant la crise de 2009 ? Quelle était la répercussion de cette crise sur vos activités ? Est ce qu'il y a eu de cessation d'activités ? Pourquoi ? Quelles étaient les activités priorisées ?



## **Annexe 7 : Guide pour faciliter les observations et les intégrations sur terrain**

### **I- Guide pour l'observation participante approfondie**

---

#### **a. Principe d'observation**

- ⇒ Observer toutes les pratiques/faits sans exception (sans grille d'observation), à partir de là, les notes seront catégorisées selon les thématiques préétablies → approfondissement de chaque observation selon une thématique donnée :
- ⇒ La stratégie de déplacement dans une pluralité de lieux sociaux sera réalisée afin d'élargir les angles d'observation : → *ruelles, marché, le ménage, le fokontany, bureau de fokontany, les bornes-fontaines, les gargotes.*
- ⇒ Observation : Fokontany → Ménage → enfant et entourage de l'enfant
- ⇒ L'heure est notée dans la mesure du possible pour suivre un fait dans le temps (manger, mettre quelque chose dans la bouche...)
- ⇒ Des entretiens libres seront réalisés en complément de l'observation participante suite à des actions ou gestes dont la raison n'est pas compréhensible.

#### **b. Histoire de l'enfant et l'histoire de la famille :**

- Quelle est l'histoire de l'enfant ? Comment est-il/elle arrivé à une situation de malnutrition ?
  - Creuser sur l'histoire de la famille :
    - Ville/village et quartier d'origine
    - Difficultés familiales : les histoires (décès ; séparation des parents ; chômage ; maladies ; etc.).
    - Quelles sont les stratégies de la mère/du père pour gérer ces difficultés ? (Ces stratégies peuvent inclure certains achats, certaines alliances, peut-être inscription à une certaine église, etc.)
  - Rapports avec les différents membres de la famille (en collaboration avec WP4)
    - Calin, bises
    - Partage des aliments (ou non)
    - Entraide et insertion sociale.
- ⇒ Bagarres

Aborder ces questions plusieurs fois pour creuser sur l'histoire de l'enfant et de la famille.

Avec chaque observation-participation, il faut systématiquement observer les activités suivantes et développer les notes bien détaillées de chaque activité. Il se peut que la famille ou les gens sur place ne fassent pas tout. Le but est d'ajuster aux activités des membres de la famille et de faire très attention à ce que chaque personne fait.

- ⇒ Noter les différences entre les interviews (quand les parents peuvent souvent idéaliser les pratiques) et la réalité (qui peut être fortement différente que ce qu'on présente lors d'un entretien).

### **Pour nous, tout est important !!**

#### **c. Alimentation**

- Demander à chaque visite : L'enfant, qu'est-ce qu'il a mangé hier ? Il faut noter combien de fois il a mangé, et ce qu'il a mangé.
- Observer la préparation d'un repas et décrire en détail dans vos notes. Noter également l'utilisation du savon (ou pas) pour se laver les mains ; source d'eau pour les préparations ; exposition des animaux domestiques ;
- Je sais que c'est difficile à rester sur place pour observer les repas, mais si vous avez la possibilité d'observer les enfants en train de manger :
  - Que mangent-ils ?
  - Combien ?
  - Lavage de mains (avant ? après)
  - Utilisation d'une assiette ? Couvertes ? Lavées ou pas (et avec ou sans savon) ?
  - Modalité de consommation : assistance, ou seule, lieu, mode de partage
  - Heure et lieu de consommation
  - Bagarre entre enfants pour un certain morceau ?
  - Autres événements imprévus autour de l'assiette !
  - Consommation type (nombre de prise alimentaire et type d'aliment/quantité approximative) pendant des jours différents pendant un temps bien déterminé (de 7h -17h par exemple)
- Conservation des restes (où ? Comment ? Avec ou sans couvercle ? Au soleil ? À l'ombre ?)

**d. Pratiques d'allaitement (si l'enfant est encore allaité, c.-à-d. enfant de moins de 2 ans)**

- Vous avez déjà posé des questions concernant la fréquence et la durée.  
Maintenant, comparez ce que vous avez entendu avec ce que vous voyez !
  - La mère, est-ce qu'elle se lave (les seins et les mains) avant d'allaiter l'enfant ?

