

CONSIDÉRATIONS CLÉS : Dynamiques comportementales, sociales et communautaires liées aux flambées épidémiques de peste à Madagascar

La présente note stratégique examine les dynamiques comportementales et communautaires liées aux flambées épidémiques de peste à Madagascar. L'objectif est d'aider les acteurs impliqués dans la riposte contre la peste à mieux comprendre les pratiques comportementales et culturelles ainsi que les inégalités structurelles susceptibles d'exacerber la transmission de la peste. Elle fournit également des suggestions relatives à la manière d'améliorer les communications et l'engagement communautaire dans le cadre d'une riposte contre la peste adaptée au contexte.

Elle a été rédigée par Santiago Ripoll (IDS) et Eva Niederberger (Anthrologica) et éditée par Leslie Jones (Anthrologica). Des collègues de l'Institut Pasteur de Madagascar, de l'Institute of Development Studies, de la Rutgers University, de la FICR et de l'UNICEF ont apporté leur contribution. La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP.

PRINCIPALES CONSTATATIONS ET CONSIDÉRATIONS

- La peste à Madagascar constitue avant tout un problème d'inégalité structurelle, de pauvreté et de négligence sociale. Une riposte efficace exige d'aborder les questions relatives à la portée de la santé publique et à l'accès aux soins de santé de primaires, ainsi qu'au logement et aux infrastructures. Cela peut inclure des initiatives visant à améliorer les conditions de vie et le soutien à l'amélioration de l'assainissement au niveau des ménages et des communautés. Les stratégies visant à minimiser les contacts entre les humains et les rongeurs doivent également être adaptées aux ménages plus pauvres et à ceux qui s'installent dans des zones précédemment inhabitées, afin de leur permettre de stocker des aliments en toute sécurité et d'héberger le bétail en dehors des espaces de vie.
- Les traditions funéraires jouent un rôle important dans la culture malgache. Ces rites ont été associés à la propagation de la peste ; toutefois, les données actuellement disponibles ne l'ont pas établi. Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer le rôle potentiel de l'enterrement dans la transmission de la peste. Les protocoles établis pour réduire le risque de transmission liée à l'enterrement n'ont pas été bien acceptés par les communautés, ce qui se traduit par des efforts pour contourner ces procédures des enterrements sécurisés.
- Une grande partie de la population malgache ne dispose pas d'accès direct aux soins de santé primaires, et le manque de confiance dans les autorités médicales officielles est courant. En revanche, la confiance dans les guérisseurs traditionnels est plus grande et ils sont souvent les premiers à être consultés. Comme c'est le cas dans l'ensemble de la région africaine, de nombreux Malgaches utiliseront les services combinés de guérisseurs traditionnels et biomédicaux, et la collaboration entre ces groupes a contribué à améliorer les résultats de patients infectés par la peste. La coordination de la riposte devrait établir des mécanismes pour promouvoir la coopération entre les praticiens biomédicaux et les *ombiasy* pour toutes les phases de la prévention, du diagnostic et du traitement de la peste.
- L'accessibilité et la proximité des services, la gravité des symptômes et la confiance ont une influence sur le comportement de recours aux soins. Dans un premier temps, les populations ont tendance à s'automédiquer, puis à consulter des prestataires de soins de santé privés lorsque leur état de santé empire et à se faire soigner dans des structures de santé officiels uniquement lorsque leurs symptômes s'aggravent. Toutefois, la reconnaissance précoce des symptômes et le traitement contre la peste, notamment pneumonique, sont essentiels à la survie et à la réduction de la transmission.

- La plupart des Malgaches sont ouverts au traitement antibiotique préventif et curatif, bien que cela ait été affecté par des informations sur la corruption au sein de la riposte locale contre la peste.¹ La résistance antimicrobienne doit être considérée, il est nécessaire de collaborer avec les vendeurs de médicaments et les acteurs de la lutte contre la peste pour suivre les résistances et identifier le traitement approprié.
- Les habitants de Madagascar comprennent en général très bien ce qu'est la peste, même s'ils ne comprennent pas entièrement ses causes et ses modes de transmission ni la différence entre la peste bubonique et la peste pneumonique. Leur réponse à la peste peut être influencée par la présence importante d'autres maladies infectieuses et les priorités concurrentes au sein de leurs communautés. Il est nécessaire de renforcer les connaissances afin d'encourager le recours au traitement précoce.
- L'adoption de mesures de prévention et de contrôle de la peste peut être affectée par le manque d'informations, les informations erronées et la désinformation. Le manque d'engagement communautaire et d'informations correctes, actuelles et fiables peut entraîner une perte de confiance du public à l'égard du gouvernement et des autorités sanitaires. L'expérience historique et les rumeurs peuvent contribuer à la méfiance envers les autorités. Les acteurs de la riposte doivent fournir des informations actualisées, complètes et correctes dans une langue que les communautés peuvent facilement comprendre.
- Un diagnostic de peste peut être stigmatisant, en particulier dans les zones urbaines. La stigmatisation peut être exacerbée par les équipes d'intervention dont les actions indiquent à la communauté qu'elles sont confrontées à un cas suspect de peste. Cela peut rendre la population soit susceptible de recevoir un diagnostic ou un traitement et de signaler des contacts. Les équipes de santé publique doivent être discrètes lorsqu'elles arrivent au sein d'un foyer, et les campagnes de santé publique doivent déstigmatiser la peste et veiller à ne pas s'exprimer d'une manière qui associe la peste à la pauvreté ou au manque d'hygiène.
- Les méthodes de communication doivent utiliser un langage soigneusement réfléchi et éviter de formuler la situation en utilisant des termes péjoratifs, ce qui peut renforcer la stigmatisation. Les approches de communication du type descendantes peuvent être contre-productives ; la communauté préfère une communication réciproque basée sur l'écoute active et dialogue ce qui la rend plus efficace.
- Tout en reconnaissant les pratiques existantes acceptées au sein des communautés, telles que l'automédication et le recours à des prestataires de soins de santé privés, la communication en matière de santé publique doit promouvoir une orientation précoce et recours aux soins formels. Les canaux de communication à l'échelle locale, tels que la *cellule informationnelle* et la ligne verte, doivent être utilisés dans la mesure du possible.
- Étant donné que la méfiance à l'égard des acteurs gouvernementaux et internationaux est répandue à Madagascar, il est essentiel que les intervenants communautaires fiables soient impliqués dans tous les aspects de la riposte. Les *Chefs fokontany* (autorités locales) et d'autres intervenants de confiance, tels que les anciens, les chefs religieux et les *ombiasy* (guérisseurs traditionnels) peuvent constituer des contacts importants avec la communauté.
- Les pratiques culturelles et religieuses communautaires doivent être intégrées à toute initiative de lutte contre la peste. Les rites funéraires malgaches et le *famadihana* (retournement des morts) sont d'une grande importance pour de nombreuses communautés, et les mesures de santé publique qui ne tiennent pas suffisamment en compte de ces rites ont peu de chance d'être suivies. La participation communautaire à l'élaboration de protocoles d'enterrement sécurisés et dignes est essentielle. Lors de la formulation de ces protocoles, les anciens, les *ombiasy*, les agents de santé communautaire et d'autres acteurs fiables, y compris les chefs religieux, doivent être impliqués pour définir les pratiques au niveau local.
- Il faudrait envisager des efforts supplémentaires de recherche intégrées sur une série de questions liées à la peste à Madagascar. Des enquêtes CAP supplémentaires peuvent permettre de mieux comprendre les comportements en matière de recours aux soins. La recherche

épidémiologique peut mettre en lumière toute relation entre la transmission de la peste et certains aspects inhérents aux rites d'enterrement/de *famadihana*. La recherche qualitative peut permettre de mieux comprendre les obstacles à la mise en œuvre des protocoles existants concernant les enterrements sécurisés et dignes ainsi que la meilleure façon de les adapter d'une manière qui soit acceptable pour les différentes communautés. Elle peut également permettre de mieux comprendre la dynamique communautaire au niveau local, notamment les relations entre la communauté et les intervenants.

