



HAL
open science

Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique : recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar

C. Mattern, Dolorès Pourette

► To cite this version:

C. Mattern, Dolorès Pourette. Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique : recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar. Gaimard, M. (ed.); Gateau, M. (ed.); Ribeyre, F. (ed.). Vulnérabilités et territoires, Kairos, pp.197-214, 2018, Questions Humaines, 979-10-927264-0-4. hal-02372752

HAL Id: hal-02372752

<https://hal.science/hal-02372752>

Submitted on 21 Nov 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.

Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique. Recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar*

Chiarella MATTERN (IPM, UCL)

Dolorès POURETTE (IRD, CEPED, UCM)

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, Madagascar est traversé par des crises politiques récurrentes qui fragilisent les populations et le système de santé publique (Fremigacci, 2014). Au sortir de la dernière crise politique (2008-2013), 72 % de ses 22 millions d'habitants vivait sous le seuil de pauvreté national, situant Madagascar au 154^{ème} rang sur 188 en termes d'indice de développement humain¹. Ces années d'impasse politique ont mené notamment à la fragilisation du système de santé : détérioration du réseau routier, insuffisance ou absence des ressources humaines au sein des formations sanitaires, vétusté des infrastructures et équipement sanitaires aggravée par les carences dans leur gestion et leur maintenance, mauvaise qualité de l'accueil, non-disponibilité des intrants nécessaires (Ministère de la santé Publique de Madagascar, 2015). Parallèlement à cela, la part des ménages dans les sources de financement de la santé a doublé depuis 2003, tandis que celle de l'Etat a chuté (de 15,3% en 2011 à 7,5% en 2014). Au même moment le pouvoir d'achat des ménages a connu une nette diminution. Les ménages se retrouvent donc face à des coûts en santé plus élevés, pour des soins de moins bonne qualité. Entre autres conséquences, le taux de consultations externes des formations sanitaires a reculé (de 37,6 % en 2008 à 28 % en 2015) (Ministère de la santé Publique de Madagascar, 2015).

Face à la fragilité du système de santé officiel, les populations développent des stratégies alternatives à cette offre de soins, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les cheminements de recherche de soins sont caractérisés par un grand pragmatisme : recherche de soins efficaces, accessibles et à moindres coûts. Certaines de ces pratiques s'inscrivent dans un continuum avec les traditions ancestrales de soins. D'autres trouvent leur source dans les mouvements de mondialisation, qui ont bouleversé Madagascar dans les années 1980 à l'instar du reste de la planète et qui ont notamment rendu les médicaments pharmaceutiques accessibles au plus grand nombre.

Cet article propose d'analyser deux voies de prise en charge de la santé par les populations face au délitement du système de santé publique et dans un contexte de grande pauvreté. Bien que prenant place dans un contexte géographique différent (rural et urbain) et face à des événements en santé différents (prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, et recours médicamenteux en cas de maladie), ces deux voies se caractérisent par un renoncement aux soins, entendu au sens où il y a un contournement du recours à un soignant

* Pour citer ce texte : Mattern C. & Pourette D., 2018, « Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique. Recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar », in : Gaimard M., Gateau M., Ribeyre F., *Vulnérabilités et Territoires*, Nancy, Kairos, pp. 197-214.

¹ <http://www.mg.undp.org/content/madagascar/fr/home/countryinfo.html>

issus du domaine biomédical². Les populations enquêtées ici sont pour la plupart en proie à une grande vulnérabilité sociale et économique. Elles sont particulièrement exposées à des risques qui se déploient selon différentes dimensions. Bien qu'il soit communément admis qu'en milieu urbain l'offre thérapeutique est plurielle et diversifiée, nous verrons que les sujets interrogés, issus à la fois de la catégorie socio-économique « pauvre » et de la classe « moyenne » se heurtent aux nombreuses défaillances du système de santé et développent des stratégies de contournement du système de soins publics pour faire face à des problèmes de santé. Les populations des bas quartiers d'Antananarivo sont vulnérables du fait de la densité de la population qui y règne, l'exposition aux maladies liées à l'environnement (conditions de vie précaire, eaux insalubres), l'exclusion économique dont elles sont sujettes. Le recours aux soins reste soumis à des impératifs financiers. Concernant les sujets issus de la classe moyenne dont le parcours est moins entravé par ces impératifs financiers, ils se confrontent aux problèmes structurels du système de santé, notamment les ruptures en approvisionnement de médicaments. L'enclavement des populations rurales, représentant 80% de la population malgache, les maintient à distance des offres de santé. Outre les aspects économiques et structurels (éloignement géographique, insuffisance des moyens sanitaires), le manque de confiance envers les soignants, la peur d'avoir à parcourir de grandes distances et de ne pas être pris en charge, la honte liée à la pauvreté et la distance sociale avec les soignants constituent également des facteurs de vulnérabilité (Mestre, 2014).