**e. Pratiques d'hygiène :**

- Lavage de mains (qui ? À quel moment ? Avec quoi (produits) ?)
- Lavage des assiettes, marmites, couvertes
- Utilisation de savon (fréquence ? À quel moment ? quel type de savon)
- Gestion des déchets (où ? À quelle proximité de la maison ? En quel état ?)
- Mettre quelque chose dans la bouche → Observation type pendant un temps bien déterminé,
- Observation sur la défécation des enfants et les gestes et comportements de l'entourage.

**f. Techniques de "prise de soins"**

- Accès à l'eau
  - Distance de la maison
  - Source
  - Stockage dans la maison
  - Comment est-elle transportée ? (Avec un gobelet ? le gobelet, est-il propre ? comment le savez-vous ? ou est-il placé quand il n'est pas utilisé ?)
  - Modalité d'utilisation : celle qui est réservée exclusivement à la nourriture, et à la lessive et au lavage (explication et concept autour)
- Accès aux toilettes
  - Description de l'infrastructure
  - Distance de la maison
  - Proximité d'une source d'eau
  - Autres pratiques autour (nettoyage...)
  - Où les enfants font leurs besoins ? est-il toujours dans les toilettes ? Ou ailleurs ? Si ailleurs, où ?
    - Si un enfant fait ses besoins dans la concession, que fait-on avec ? (Déplacer ailleurs ? Où ? Mettre de sable au-dessous ?)

- Bains et hygiène de l'enfant
  - Quelle est la dernière fois qu'il a reçu un bain ? (Quelle fréquence ?)
  - Vous pouvez également observer le bain :
    - Produits utilisés ? (Quel savon ?)
    - Se baigner autonome, ou avec l'aide ? De qui ?
  - Ce serait intéressant de voir si l'enfant se lave les mains pendant votre observation. Avec quoi (savon) ? Quelle eau ? À quel moment ?
  - Autonomie de l'enfant
- Hygiène buccale
  - Utilisation de brosse à dents
    - **Est-ce qu'il brosse les dents pendant les jours d'observation ?**
    - Unique brosse à dents pour chaque enfant ? Ou partagé ? Avec qui ?
    - Depuis quel âge à l'enfant utiliser une brosse à dents ?
    - Combien de fois par jour ou par semaine utilise-t-il la brosse ?
    - Brosse-t-il tout seul ? Ou est-ce quelqu'un le fait pour lui ? Qui ?
    - Utilise-t-il un produit pour broser les dents ? Quoi ?
    - Autonomie de l'enfant
    - Description des pratiques autour de la brosse à dents
  - Gestion des morves

**g. Activités et mobilité de l'enfant**

- Dans la mesure possible, suivez l'enfant dans ses parcours.
- Où va-t-il ? Pour faire quoi ? Avec qui ?
- Essayer de dessiner un plan de ses parcours
- Les jeux et le comportement de l'enfant

**h. Présence et interactions avec animaux**

**i. Relation avec les voisins (entraide, partage d'aliments)**

**j. Maladie de l'enfant ou autre membre (en s'intéressant davantage sur la diarrhée)**

**- *Automédication (en tenant compte surtout des maladies diarrhéiques)***

- Prise de médicament :

- Depuis la dernière fois que vous avez vu l'enfant ?
- En général ? À quel moment ? À quelle fréquence ?
- Quel médicament ? Où est-il obtenu ?
- Prise de vermifuge

- ***Recours au soin***

- Depuis la dernière fois que vous avez vu l'enfant, était-il malade ?
- La mère a-t-elle consulté une formation sanitaire ? Tradipraticien ? Autre ?
- Quel est le diagnostic ?
- A-t-il reçu une ordonnance ? Prend-il les médicaments ? Quoi comme médicament ?

**Autres observations**

- Les pratiques dans le fokontany (à l'occasion) : décès, mariage ...