CARACTÉRISTIQUES DES FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES DE PESTE À MADAGASCAR

L'épidémiologie de la peste

La peste est une infection causée par la bactérie *Yersinia pestis* (Bacille de la peste). Elle se présente sous trois formes : bubonique, pneumonique et septicémique. La peste bubonique est la plus fréquente ; elle infecte et provoque un gonflement des ganglions lymphatiques (« bubons »). Elle est transmise par les rongeurs aux humains par les puces. La transmission entre humains de la peste bubonique est rare, mais peut se produire par des piqûres de puce.¹ Elle est plus fréquente chez les enfants, les adolescents et les femmes, en particulier dans les milieux agricoles, probablement liée au fait de dormir sur le sol ou sur de simples nattes, ce qui augmente leur exposition. De manière générale, la peste pneumonique est causée par la propagation aux poumons d'une peste bubonique non traitée.² La peste pneumonique primaire survient également par contact interpersonnel, transmise par des gouttelettes d'aérosol infectées. On la trouve plus fréquemment chez les adultes âgés de plus de 30 ans. La peste pneumonique se développe souvent en raison d'un traitement tardif et d'une exposition plus importante à des espaces encombrés et en soignant des personnes malades.³ La peste septicémique se produit lorsque la bactérie pénètre dans le système sanguin. Elle est plus souvent mortelle mais aussi plus rare.

Encadré 1. Les trois types de peste

Peste bubonique : une infection des ganglions lymphatiques
Peste pneumonique : une infection des poumons
Peste septicémique : une infection du sang

Les flambées épidémiques de peste à Madagascar sont plus fréquentes ces dernières années, en raison des variations climatiques, de la déforestation, des mouvements de population et de la résistance : résistance des rongeurs à *Y. pestis*, résistance des puces aux insecticides, et résistance de *Y. pestis* aux traitements antibiotiques.⁴

La peste est endémique et saisonnière dans les zones rurales des Hautes Terres du Centre de Madagascar. Les cas se manifestent généralement entre octobre et avril. Entre 2000-2015, plus de 75 % des notifications concernaient des cas de peste bubonique provenant de zones rurales.⁵ Les épidémies de peste ne sont observées qu'occasionnellement dans les zones urbaines et représentent plus souvent des cas de pneumonie.⁶ En 2014, 13 cas ont été identifiés dans la capitale, Antananarivo, parmi 263 cas. En 2017, 2 417 cas de peste ont été confirmés (77 % de cas de peste pneumonique) à Antananarivo et à Toamasina, et 209 personnes sont décédées.⁷

La dernière flambée épidémique de peste a été identifiée en août 2021 et était relativement plus faible. Au moment de la rédaction de cette note stratégique, elle était limitée aux régions endémiques, principalement au sein de la municipalité de Miandrandra, district d'Arivonimamo (Moyen-Ouest des Hautes Terres du Centre). Le 21 septembre 2021, 20 cas suspects et 22 cas confirmés de peste avaient été signalés (19 cas de peste pneumonique et 3 cas de peste bubonique). L'âge médian des cas était de 36 ans (de 3 à 74 ans) et représentaient environ la moitié des hommes et la moitié des femmes. Six cas de peste pneumonique et deux décès attribuables à la peste bubonique ont été déclarés, soit un taux de létalité de 37 %.⁸

Vecteurs, réservoirs et lutte antiparasitaire

Un vecteur est l'agent qui transporte et transmet une maladie ; un réservoir est l'habitat au sein duquel le virus ou le parasite vit normalement. En ce qui concerne la peste, les puces constituent le principal vecteur et les rats le réservoir principal. Les principales races de rats identifiées à Madagascar sont *Rattus norvegicus* (surmulots, également appelés rats d'égout) et *Rattus rattus* (rats noirs), l'hôte principal du *Y.pestis*. Les rats d'égout se trouvent surtout dans les grandes villes et les ports maritimes. Les rats noirs peuvent être trouvés partout, du niveau de la mer aux hautes terres, dans les zones urbaines ainsi que dans les champs et les forêts. Bien que les rats noirs vivent généralement dans les arbres et qu'on les trouve habituellement dans les zones rurales, ils sont souvent observés dans des quartiers défavorisés en milieu urbain.⁹ Dans les zones urbaines, l'expansion des réseaux d'égouts et l'amélioration de la qualité des logements avec des toits en béton ont réduit les possibilités de contact entre les rats et les humains.

Les activités agricoles, la déforestation et les feux de brousse peuvent contribuer à la multiplication et à la propagation des rongeurs. La culture de terres défrichées fournit d'abondantes ressources alimentaires aux rongeurs, et les contacts fréquents entre les humains et les rongeurs peuvent augmenter les risques de transmission. Cela peut particulièrement affecter les migrants qui vivent dans de conditions précaires tandis qu'ils cultivent de nouvelles terres agricoles.⁹

Les facteurs socioéconomiques présentent un impact important sur le risque de contracter la peste. À Madagascar, les groupes de population les plus pauvres et marginalisés continuent d'être davantage exposés aux rats et aux puces et sont affectés de façon disproportionnée par la maladie. Dans les zones urbaines, les groupes de population pauvres vivant dans des logements surpeuplés et de mauvaises conditions d'hygiène dans les basses terres sont confrontés à des risques d'infection élevé, notamment en cas d'inondations. En milieu rural, la peste est de plus en plus signalée parmi les personnes vivant dans des abris pauvres à la périphérie d'un village, où les récoltes de nourriture sont stockées à l'intérieur des maisons afin d'empêcher les vols, ce qui attire des rats et leurs puces.⁶ Les divisions socio-économiques historiques peuvent continuer à avoir un impact : par exemple, les personnes de descendance *andevo* (esclave) risquent davantage que celles de descendance *andriana* (noble) ou *hova* (libre) d'avoir une mobilité sociale limitée et de vivre dans des logements plus pauvres, où elles peuvent être plus exposées aux infections.¹⁰ Elles ont également un accès limité aux soins de santé.¹¹ Les nouveaux migrants à Madagascar habitent souvent aux alentours de villages ou de hameaux, à proximité des champs,¹² ce qui augmente le risque de contact avec des rongeurs.

Des stratégies efficaces de lutte contre la peste doivent donc aborder les obstacles structurels liés à la pauvreté. Cela peut inclure des mesures pour améliorer les conditions de logement et de vie ainsi que de soutien à l'amélioration de l'assainissement au niveau des ménages et des communautés. Des stratégies pour stocker les aliments en toute sécurité et à abriter le bétail à l'extérieur des espaces de vie doivent également être élaborées afin de minimiser les contacts entre les humains et les rongeurs.

CONTRÔLE ET SURVEILLANCE DES RONGEURS ET DES VECTEURS

Les stratégies actuelles de lutte contre les rongeurs et les puces comprennent l'utilisation de pièges, de raticides et de pulvérisation d'insecticides d'intérieur. À l'heure actuelle, l'accent est mis sur le contrôle des vecteurs des puces (plutôt que sur le contrôle des réservoirs de rats). Toutefois, l'utilisation à grande échelle d'insecticides a un impact négatif sur l'environnement et, en cas de mauvaise utilisation, elle peut s'avérer contre-productive : des données récentes ont indiqué une résistance accrue des puces aux insecticides.⁴ La dératisation se fait principalement pendant la saison endémique de la peste dans le cadre de programmes de surveillance. Les avis de santé publique comprennent également l'amélioration de l'assainissement, l'isolation des greniers, l'utilisation de plantes bioactives efficaces contre les puces, la garde de chats domestiques, etc. Un grand nombre de ces activités nécessitent des investissements importants en main-d'œuvre et en temps, et sans coordination au niveau communautaire, elles risquent d'avoir peu d'impact sur la lutte efficace contre les rongeurs – ce qui limite l'adoption au niveau de la population.¹³

La surveillance de la peste chez les rongeurs, les puces et les populations humaines est cruciale pour la détection précoce de la maladie. Ces mesures ont été particulièrement utiles pour identifier les flambées épidémiques à partir des années 1990, mais ont été abandonnées en 2006.⁴ La surveillance communautaire peut jouer un rôle dans la détection précoce, à condition que la surveillance des maladies soit efficace et que les communautés soient intégrées dans ces mécanismes pour identifier et signaler les décès inattendus de rongeurs.

Pratiques funéraires et transmission de la peste

Les rites funéraires ont été fortement associés à la propagation de la peste à Madagascar. Par conséquent, les directives en matière de santé publique ont imposé d'importantes restrictions sur les pratiques funéraires. Toutefois, à ce stade, il n'y a pas encore suffisamment des preuves à l'échelle mondiale quant à l'infectiosité du *Y. pestis* dans les fluides corporels et à la durée de survie de la bactérie dans la terre ou les tombes familiaux.^{14,15} Il existe également des preuves épidémiologiques limitées quant au rôle des enterrements dans la transmission de la peste, par rapport aux autres moyens de contact avec des puces ou des personnes infectées.¹⁶ Malgré cette incertitude, des protocoles ont été établis afin de limiter les enterrements traditionnelles.

À Madagascar, en particulier dans les Hautes Terres Centrales, la mort n'est qu'une étape vers l'état convoité d'ancestralisation. Un être cher ne peut devenir un ancêtre que si des rites funéraires spécifiques sont suivis. Il s'agit notamment d'une « première inhumation » après le décès, généralement dans une tombe individuelle, et du transfert ultérieur du corps dans le caveau familial. Ce transfert coïncide avec le rituel du *famadihana* (retournement des morts),¹⁷ qui a lieu tous les cinq à sept ans et qui est au cœur des rituels malgaches de respect des ancêtres décédés. Les restes des ancêtres sont retirés du tombeau familial et leurs linceuls de soie sont remplacés. Les membres de la famille parlent et dansent avec les ancêtres avant de les ramener au tombeau.

Si ces pratiques ne sont pas respectées, les êtres chers ne sont pas en mesure de rejoindre les ancêtres. On estime que les ancêtres se sentent alors négligés et peuvent se venger des vivants, au niveau individuel et communautaire. On croit également qu'ils provoqueront la maladie et le malheur, même si les raisons pour lesquelles les rituels n'ont pas été suivis sont bienveillantes, par exemple, prévenir la peste.¹⁸

Suite à la flambée épidémique de peste survenue en 2017, le gouvernement malgache, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF et les intervenants communautaires, a élaboré un protocole d'enterrements sûr et digne (EDS). Ce protocole a permis aux victimes de la peste d'être transportées dans leur ville d'origine pour un premier enterrement dans une tombe individuelle. Les familles ne sont autorisées à les déplacer vers le tombeau familial qu'après un délai de 7 ans, bien qu'il n'existe aucune justification épidémiologique pour cette période d'attente spécifique. Le protocole exige également le lavage et la désinfection des victimes de la peste par des équipes d'enterrement spécialisées, l'incinération de leurs vêtements et l'utilisation d'un sac mortuaire.

Lors des tests préalables initiaux du protocole, 90 % des participants étaient en faveur des mesures de EDS proposées.¹⁹ Toutefois, les enterrements modifiés n'ont pas été acceptés dans la pratique, que ce soit pendant l'épidémie de 2017-2018 ou de 2021. Les protocoles ne tiennent pas compte des croyances malgaches quant à l'importance de la participation de la famille à la préparation et à l'enveloppement du corps des proches, et l'utilisation de sac mortuaires empêche le retour naturel du corps sur terre. Souvent, la mise en œuvre des protocoles a été plus coercitive que favorable. À Antananarivo, par exemple, des affrontements ont eu lieu en octobre 2017 entre des proches de victimes et des agents du Bureau municipal d'hygiène (BMH), l'institution en charge des équipes d'enterrement, lorsque les équipes emportaient les corps, souvent accompagnés par des agents des forces de l'ordre. À Toamasina, des corps ont été inhumés dans des fosses communes ; ils ont ensuite été déterrés et emportés par des proches.²⁰ Il existe des rapports similaires d'enterrements secrets pendant la flambée épidémique en 2021.

PESTE ET SERVICES DE SANTÉ À MADAGASCAR

Services de santé à Madagascar

Madagascar dispose d'un système de santé pluraliste composé de dispensaires biomédicales publiques et privées, de guérisseurs traditionnels et d'herboristes, de pharmaciens et d'autres vendeurs de médicaments et d'herbes.

PRESTATAIRES DE SOINS BIOMÉDICAUX

Environ 60 % à 70 % des habitants de Madagascar ont accès à toute forme de soins de santé primaires, et il est courant de devoir parcourir des distances de plus de 10 km pour se rendre au centre médical le plus proche.²¹ Le manque d'accès physique est exacerbé pendant la saison des pluies dans les zones rurales reculées, au sein desquelles environ la moitié des infrastructures sont accessibles toute l'année. Le manque d'accès physique et les faibles niveaux de prestation de services, ajoutés au coût trop élevé des transports et des traitements, signifient qu'environ 60 % des personnes déclarant une maladie ne se rendent pas dans un centre médical.²² Les prestations de santé sont orientées vers les zones urbaines, qui disposent d'une diversité de médecins et d'autres agents sanitaires, ainsi que de cliniques privées, d'hôpitaux publics et de pharmacies. Toutefois, ils sont répartis de manière inégale, et les habitants des quartiers défavorisés ont moins accès aux services et sont moins en mesure de les financer.²³

La méfiance à l'égard des autorités médicales est un phénomène courant.^{24,25} Selon l'enquête Wellcome Global Monitor, 25 % des personnes interrogées à Madagascar ont déclaré ne pas faire confiance aux centres de santé et aux hôpitaux.²⁶ Les cliniques privées (*docteurs libres*) sont plus souvent dignes de confiance que les soins de santé public car elles sont plus flexibles en termes des horaires d'ouverture, les modalités de paiement et les prêts, etc.²³ Il y a un manque de personnel médical correctement formé et d'équipement,²⁷ avec « des diagnostics systémiques inexacts et de mauvais résultats thérapeutiques » et « le manque de médicaments dans les centres de santé », ce qui « engendre le fait que les patients n'aient souvent pas recours aux services de santé et dépendent de l'automédication ». ²¹ La méfiance est particulièrement répandue dans les régions rurales, où les populations perçoivent souvent les hôpitaux comme des endroits où les gens vont pour tomber malades plutôt que pour être soignés.²¹ Les populations pensent que le patient est exposé à un risque d'infection et considèrent qu'un traitement à l'extérieur de l'hôpital est moins risqué.²⁸ Les soins hospitaliers sont considérés comme un dernier recours coûteux, les familles devant payer le traitement, le logement et la nourriture. Les expériences historiques des interventions sanitaires coloniales sont susceptibles de créer la peur et la non-conformité à l'époque postcoloniale. La peur des injections, par exemple, peut provenir de la croyance selon laquelle le personnel hospitalier infecte les personnes avec des maladies telles que la peste, plutôt que de les traiter.²⁵

MÉDECINE TRADITIONNELLE ET ALTERNATIVE ET THÉORIES ALTERNATIVES DE CAUSALITÉ

Les guérisseurs traditionnels, les *ombiasy*, sont bien respectés par les Malgaches, excepté par certaines églises protestantes.²⁹ Les *ombiasy* proposent des soins non seulement au niveau thérapeutique, mais aussi à un niveau spirituel et socioculturel, permettant des soins holistiques.³⁰ Il existe différentes sortes de guérisseurs traditionnels, y compris les herboristes, les masseurs, les sages-femmes traditionnelles, les devins, les astrologues, et ainsi de suite.³⁰

Les Malgaches peuvent comprendre la maladie comme ayant une cause naturelle immédiate, mais lorsque le malheur s'abat sur des individus ou à une communauté, comme dans le cas de la peste, ils chercheront également les causes ultimes, généralement auprès des *ombiasy*. Dans les zones rurales en particulier, les populations se méfient de la profession biomédicale et sont susceptibles d'avoir moins confiance dans la théorie des germes de la maladie, y compris la peste. Elles ont tendance à croire aux explications personnalisées de la causalité, dans le cadre desquelles le malheur peut provenir de l'attaque par un ancêtre en colère ou en raison d'une malédiction par une personne utilisant un magicien ou un sorcier. Dans le cadre de la flambée épidémique de peste actuelle, certaines communautés ont attribué la peste à la sorcellerie.

APPROCHES COMBINÉES DES SOINS DE SANTÉ

Les explications et les traitements des maladies peuvent combiner des approches biomédicales et traditionnelles.

Les Malgaches utilisent simultanément les cliniques biomédicales, les guérisseurs traditionnels ainsi que l'autotraitement et les médicaments en fonction des finances, de la disponibilité physique et de l'évolution de leur état de santé.²⁷ Aux yeux des populations, un cas clinique devient une urgence (grave) lorsque le traitement initial ne fonctionne pas et que les symptômes persistent ou augmentent (p. ex., fièvre après l'utilisation d'antipyrétiques) ou que des symptômes atypiques apparaissent, en incitant les individus à consulter un fournisseur de soins biomédicaux, mais avec un certain retard.²³ Les moyens financiers jouent un rôle important, les citoyens retardent leur visite aux cliniques car ils doivent trouver un prestataire à un prix abordable.