## **Annexe 8 : Codification des données**

### **Les interlocuteurs :**

- Mère : M
- Père : P
- Gargotière : G
- Médecin du quartier : Md
- Agent communautaire : AC
- Grand-mère/femme âgée : Gr
- Chef du fokontany : P
- Tradipraticien : GT

### **Site d'étude :**

- Madagascar : Ma
- Ankasina : 2

### **Investigateur :**

- Elliot Rakotomanana : 1
- Autre (cas échéant) : 2

### **Technique de collecte d'information :**

- Entretien : E
- Observation : O
- Cartographie : C

### **Date de la réalisation :**

JJ-MM-AAAA : ex : 17-11-2017

### **État nutritionnel du jeune enfant**

- Retard de croissance : STU
- Normonutri : NO

### **Recrutement :**

- Projet : Pro
- Communautaire : Com (hors projet)

### **Type d'activité (cas échéant) :**

- TRANS : transcription
- TRAD : traduction

### **Codification type d'une activité**

Type de technique - Pays – site d'étude – Type d'interlocuteur –recrutement – investigateur –État nutritionnel de l'enfant - date de la réalisation :

Ex 1: un entretien réalisé par Elliot à Ankasina (Madagascar) le 17 novembre 2017 avec une mère de famille d'un enfant en retard de croissance recruté dans le projet

E-Ma-2-M- Pro -1-STUN-17-11-2017

**Transcription réalisée**

TRANS-E-Ma-2-M-Pro-1-STUN-17-11-2017

**Traduction réalisée**

TRAD-E-Ma-2-M-Pro-1-STUN-17-11-2017

Ex 2: Une observation réalisée par Elliot à Ankasina (Madagascar) le 17 novembre 2017 avec une mère de famille d'un enfant en retard de croissance recruté dans le projet

O-Ma-2-M-Pro-1-STUN-17-11-2017

**Transcription réalisée**

TRANS-O-Ma-2-M-Pro-1-STUN-17-11-2017

**Traduction réalisée**

TRAD-O-Ma-2-M-Pro-1-STUN-17-11-2017

Ex 3: La cartographie d'Ankasina :

C-Ma-2-17-11-2017

## Table des matières

Résumé

Abstract

Remerciements

Sommaire

Sigles et acronymes

Liste des photos

Liste des figures

Liste des cartes

<b>Introduction générale</b> -----	<b>1</b>
Le retard de croissance : importance et lacune dans la lutte à Madagascar -----	3
Le retard de croissance et l'effet de la contamination-----	5
La structuration de la thèse-----	9
<b>Partie 1 : Collecte des données empiriques et contextualisation</b> -----	<b>13</b>
Chapitre 1 : Recueil de données empiriques-----	14
I-1- L'anthropologie « chez soi » : la neutralité et la bonne distance -----	16
I-1-1- La distanciation et l'engagement entre la thèse et le travail : un management et une diplomatie extrêmement difficile -----	17
I-1-2- De forte conviction de distanciation jusqu'à un rapprochement dans le quartier -	19
I-1-3- La collecte de donnée auprès des participants démunis : un dilemme éthique pour un chercheur -----	22
I-2- Le contact avec le terrain : le recueil de données empiriques -----	24
I-2-1- La population d'étude-----	25
I-2-2- L'entrée sur le terrain -----	30
I-2-3- La considération éthique et l'obtention du consentement éclairé -----	31
I-2-4- La collecte de données-----	32
a) L'entretien semi-directif : face-à-face -----	32
b) Les observations-----	34
c) La cartographie des espaces -----	37
d) L'exploitation des documents et l'analyse de contenu -----	38
I-3- L'analyse des données -----	39
Chapitre 2 : Histoire des quartiers défavorisés à Antananarivo : une population vulnérable -----	41
II-1- La politique rizicole et le besoin d'esclaves pendant le XIXe siècle-----	43