Dans le cas de la peste, les explications biomédicales peuvent coexister simultanément avec d'autres explications et traitements transcendants. On peut comprendre que la maladie est transmise par les rats et les puces, et que le traitement recherché comprend les antibiotiques et l'hospitalisation, mais les individus consulteront également un devin qui fournira des teintures de plantes médicinales.¹⁸ *Les ombiasy* guérira le trouble biologique (en utilisant des traitements à base de plantes, par exemple, et parfois en s'inspirant de la médecine conventionnelle et en utilisant des médicaments allopathiques³¹). Mais il traitera également des causes surnaturelles, telles que la violation des tabous, l'attaque d'un sorcier, la possession par les *vazimba* (habitants originaux de l'île), etc. Le rôle de *l'ombiasy* est de guérir la personne, mais aussi de réparer les fractures sociales et de rétablir l'ordre naturel.³⁰

La collaboration entre les guérisseurs biomédicaux et traditionnels a été couronnée de succès dans la riposte à la peste et a effectivement été importante pour contenir la flambée épidémique de peste de 2010 dans la région. Plus de 20 % des cas ont été identifiés par des guérisseurs traditionnels, qui ont encouragé une présentation précoce dans les centres de santé ; par conséquent, aucun décès n'a été enregistré pendant trois ans.³² Depuis 2005, on constate un effort d'intégration des guérisseurs traditionnels dans la lutte contre la peste. Les autorités sanitaires en sont venues à les appréhender comme des « antennes » pour la mise en œuvre locale, à l'instar des agents de santé communautaires, en raison de leur proximité avec l'environnement social et villageois, de leur statut de respect et de confiance, et leur capacité à sensibiliser leurs communautés.³² Un programme pilote mis en œuvre à d'Ankadikely Ifafy, une commune située dans les Hautes Terres, a contribué à favoriser le dialogue entre les autorités de santé publique et les guérisseurs traditionnels ; les guérisseurs ont été formés pour reconnaître les symptômes de la peste et les orienter vers les Centres Sanitaires de Base (le centre de santé publique à l'échelle communautaire). À leur tour, les guérisseurs ont partagé certains traitements, y compris l'utilisation de l'argile pour retarder la multiplication. Dans le cadre de ce programme, les guérisseurs, ainsi que les autorités religieuses et les chefs *fokontany*, étaient impliqués dans la surveillance et le contrôle des rats, et dans la riposte contre la peste en général.

PARCOURS ET COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ

La méfiance à l'égard du système de santé publique peut devenir un obstacle important au recours aux soins de santé formels et rapides. Dans un premier temps, les populations sont susceptibles d'avoir recours aux soins de santé auprès de professionnels non biomédicaux tels que les *ombiasy* et d'autres guérisseurs traditionnels, ou de s'auto-médicamer en utilisant des traitements naturels ou des traitements obtenus par les vendeurs de médicaments locaux. Les épiceries vendent des médicaments ainsi que d'autres produits et sont très populaires et fiables.²⁷

En ce qui concerne la peste en particulier, les Malgaches semblent avoir une conscience élevée des risques de la peste et une intention de recours aux soins de santé relativement élevée. Selon une enquête CAP relative aux flambées épidémiques survenues entre 2006 et 2015, 96 % ont compris que la peste était mortelle. Lorsqu'on leur a demandé s'ils consulteraient un médecin biomédical en cas de développement de symptômes compatibles avec ceux de la peste (fièvre, bubons), 67 % ont répondu qu'ils consulteraient un médecin, 5 % ont répondu qu'ils ne consulteraient pas et 28 % étaient indécis.¹⁰

Les données montrent que le coût, la proximité, la gravité des symptômes et la confiance influencent le comportement des populations en matière de recours aux traitements contre la peste et peuvent affecter les taux d'automédication. Comme il a été mentionné précédemment, le coût et la distance sont des obstacles matériels aux soins de santé en général, et cela affecte également le recours aux soins de santé pour traiter la peste. Les populations ont tendance à s'automédiquer lorsque des premiers symptômes apparaissent; le recours aux praticiens traditionnels semble moins fréquent, bien que les données soient rares. Les populations des régions rurales ont tendance à consulter les agents de santé communautaires.¹⁶ Si les symptômes continuent de s'aggraver, l'on peut consulter des prestataires de soins de santé privés pour éviter de se rendre dans des centres de santé publics et d'être étiquetés comme « ayant contracté la peste ». Souvent, le recours à un traitement au niveau du centre de santé formel n'a lieu que lorsque les symptômes deviennent plus graves (p. ex., cracher du sang). Les centres de santé communautaires et les hôpitaux publics sont privilégiés car ils offrent des soins gratuits.³³

La méfiance du public à l'égard des prestataires de soins de santé est influencée par le manque perçu de transparence et de gestion efficace de la maladie ainsi que par l'expérience antérieure. Lors de la flambée épidémique de peste en 2017, les niveaux élevés d'automédication ont conduit à la mesure drastique d'hospitaliser tous les patients confirmés ou suspects de peste. Cela a eu un impact négatif profond sur la confiance des populations à l'égard du traitement et des soins formels.^{34,35} Les capacités limitées en matière de dépistage et de traitement dans le cadre de cette flambée épidémique ont contribué à renforcer les inquiétudes du public que les diagnostics étaient soient incorrects. Le public craignait également une augmentation du risque de transmission au niveau des établissements de santé (en raison du grand nombre de patients et des mesures limitées de PCI), ce qui a eu pour effet d'éviter davantage les soins formels.

Surveillance et traitement de la peste

SIGNALEMENT ET SURVEILLANCE

La surveillance est effectuée par le ministère de la Santé (MS) à travers les établissements de santé locaux. La surveillance active est également utilisée afin de détecter les nouveaux cas lors des flambées épidémiques. Depuis 2017, des agents de santé communautaires ont été mobilisés et des équipes d'intervention rapide ont été déployées pour soutenir la recherche de cas et les investigations épidémiologiques, grâce à la collaboration entre l'Institut Pasteur, l'OMS et le ministère de la Santé.³⁶

Les technologies de dépistage rapide et la capacité des laboratoires pôles de soins ont joué un rôle essentiel dans la surveillance. Même les cliniques isolées ont accès à des kits de dépistage rapide.^{16,37} Un diagnostic définitif de la peste rend les populations plus susceptibles d'accepter les mesures de santé et de prévention connexes, bien que l'acceptation soit contrebalancée par la stigmatisation liée au diagnostic de peste,³⁶ tel qu'il est indiqué ci-après.

GESTION DES CAS ET MESURES DE TRAITEMENT

La reconnaissance précoce des symptômes et la mise en place d'un traitement antibiotique sont essentielles pour prévenir l'évolution vers une maladie grave et la mort, notamment en ce qui concerne la peste pneumonique. Le traitement précoce associé à la recherche active de cas, au dépistage précoce et à l'engagement communautaire est efficace ; par exemple, seulement 25 % des cas confirmés sont décédés lors de l'épidémie de 2017, une flambée épidémique largement urbaine au cours de laquelle les ressources habituelles d'intervention en cas de peste ont été surexploitées.⁵ L'on s'attend à des taux de décès élevés, notamment en ce qui concerne la peste pneumonique, avec un traitement retardé. Le retard de présentation peut être attribué à la nature non spécifique des symptômes de peste pneumonique (forte fièvre, faiblesse, maux de tête), ainsi qu'au manque de connaissance de la maladie, à l'automédication et au recours aux soins auprès de prestataires non biomédicaux.³ L'orientation d'un patient souffrant de signes et de symptômes de la peste peut prendre entre une et trois semaines.³³ La décision d'orienter immédiatement vers un traitement formel est généralement prise lorsque le patient sait qu'il a été en contact avec un patient positif à la peste.³³

De manière générale, les populations à Madagascar sont ouvertes à un traitement antibiotique préventif et curatif. Toutefois, cela a été affecté par des rapports de corruption dans la riposte locale contre la peste, avec des doses d'antibiotiques inadéquates fournies aux patients afin que le reste puisse être vendu à des fins lucratives. Cela peut avoir deux conséquences : l'échec du traitement du patient en raison d'un manque de médicaments et l'accélération de la résistance aux antibiotiques.³⁸ Il est à noter que les habitants des villes sont plus susceptibles d'obtenir de meilleurs résultats en raison de la qualité et de la disponibilité physique plus élevées des systèmes de santé, et des revenus relativement plus élevés des individus pour payer les consultations, ainsi que de l'utilisation plus intensive d'antibiotiques.⁵

STRATÉGIES EN MATIÈRE DE COMMUNICATION DES RISQUES ET D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Pour orienter la prise de décision opérationnelles, il est important de comprendre la perception et la connaissance des facteurs de risque de transmission ainsi que de leur dynamique socio-comportementale dans les communautés.²¹ Une analyse approfondi de ces questions et de la façon dont ils constituent des obstacles ou des facteurs favorables aux mesures de prévention et de lutte contre la peste permettra de faciliter l'élaboration de stratégies efficaces en matière de communication des risques et d'engagement communautaire.

Connaissance communautaire de la peste et compréhension des facteurs de risque de transmission à Madagascar

Trois principaux facteurs semblent influencer la connaissance publique de la peste : la situation géographique (urbaine ou rurale), la forme de peste (bubonique ou pneumonique) et l'expérience antérieure avec la peste ou l'exposition à celle-ci.

La population de Madagascar ont une idée claire de ce qu'est la peste, en particulier dans les régions endémiques. Toutefois, de nombreuses personnes n'ont pas une compréhension solide de ses causes, de ses modes de transmission et de la distinction entre la peste pneumonique et bubonique. Par exemple, tandis que les personnes vivant dans des régions isolées (p. ex., Moramanga et Mantasoa) déclarent être familières avec les bubons (ganglions lymphatiques enflés), elles ne les associent pas nécessairement à la peste bubonique. Il est également important de noter que les bubons ne sont pas toujours associés à la peste bubonique. Dans les zones urbaines, comme Antananarivo, les individus montrent une connaissance théorique plus importante des causes et des symptômes de la peste, mais n'ont pas forcément une connaissance approfondie des risques de transmission.³⁹

Lorsqu'elle ont été confrontées à l'épidémie de peste pulmonaire en 2017, les populations ont reconnu l'urgence et l'importance du traitement,¹⁰ bien qu'il y ait peut-être eu une certaine confusion en ce qui concerne les modes de transmission. Malgré cette conscience de la gravité de la peste, il est important de considérer l'effet de l'expérience des populations avec d'autres maladies. C'est particulièrement le cas dans les régions rurales où il y a des nombreuses autres maladies infectieuses telles que le paludisme, la pneumonie et, plus récemment (bien que peut-être de manière moins importante parmi les priorités des populations), la COVID-19.⁴⁰ Afin de renforcer la confiance dans la riposte contre la peste, les populations devront être témoins d'interventions sanitaires intégrées ou parallèles visant à traiter ces autres maladies.

Obstacles à l'adoption de mesures de prévention et de lutte contre la peste

LACUNES EN MATIÈRE D'INFORMATION, THÉORIES DU COMLOT, FAUSSES INFORMATIONS ET DÉSINFORMATION

Les lacunes en matière d'information concernant les flambées épidémiques de maladies peuvent engendrer et entretenir la panique et la peur, de sorte qu'il peut s'avérer plus difficile d'engager les communautés à soutenir et adopter des mesures de santé publique. En 2017, le premier cas de

peste à Madagascar a été signalé sur Facebook, et non par les autorités de santé publique. Cela a créé un mouvement de panique et a incité les individus à rechercher des informations partout où ils pouvaient en trouver, ce qui a contribué à augmenter la circulation de fausses informations et de désinformation.³³

Les fausses informations et la désinformation peuvent affecter la confiance du public vis-à-vis du gouvernement et des autorités sanitaires. Par exemple, en 2017, les médias associés aux partis d'opposition gouvernementaux ont présenté les pouvoirs publics comme incompetents, ce qui a alimenté les perceptions publiques concernant la riposte.³⁹ Le manque d'informations fiables sur la peste peut également renforcer les idées erronées parmi la population locale concernant les mesures de santé publique. Par exemple, le retard de l'ouverture des écoles à Madagascar en 2017, associé aux rumeurs circulant sur les médias sociaux concernant l'incapacité de l'État à gérer la flambée épidémique, a eu un impact négatif sur la perception du public à l'égard des autorités de riposte nationales et des acteurs d'intervention internationaux.⁴¹

Les situations de crise, de peur et d'incertitude peuvent également entraîner l'émergence de théories du complot, souvent influencées par le passé historique. À Madagascar, l'apparition de la peste en 1898 a été associée à l'arrivée d'étrangers, et le gouvernement colonial a été rendu responsable de l'épidémie. Pendant l'épidémie de 2017, de nombreuses rumeurs ont circulé selon lesquelles la peste était utilisée à des fins politiques, afin de mobiliser des financements internationaux pour les élections ou créer des tensions sociales.³⁹ Les rumeurs et les théories du complot reflétaient également des problèmes structurels plus larges ainsi que le mécontentement du public vis-à-vis de l'économie, tels que les niveaux élevés de corruption et l'augmentation des prix des matières premières.

STIGMATISATION LIÉE À LA CULTURE ET AUTRES OBSTACLES SOCIOCULTURELS

Un diagnostic de peste peut être stigmatisant, en particulier dans les zones urbaines. La peste serait associée à la saleté et à la pauvreté, exacerbant les sentiments de honte et la stigmatisation des personnes malades. La stigmatisation peut rendre les individus moins susceptibles de se présenter au dépistage ou d'accepter un diagnostic positif.³³ C'est particulièrement le cas pour ceux qui se considèrent comme relativement fortunés.²⁵ La stigmatisation de la peste suscite des sentiments de honte et peut mener à une discrimination individuelle ou collective par d'autres.

Le fait de présenter la maladie sous un angle négative et parfois stigmatisant peut avoir des implications indésirables pour la perception publique de la maladie, les services d'intervention connexes et l'adoption des conseils de santé publique par le public. Cela peut, par exemple, retarder l'orientation de patients atteints de la peste vers des structures de santé formelles.³⁵ L'utilisation de jargon comme « contact » ou « cas suspect de peste » peut avoir un effet déshumanisant et provoquer et/ou renforcer la méfiance à l'égard des mesures de santé publique.³⁵ La recherche d'autres langues acceptées au niveau locale doit être effectuée en partenariat avec les communautés.⁴²

Au niveau individuel, la stigmatisation peut amener les anciens patients et leurs proches à vouloir garder le diagnostic secret. Toutefois, le manque de discrétion des équipes d'intervention qui viennent chez le patient peut contribuer à la stigmatisation et à l'isolement social du patient et de sa famille. L'arrivée de personnes extérieures en voiture et vêtues d'un EPI complet peut être bouleversante et décourager les individus de partager des informations concernant leurs contacts ou d'autres informations épidémiologiques pertinentes. Les individus évitent parfois les autorités sanitaires et ceux qui listent les contacts ou donnent des coordonnées incorrectes pour recevoir les résultats des tests.²⁴ Ces fausses déclarations ne sont pas unique à ce contexte et se produisent dans d'autres contextes et avec d'autres maladies, y compris la COVID-19. Pour éviter les équipes de riposte, les patients peuvent falsifier leurs informations personnelles et, par crainte de stigmatisation, les individus peuvent également rejeter le diagnostic ou les hôpitaux.³³

Le besoin d'autonomie des populations malgaches peut également affecter leur acceptation des mesures préventives de la peste. Par exemple, face à une autorité non désirée, « une réponse malgache typique sera d'être entièrement d'accord avec les demandes que la personne puis, dès qu'elle sera partie, d'essayer de continuer à vivre sa vie comme si l'incident ne s'était jamais

produit ». ⁴³ Les populations de l'Imerina ont été décrites comme ayant tendance à considérer l'autorité légitime comme une autorité qui fonctionne « négativement », en indiquant les limites de ce qu'il ne faut pas faire, mais pas en acceptant des ordres directs. ⁴³

Le manque de confiance dans l'État central et le système de santé publique, ⁴⁴ tel que mentionné ci-dessus, peut avoir une influence négative sur l'acceptation des mesures de prévention et de traitement par les Malgaches. Cette situation est aggravée par l'histoire de la gestion coercitive de la peste à l'époque coloniale et postcoloniale, y compris les interrogatoires, les quarantaines forcées, les fosses à peste et les expériences de vaccination qui ont échoué. Ces mesures ont été historiquement accueillies par des protestations sociales et des troubles en réaction à celles-ci. ^{18,45,46}

Comme indiqué ci-dessus, les traditions funéraires sont au cœur de la vie malgache. Si les mesures de santé publique ne respectent pas et n'accommodent pas ces pratiques d'une manière acceptable, il y aura probablement une résistance aux autorités sanitaires. La crainte de ne pas pouvoir être enterré dans une tombe ancestrale peut également entraîner une sous-déclaration des décès dus à la peste.