II-1-1- Le peuplement de la plaine d'Antananarivo et l'acquisition des esclaves -----	46
II-1-2- La naissance des quartiers défavorisés : villages oubliés-----	50
II-2- La paupérisation coloniale et la manipulation postcoloniale -----	54
II-2-1- Les quartiers oubliés au cœur d'une urbanisation : discrimination continue --	54
II-2-2- Les soulèvements populaires : instrumentalisation permanente -----	58
II-3- La pauvreté et l'insalubrité continues -----	61
II-3-1- Le cycle infernal de pauvreté : les pauvres s'appauvrissent !-----	61
II-3-2- La « poubellisation » et la peste dans les quartiers défavorisés-----	65
II-3-3- Une « trappe » aux maladies infectieuses et au retard de croissance -----	68
Chapitre 3 : Politique publique de la gestion des ordures ménagères dans les quartiers défavorisés d'Antananarivo -----	71
III-1- La stratégie en matière d'assainissement non pour les quartiers défavorisés -----	73
III-1-1- Qui est le responsable de la gestion des déchets à Antananarivo ? -----	74
III-1-2- Difficulté d'application de la politique dans les quartiers défavorisés -----	75
III-1-3- Problèmes, financier et foncier, à travers les crises politiques ressentis dans les quartiers défavorisés -----	78
III-2- La gestion de déchets et de matières fécales humaines dans le quartier d'Ankasina : à l'épreuve des normes sociales -----	80
III-3- Les règlements locaux à l'opposé des règlements municipaux -----	84
Chapitre 4 : Les 24 jeunes enfants -----	88
<b>Partie 2 : Propreté et espace-----</b>	<b>110</b>
Chapitre 5 : Défécation à l'air libre : un grand risque pour les jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies -----	111
V-1- La rarefaction de latrine ou du kaboné -----	114
V-1-1- La cause économique -----	118
V-1-2- Les causes symboliques et foncières -----	120
V-2- La déjection et la défécation à l'air libre -----	125
V-2-1- L'utilisation et la manipulation de pot de chambre -----	125
V-2-2- La légitimation de défécation à l'air libre -----	127
V-2-3- Le boycott local d'une latrine publique-----	129
V-3- Les règlements techniques autour de la défécation à l'air libre-----	129
V-4- L'exposition modulée aux immondices par l'architecture spatiale -----	130
Chapitre 6 : Perception des dangers à propos de la matière fécale humaine -----	135
VI-1- La crainte à la matière fécale humaine : effet tampon de la pratique -----	138
VI-2- Les pratiques d'évitement de la souillure -----	142

VI-3- Plus de protection pour les mères craignant la souillure et/ou les maladies -----	146
Chapitre 7 : Importance de la propreté de l'invisible et de l'espace privé -----	150
VII-1- L'importance de l'intérieur -----	153
VII-2- Les cercles concentriques autour de l'espace domestique-----	156
VII-3- L'importance de la propreté dans la partie privée -----	161
VII-3-1- La prééminence de la propreté « interne » du corps : femme et nouveau-né-	162
VII-3-2- La primauté de la propreté de l'espace privé-----	164
VII-4- Les risques pour les jeunes enfants des grandes familles élargies-----	167
<b>Partie 3 : Propreté et maternage -----</b>	<b>172</b>
Chapitre 8 : Pratique de propreté et autonomisation du jeune enfant -----	173
VIII-1- Le toilettage et la propreté d'un jeune enfant : une affaire de mère-----	175
VIII-1-1- Le toilettage du nouveau-né -----	175
VIII-1-2- La gestion des excréta : matière fécale et morve -----	177
VIII-1-3- Le lavage des mains : selon le rythme local-----	180
VIII-1-4- La quasi-absence des soins buccodentaires des jeunes enfants à la maison -	182
VIII-1-5- Le mouchoir, le savon et la brosse à dents : fournitures scolaires obligatoires -----	183
VIII-2- « [...] pour que [l'enfant] marche très vite » -----	185
VIII-2-1- Les gymnastiques et massages matinaux -----	186
VIII-2-2- « Le jeune enfant devient faible si on le choie» -----	188
VIII-2-3- La socialisation précoce via <i>ampitampitaina</i> -----	190
Chapitre 9 : Relation mère-enfant -----	194
IX-1- La violence et la rupture conjugale -----	196
IX-2- L'interaction de l'enfant avec son entourage-----	201
IX-2-1- La relation entre le jeune enfant et la figure paternelle : presque inexistante -	201
IX-2-2- La relation mère-enfant : vers une distanciation dans la grande famille élargie -----	204
IX-3- Les conséquences de l'exposition à plusieurs figures maternantes -----	206
IX-3-1- La perte de repère : la sociabilité sans discernement-----	207
IX-3-2- La désobéissance : autre figure d'évitement -----	208
IX-3-3- La mobilité sans peur et l'éloignement de l'espace domestique -----	209
Chapitre 10 : Diversification alimentaire précoce auprès des familles élargies -----	213
X-1- Le lait maternel : un aliment à consommer « chaud » -----	215
X-2- L'alimentation de complément trop tôt en l'absence de la mère -----	218
X-3- La notion de <i>mamoky tena</i> et le non-partage de nourriture-----	223