Approches de communication et engagement communautaire

APPROCHE DE COMMUNICATION

La communication à temps réel d'informations correctes et accessibles est essentielle dans le contexte des épidémies. L'utilisation d'un langage approprié est importante afin d'éviter la stigmatisation liée à la peste. La présentations des acteurs humanitaires internationaux et des médias contribue parfois à dramatiser la situation, plutôt que de la décrire comme une maladie saisonnière et endémique attendue avec plusieurs centaines de cas documentés la plupart des années. Ce portait sensationnel a été critiqué pour avoir ignoré l'écologie politique de la maladie tels que l'inégalité sociale, les stratégies d'endiguement inefficaces, les contraintes de ressources, les manœuvres politiques et la résistance aux insecticides dans les discours de riposte contre la peste. ⁴⁷

Il est nécessaire de faire comprendre que tout le monde est vulnérable à la peste, peu importe la classe sociale ou d'autres distinctions, et que le diagnostic doit être fourni discrètement et de manière confidentielle au moyen de documents écrits ³³ afin d'éviter les retards dans le recours aux soins de santé. Lors de l'épidémie de 2017, la stigmatisation et la discrimination ont affecté plusieurs groupes de population qui étaient (souvent à tort) perçus comme étant parmi les porteurs de la maladie, y compris les plus vulnérables et marginalisés (les personnes démunies, les enfants des rues). ²⁸ Les patients ou survivants potentiels de la peste risquent d'être expulsés de leur domicile et de souffrir d'isolement social à la suite de mises en quarantaine imposées au niveau local. ⁴⁴

L'adoption d'une approche biomédicale et didactique peut être contre-productive et, dans le contexte de la peste, les communautés ont critiqué l'approche descendante qui néglige les pratiques locales. ⁴¹ La communication réciproque favorisant l'écoute active et le dialogue est privilégiée et plus efficace. L'approche doit s'inspirer des différents contextes (urbain, rural, connectivité numérique, etc.) et pourrait, par exemple, impliquer l'organisation de débats sur la santé afin de répondre aux questions fréquemment posées, en réunissant des experts de la santé dignes de confiance et des communautés et diffusés à la télévision et à la radio locales. ³⁵

La plupart des gens obtiennent leurs informations concernant la peste à la radio et par le bouche à oreille. Les technologies de téléphonie mobile (p. ex., SMS, médias sociaux) présentent un potentiel d'utilisation important dans le domaine des communications, ¹⁶ notamment dans les régions où la couverture mobile est élevée et où il existe une culture numériques. Les agents sanitaires et les bénévoles de santé communautaire doivent avoir des connaissances et une formation suffisantes sur les différentes formes de peste et les modes de transmission afin de mieux communiquer les risques aux communautés. Il est plus important de partager des informations claires et simples à comprendre, en mettant l'accent sur les lacunes identifiées en matière de connaissances et les obstacles socio-comportementaux à la prévention et le contrôle efficaces contre la peste, que de fournir des informations extrêmement détaillées, (par exemple concernant la première flambée épidémique de peste ou les procédures inhérentes aux documents de transport). Les informations de

santé publique doivent également reconnaître et s'appuyer sur les pratiques existantes telles que l'automédication et le recours aux prestataires de soins de santé privés.³⁵

Lors de l'épidémie de COVID-19, le ministère de la Santé a mis en place une cellule d'information au niveau local (*cellule de veille informationnelle*) afin de recueillir les rumeurs, les questions et les préoccupations.⁴⁸ Cela a permis d'établir une base solide pour gérer et répondre aux besoins d'information émergents dans le contexte de nouvelles épidémies, y compris la peste. La ligne verte mise en place lors de l'épidémie de 2017 semble également être l'un des canaux de communication les plus adaptés et accessibles à l'échelle locale. Cela a permis d'adopter une approche axée sur l'humain, d'écouter et de répondre aux questions et aux préoccupations. Des investissements tels que l'augmentation du nombre d'opérateurs de services ainsi que la formation du personnel des lignes d'assistance sur les compétences en communication, y compris l'empathie, peuvent devenir des catalyseurs essentiels pour promouvoir la confiance et le respect des mesures de santé publique. Afin de filtrer les informations entrantes de manière efficace, l'utilisation d'une réponse vocale interactive pourrait également être examinée.³⁵

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

Les fausses informations et la désinformation, la mauvaise gestion de la distribution des produits médicaux, les expériences passées et une multitude d'autres facteurs ont contribué à des degrés variables de méfiance vis-à-vis des intervenants gouvernementaux et internationaux. Dans ce contexte, la participation significative des acteurs communautaires fiables est essentielle. Les bénévoles en santé communautaire et les figures d'autorité communautaire ou *raïamandreny* (anciens) doivent être identifiés et mobilisés.⁴⁹ Les alliances avec les autorités locales (*maires, chefs fokontany*) sont essentielles pour les mesures de contrôle de la santé publique. Les *chefs fokontany* constituent l'autorité publique la plus proche des communautés locales, basée sur l'organisation sociale traditionnelle des affaires communautaires (*fokon'olona*), ils sont destinés à servir en tant qu'intermédiaires entre l'État et les communautés locales, ils supervisent également les projets de développement et dirigent la participation locale.^{50,51} Il est important que les *chefs fokontany* soient rémunérés de manière adéquate et bien soutenus par l'État afin de réaliser leur potentiel et d'éviter les conflits entre eux-mêmes et les autorités communales.⁵¹

La participation de divers acteurs communautaires, qui peuvent être formels ou informels, peut améliorer de manière efficace les efforts de communication et appuyer les réponses communautaires aux épidémies. Le soutien de bénévoles en santé communautaire connus lors de l'épidémie de 2017 et de la riposte contre la COVID-19 a été identifié comme un élément essentiel des stratégies de mobilisation efficaces au niveau local.⁵² La formation et l'accompagnement continu (y compris la fourniture de moyens de transport) sont des éléments essentiels à prendre en considération lors de la conception de stratégies locales d'engagement communautaire.

Les méthodes ethnographiques rapides peuvent permettre d'identifier des acteurs communautaires fiables dans différents contextes. Cela peut être particulièrement important dans les contextes où la méfiance à l'égard des pouvoirs publics a été identifiée. Le déploiement d'anthropologues locaux devrait être une priorité, car ils peuvent soutenir le développement de relations de confiance entre les communautés et les acteurs de la riposte.³³

Les actions au niveau communautaire doivent être fondées sur des données concrètes et s'appuyer sur une solide compréhension des pratiques et des réalités locales plutôt que de répliquer les mêmes activités dans différentes communautés. (P. ex., campagnes de nettoyage à l'échelle communautaire, assainissement des foyers, signalement de rongeurs, etc.). Cela pourrait, par exemple, impliquer la cartographie des comportements locaux en matière de recours au traitement et l'implication systématique des prestataires de soins de santé privés dans la formation, le signalement et l'orientation des cas (vers des structures de santé public).

En s'appuyant sur les lacunes identifiées entre les connaissances et les pratiques, les partenaires de la riposte doivent travailler en partenariat avec les acteurs communautaires fiables pour promouvoir le recours aux soins de santé formels à temps réel.⁴⁸ Des réunions entre la communauté et les prestataires de soins de santé formels pourraient être organisées afin de discuter des perceptions et des pratiques locales en matière de soins de santé et recueillir des suggestions sur la façon

d'améliorer la prestation de services actuelle. Des retours d'information doivent être fournis par la suite concernant la manière dont ces suggestions ont été prise en compte.

RESPECT DES PRATIQUES CULTURELLES ET RELIGIEUSES IMPORTANTES

Il est essentiel de comprendre et d'intégrer les pratiques et traditions culturelles et religieuses importantes de la communauté lorsque l'on cherche à co-créer des approches pour lutter contre la peste. À Madagascar, les rituels funéraires sont très importants. La base de données incomplète concernant la transmission de la peste par les pratiques funéraires (préparation du corps, inhumation, *famadihana* et réenterrement) indique que les recommandations actuelles sont limitées et invite à leur révision. En outre, il est nécessaire de négocier avec les communautés afin de co-créer des protocoles d'enterrement réalistes et culturellement acceptables, sur la base des preuves scientifiques qui permettent aux victimes de la peste d'accéder au statut d'ancêtres. Une discussion au niveau national avec les parties prenantes concernées et les représentants de différents groupes communautaires serait un moyen utile d'amorcer des discussions futures concernant les données probantes, l'applicabilité des recommandations et les possibilités d'adaptation. Si les recommandations d'enterrement sont réexaminées avec les communautés, entre des épidémies, cela peut contribuer à la préparation aux flambées épidémiques, en discutant de la préparation des corps, de l'inhumation initiale et des pratiques de *famadihana* qui sont acceptables pour la population.