<b>Partie 4 : Études de cas</b> -----	<b>233</b>
Chapitre 11 : Nini et sa grande famille élargie -----	234
XI-1- La latrine, le pot et la croyance sur la souillure -----	238
XI-2- La prééminence de l'espace interne -----	240
XI-3- La propreté corporelle de Nini-----	243
XI-4- L'interaction de Nini avec son milieu de vie : un risque de contamination importante-----	244
XI-5- L'absence de lavage de mains avant la prise alimentaire et après la défécation -	245
XI-6- La relation entre Nini et son entourage-----	246
XI-7- L'alimentation de Nini : une diversification très précoce -----	249
XI-8- Nini et l'alofisaka : une prédiction du retard de croissance -----	251
Chapitre 12 : Anto et sa famille nucléaire monoparentale-----	254
XII-1- La latrine, le pot de chambre et la non-croyance à la souillure -----	256
XII-2- L'importance de la propreté de l'espace privé et semi-privé-----	257
XII-3- La propreté corporelle d'Anto -----	259
XII-4- L'interaction d'Anto avec son environnement -----	259
XII-5- La relation entre Anto et son entourage-----	260
XII-6- Les modalités d'alimentation d'Anto : au-delà « des modèles voyageurs » -----	261
XII-7- Anto : en bonne santé pendant ses 18 premiers mois -----	264
Chapitre 13 : Mami et sa famille élargie restreinte -----	266
XIII-1- La latrine, le pot de chambre et la crainte fervente de la souillure -----	270
XIII-2- L'importance de la propreté de l'espace privé : la maison -----	272
XIII-3- La gestion de la propreté de Mami-----	273
XIII-4- L'interaction de Mami avec son environnement-----	274
XIII-5- La relation entre Mami et son entourage -----	275
XIII-6- L'alimentation de Mami-----	277
XIII-7- Mami : pas de maladies graves, mais en proie au retard de croissance-----	281
<b>Conclusion générale</b> -----	<b>284</b>
Décrire le « passé » et comprendre les politiques publiques sur la gestion des déchets pour contextualiser la situation d'insalubrité -----	285
L'exposition des jeunes enfants aux matières fécales humaines et autres immondices dans les grandes familles élargies -----	287
Une grande famille élargie facilite l'absence d'une mère célibataire -----	289
Une famille élargie favorise la diversification alimentaire précoce -----	291

Le risque de maladies fréquentes et de retard de croissance sévère des jeunes enfants vivant dans les grandes familles élargies-----	292
<b>Références bibliographiques -----</b>	<b>294</b>
<b>Annexes -----</b>	<b>319</b>
Annexe 1 : Valeur de référence taille pour âge pour évaluer la croissance d'un jeune enfant de moins de 5 ans-----	320
Annexe 2 : Note d'information en malagasy et français -----	324
Annexe 3 : Fiche de consentement pour participer aux entretiens et observation (famille) en malagasy et en français-----	328
Annexe 4 : Fiche de consentement photo -----	330
Annexe 5 : Lettre d'introduction auprès des institutions-----	332
Annexe 6 : Canevas d'entretien dans le quartier et les institutions-----	334
Annexe 7 : Guide pour faciliter les observations et les intégrations sur terrain -----	361
Annexe 8 : Codification des données -----	366
<b>Table des matières -----</b>	<b>368</b>