Il est également important de veiller à ce que les recommandations puissent être adaptées aux besoins locaux spécifiques. Tout accord concernant les enterrements modifiés doit également tenir compte du fait que le processus de préparation du corps et d'enterrement est dirigé par les communautés locales. L'engagement avec les anciens des groupes familiaux dans chaque commune ainsi que les *fokontany*, *ombiasy*, chefs religieux, agents de santé communautaires et d'autres dirigeants fiables est nécessaire pour définir les pratiques funéraires au niveau local.

LACUNES AU NIVEAU DE LA RECHERCHE

Il existe plusieurs lacunes au niveau de la recherche qui devraient être comblées afin de permettre une meilleure compréhension des facteurs contextuels importants et des approches de l'engagement communautaire et de la communication mieux ciblées sur la peste à Madagascar :

Comportement en matière de recours aux soins de santé. Jusqu'à présent, l'enquête CAP réalisée sur le recours aux soins de santé concernant la peste à Madagascar a mis l'accent sur les intentions plutôt que sur les comportements réels. Les futures enquêtes CAP pourraient mettre en évidence les comportements réels en matière de recours aux soins de santé, y compris un examen du rôle essentiel des *ombiasy* et des sages-femmes traditionnelles, afin d'obtenir une description plus précise des pratiques en matière de recours aux soins de santé lors d'une flambée épidémique de peste.

Rôle des rites funéraires et d'enterrement dans la propagation de la peste. Une enquête épidémiologique supplémentaire est nécessaire afin de comprendre dans quelle mesure et de quelle manière les rituels funéraires malgaches contribuent à la propagation de la peste. Les questions de recherche pourraient inclure : La peste se propage-t-elle par contact étroit avec les personnes infectées qui assistent aux funérailles ? Se propage-t-elle par le contact avec le corps du défunt ou avec les puces et les terriers de rat pendant les rituels d'inhumation, y compris la préparation du corps et le réenterrement après le *famidahana* ? Combien de temps la peste survit-elle sur le défunt ou dans le sol ? Les mesures pour contenir la propagation de la peste devront être adaptées différemment en fonction de la voie d'infection. Il est donc essentiel de mener des recherches supplémentaires afin de mieux comprendre si et comment la peste se propage au cours de ces rituels importants.

REMERCIEMENTS

Cette note stratégique a été rédigée par Santiago Ripoll (IDS) et Eva Niederberger en collaboration avec Leslie Jones (Anthrologica) et éditée par Olivia Tulloch (Anthrologica). Nous tenons également à remercier les contributions apportées par Sitraka Rakotosamimanana (Institut Pasteur Madagascar), Chiarella Mattern (Institut Pasteur Madagascar), Amber Huff (Institute of Development Studies), Genese Sodikoff (Rutgers University), Ialijaona Voaharisitrakiniaina (FICR), Hoby Razakasoavina et Awa Ouattara Guedegbe (UNICEF). Elle a été révisée par Megan Schmidt-Sane et Tabitha Hrynich (IDS), Hery Zo Andriamahenina (MdM), Alphonse Philemon Tsaratoto (FICR), Ida Marie Ameda, Herisoa Razafindraibe et Luthecia Andrianarivo (UNICEF).

CONTACT

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à cette note stratégique, ou concernant des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail à Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com).

La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institute of Development Studies, Anthrologica et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Ces travaux ont été financés par le Bureau des Affaires étrangères et du Commonwealth et le Wellcome Trust sous le numéro de subvention 219169/Z/19/Z. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des donateurs, ni les opinions ou politiques de l'IDS, d'Anthrologica ou de la LSHTM.

RESTER EN CONTACT

 @SSHAP_Action  info@socialscience.org  www.socialscienceinaction.org  SSHAP newsletter

Référence suggérée : Ripoll, S., Niederberger, E. et Jones, L. (2022) Considérations Clés : Dynamiques comportementales, sociales et communautaires liées aux flambées épidémiques de peste à Madagascar, Social Science In Humanitarian Action (SSHAP) DOI :[10.19088/SSHAP.2022.007](https://doi.org/10.19088/SSHAP.2022.007)

Publication mars 2022

© Institute of Development Studies 2022



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

RÉFÉRENCES

1. WHO. (2021). *Plague*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/plague>
2. WHO. (2 octobre 2017). *Disease Outbreak News. Plague- Madagascar. 2 octobre 2017*. Disease Outbreak News. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/02-october-2017-plague-madagascar-en>
3. Andrianaivoarimanana, V., Piola, P., Wagner, D. M., Rakotomanana, F., Maheriniaina, V., Andrianalimanana, S., Chanteau, S., Rahalison, L., Ratsitorahina, M., & Rajerison, M. (2019). Trends of Human Plague, Madagascar, 1998-2016. *Emerging Infectious Diseases*, 25(2), 220–228. PubMed. <https://doi.org/10.3201/eid2502.171974>
4. Alderson, J., Quastel, M., Wilson, E., & Bellamy, D. (2020). Factors influencing the re-emergence of plague in Madagascar. *Emerging Topics in Life Sciences*, 4(4), 423–433. <https://doi.org/10.1042/ETLS20200334>
5. Randremanana, R., Andrianaivoarimanana, V., Nikolay, B., Ramasindrazana, B., Paireau, J., ten Bosch, Q. A., Rakotondramanga, J. M., Rahajandraibe, S., Rahelinirina, S., Rakotomanana, F., Rakotoarimanana, F. M., Randriamampionona, L. B., Razafimbina, V., De Dieu Randria, M. J., Raberahona, M., Mikaty, G., Le Guern, A.-S., Rakotonjanabelo, L. A., Ndiaye, C. F., ... Rajerison, M. (2019). Epidemiological characteristics of an urban plague epidemic in Madagascar, August–November, 2017: An outbreak report. *The Lancet Infectious Diseases*, 19(5), 537–545. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30730-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30730-8)
6. Andrianaivoarimanana, V., Kreppel, K., Elissa, N., Duplantier, J.-M., Carniel, E., Rajerison, M., & Jambou, R. (2013). Understanding the persistence of plague foci in Madagascar. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 7(11), e2382–e2382. PubMed. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002382>
7. Nguyen, V. K., Parra-Rojas, C., & Hernandez-Vargas, E. A. (2018). The 2017 plague outbreak in Madagascar: Data descriptions and epidemic modelling. *Epidemics*, 25, 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2018.05.001>
8. WHO. (2021). *Plague- Madagascar*. World Health Organisation (WHO). <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/plague---madagascar>
9. Duplantier, J.-M., Duchemin, J.-B., Chanteau, S., & Carniel, E. (2005). *From the recent lessons of the Malagasy foci towards a global understanding of the factors involved in plague reemergence. Volume 36, Number 3, May-June 2005, Emerging or re-emerging bacterial zoonoses*(Vet. Res.), 437–453. <https://doi.org/10.1051/vetres:2005007>
10. Rakotosamimanana, S., Rakotoarimanana, F. J., Raharimanga, V., Taglioni, F., Ramamonjisoa, J., Randremanana, R. V., Rajerison, M., & Rakotomanana, F. (2021). Influence of Sociospatial determinants on knowledge, attitudes and practices related to the plague in a population living in endemic areas in the central highlands, Madagascar. *BMC Public Health*, 21(1), 1102. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11101-3>
11. Handschumacher, P., Duplantier, J.-M., & Chanteau, S. (2000). La résurgence de la peste à Madagascar: Une maladie centenaire à l'épreuve de l'histoire et de l'écologie. *Espace Populations Sociétés*, 18(2), 195–208.
12. Rakotosamimanana, S. (2020). *La peste à Madagascar: Spatialisation, connaissances par la population et perception de l'accessibilité aux soins*. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-03120917v1>
13. Belmain, S. (2018). *A New Rat Control Strategy for Madagascar to Prevent Plague Outbreaks*. https://www.researchgate.net/publication/330987673_A_New_Rat_Control_Strategy_for_Madagascar_to_Prevent_Plague_Outbreaks

14. Jullien, S., Garner, P., & World Health Organization. (2021). *WHO guidelines for plague management: Revised recommendations for the use of rapid diagnostic tests, fluoroquinolones for case management and personal protective equipment for prevention of post-mortem transmission. Web Annex A: antibiotics for treating plague: A systematic review (executive summary): Background document for the WHO Plague Guidelines meeting, Madagascar, 20-21 September 2019.*
15. Lynteris, C., & Evans, N. H. (2017). *Histories of Post-Mortem Contagion: Infectious Corpses and Contested Burials.* Springer.
16. Rakotosamimanana, S. (11 décembre 2021). [Communication personnelle].
17. McGeorge, S. (1974). Imerina Famadihana as a secondary burial. *Archipel*, 7(1), 21–39.
18. Sodikoff, G. M., & Rasolonomenjanahary, Z. (2021). Ethnographic Images of the Plague: Outbreak and the Landscape of Memory in Madagascar. In *Plague Image and Imagination from Medieval to Modern Times* (pp. 267–288). Springer.
19. WHO Africa. (2017). *Plague Outbreak Madagascar. External Situation Report. 4th December 2017.* World Health Organisation. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259556/Ex-PlagueMadagascar04122017.pdf;jsessionid=D846F4C8E3309D3006AA88BA747E9AE9?sequence=1>
20. L'express de Madagascar. (2020). Prévention de la peste: Une loi sur l'enterrement et l'exhumation en vue. *Moov.* <https://www.moov.mg/actualites/nationale/detail/pr%C3%A9vention-de-la- peste-une-loi-sur-l%E2%80%99enterrement-et-l%E2%80%99exhumation-en-vue>
21. Marks, F., Rabehanta, N., Baker, S., Panzner, U., Park, S. E., Fobil, J. N., Meyer, C. G., & Rakotozandrindrainy, R. (2016). A Way Forward for Healthcare in Madagascar? *Clinical Infectious Diseases*, 62(suppl_1), S76–S79. <https://doi.org/10.1093/cid/civ758>
22. Sharp, M., & Kruse, I. (2011). *Health, Nutrition, and Population in Madagascar, 2000-09* (Issue 216). World Bank Publications.
23. Mattern, C. (2019). «J'ai peur quand je fais le docteur pour mes enfants»: L'automédication au cœur des pratiques de soins des jeunes enfants à Antananarivo, Madagascar. *Anthropologie & Santé. Revue Internationale Francophone d'anthropologie de La Santé*, 18.
24. Mattern, C. (22 octobre 2021). [Communication personnelle].
25. Sodikoff, G. M. (27 octobre 2021). [Communication personnelle].
26. Wellcome Trust. (2018). *Wellcome Global Monitor.* Wellcome Trust. <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>
27. Andrianantoandro, V. T., Pourette, D., Rakotomalala, O., Ramaroson, H. J. V., Ratovoson, R., & Rakotoarimanana, F. M. J. (2021). Factors influencing maternal healthcare seeking in a highland region of Madagascar: A mixed methods analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–13.
28. Voaharisitrakiniana, I. (22 novembre 2021). [Communication personnelle].
29. Lefèvre, G. (2014). Can External Interventions in the Field of Traditional Medicine Help Conserve Natural Resources and Enhance Ancestral Heritage? *Health, Culture and Society*, 7(1), 54–64.
30. Pierlovisi, C., & Pourchez, L. (2014). Traditional Medicine in Madagascar-Current Situation and the Institutional Context of Promotion. *Health, Culture and Society*, 7(1), 16–27.
31. Legrip-Randriambelo, O. (2018). Les errances thérapeutiques d'une enfant. Choix et déplacements familiaux liés aux soins d'une hydrocéphalie à Madagascar. *Anthropologie & Santé. Revue Internationale Francophone d'anthropologie de La Santé*, 17.
32. Didier, P. (2015). *Médecine traditionnelle et «médecine intégrative» à Madagascar: Entre décisions internationales et applications locales.*
33. Mattern, C., Ramaroson, H. J. V., & Chevallier, E. (2019). Reconfigurer la relation soignant/soigné en contexte d'urgence. *Education, Santé, Société*, 5 n° 2, 165–184.
34. UNICEF, & MSANP. (2019). *Rapid Assessment.*
35. Médecins du Monde. (2019). *Rapport de synthèse de la revue bibliographique sur la peste à Madagascar en vue de l'actualisation des messages de sensibilisation.*
36. Heitzinger, K., Impouma, B., Farham, B. L., Hamblion, E. L., Lukoya, C., Machingaidze, C., Rakotonjanabelo, L. A., Yao, M., Diallo, B., Djingarey, M. H., Nsenga, N., Ndiaye, C. F., & Fall, I. S. (2018). Using evidence to inform response to the 2017 plague outbreak in Madagascar: A view from the WHO African Regional Office. *Epidemiology and Infection*, 1–5. PubMed. <https://doi.org/10.1017/S0950268818001875>
37. Rajerison, M., Melocco, M., Andrianaivoarimanana, V., Rahajandraibe, S., Rakotoarimanana, F., Spiegel, A., Ratsitorahina, M., & Baril, L. (2020). Performance of plague rapid diagnostic test compared to bacteriology: A retrospective analysis of the data collected in Madagascar. *BMC Infectious Diseases*, 20(1), 90. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4812-7>
38. Sodikoff, G. M. (2019). Zoonotic Semiotics: Plague Narratives and Vanishing Signs in Madagascar. *Medical Anthropology Quarterly*, 33(1), 42–59. <https://doi.org/10.1111/maq.12487>
39. Mattern, C., Chavellier, E., Ramaroson, H. J. V., Rakotosamimanana, S., Rakotomanana, E., Ratiahavana, M. P., & Andriamanana, M. (2019). *Études qualitatives sur la peste suite à l'épidémie 2017.* Institut Pasteur de Madagascar, Unité d'Epidémiologie et de Recherche Clinique.
40. Rakotonanahary, R. J. L., Andriambolamanana, H., Razafinjato, B., Raza-Fanomezanjanahary, E. M., Ramanandraitsiory, V., Ralaivavikoa, F., Tsirinomen'ny Aina, A., Rahajatia, L., Rakotonirina, L., Haruna, J., Cordier, L. F., Murray, M. B., Cowley, G., Jordan, D., Krasnow, M. A., Wright, P. C., Gillespie, T. R., Docherty, M., Loyd, T., ... Bonds, M. H. (2021). Integrating Health Systems and Science to Respond to COVID-19 in a Model District of Rural Madagascar. *Frontiers in Public Health*, 9, 847. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.654299>
41. Action Contre la Faim. (2017). *Diagnostic des besoins d'accompagnement psychosocial dans l'approche communautaire.*
42. Marzotto, M. (2019, March 12). *We won't achieve zero Ebola cases in Congo until we get language right.* The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/opinion/2019/12/03/ebola-epidemic-Congo-language-communication>
43. Graeber, David. (2007). *Lost people: Magic and the legacy of slavery in Madagascar.* Indiana University Press; /z-wcorg/.
44. Ramaroson, H. J. V., & Pourette, D. (2018). *Perception des vaccinations de routine et de masse par les mères. Cas du fokontany de Namahora, région Menabe.*
45. Esoavelomandroso, F. (1981). *Résistance à la médecine en situation coloniale: La peste à Madagascar.* 36(2), 168–190.
46. Poleykett, B. (2018). Ethnohistory and the Dead: Cultures of Colonial Epidemiology. *Medical Anthropology*, 37(6), 472–485. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1453507>
47. Huff, A. (29 septembre 2021). [Communication personnelle].
48. Razakasoavina, H. (29 novembre 2021). [Communication personnelle].
49. Gingembre, M. (2018). *Being heard: Local people in negotiations over large-scale land deals: A case study from Madagascar.*
50. Bidou, J.-É., Droy, I., & Fauroux, E. (2008). Communes et régions à Madagascar. *Mondes En Développement*, 1, 29–46.

51. Tsarafiavia, A. N. (2018). *Les problèmes difficilement surmontables de la décentralisation dans la commune rurale de Bemasoandro, District D'Antananarivo* [Masters Thesis]. Université d'Antananarivo.
52. JSI. (2020). *Madagascar Technical Brief – Effective Community Response Reduces the Impact of the Plague Epidemic in Communities of Rural Madagascar*. https://publications.jsi.com/JSIInternet/Inc/Common/_download_pub.cfm?id=23782&lid=3