Le présent article vise à décrire le renoncement aux soins face à deux événements en santé différents et dans des aires géographiques distinctes. Dans un cas comme dans l'autre, ces conduites spécifiques de contournement des recommandations thérapeutiques biomédicales associent divers motifs : il y a d'une part les obstacles financiers pour les sujets vulnérables, les pratiques renvoient alors à la notion de renoncement-barrière (Després et Irdes, 2011). D'autre part, l'offre de santé fait l'objet de nombreuses incertitudes et d'une méfiance importante, induisant la notion de renoncement-refus. Celle-ci traduit à la fois l'inadéquation de l'offre en santé pour les populations interrogées, et la volonté d'autonomisation des sujets à l'égard de cette offre.

Après un bref rappel méthodologique des zones géographiques où se sont déroulées les deux enquêtes anthropologiques ici concernées, nous analyserons tout d'abord les pratiques de renoncement aux soins, à la lumière du recours au marché informel du médicament à Antananarivo. Nous verrons que l'automédication est au cœur des processus thérapeutiques, Dans un second temps, nous nous plongerons dans un contexte rural pour analyser les motifs de renoncement mobilisés par les sujets interrogés, pour expliquer le non-recours aux soignants biomédicaux dans le cadre de la prise en charge de la grossesse et l'accouchement.

METHODOLOGIE

Cet article se base sur des données récoltées durant des enquêtes anthropologiques menées à Madagascar, en milieu urbain (Antananarivo) et en milieu rural (Centre-Est et Côte Est), entre 2012 et 2015. Les deux études ont bénéficié de l'accord du Comité National d'Ethique du Ministère de la santé publique malgache.

² Le terme « biomédical » est largement utilisé dans le champ de l'anthropologie de la santé pour faire référence à ce qu'on nommait auparavant la médecine moderne occidentale, en opposition avec les différentes formes de médecine traditionnelle.

Milieu urbain : enquête auprès des ménages de la capitale

Les données sont issues d'un corpus de 23 entretiens semi-directifs réalisés avec des mères et des pères de familles résidant à Antananarivo, entre avril et août 2015. Douze entretiens ont été réalisés avec des ménages définis comme « pauvres »³ et onze avec familles issues de la classe moyenne malgaches. Les thématiques abordées durant ces entretiens portaient principalement sur les épisodes de maladies vécus par les familles et les recours aux soins qui en ont découlé. Les personnes interviewées étaient âgées entre 25 et 53 ans. Le niveau le plus élevé de scolarité parmi les ménages précarisés est la 7^{ème}⁴, le plus bas étant « aucune scolarité ». L'ensemble des individus interrogés parmi les ménages précaires menaient des activités journalières informelles : lavandières pour une majorité des femmes et porteurs pour les hommes. Ces ménages résident dans les « bas quartiers »⁵ situés au nord-ouest de la ville. Secteurs d'anciens marécages, ces quartiers sont fréquemment inondés durant la saison des pluies qui s'étend de novembre à mars. Ces quartiers sont parmi les plus pauvres de la capitale, si l'on s'appuie sur des indicateurs démographiques et socioéconomiques : faible revenu par personne, faible accès à l'eau courante, grande densité de population, faible niveau de scolarité, taux élevé d'emplois informels (Razafindrakoto, Roubaud et Wachsberger, 2013 ; Turcotte, 2006 ; Wachsberger, 2006). Les entretiens ont été menés avec une interprète au domicile des ménages. L'accès aux ménages a été facilité par une ONG œuvrant dans ces quartiers.

Une majorité des personnes interviewées pour la seconde catégorie socioprofessionnelle dispose d'un diplôme du supérieur. Ils disposent d'emplois à contrats à durée indéterminée par le biais desquels ils bénéficient pour la plupart d'une couverture en santé (remboursement des frais de consultations et médicaments). Les ménages issus de la classe moyenne ont été identifiés dans l'entourage du chercheur puis par effet « boule de neige ». Les entretiens ont majoritairement été menés en français, sans interprète et sur le lieu de travail des personnes interviewées.

Espaces ruraux : enquêtes dans les régions Alaotra-Mangoro et Vatovavy-Fitovinany

Les données récoltées en milieu rural ont été recueillies dans le cadre du programme de recherche « Risques et enjeux sociaux de la reproduction à Madagascar », financé par l'Institut de Recherche pour le Développement et l'Institut Pasteur de Madagascar et mené en collaboration avec l'Université Catholique de Madagascar. Ce programme de recherche visait à comprendre les modalités de recours aux soins biomédicaux et traditionnels pour le suivi de la grossesse et la prise en charge de l'accouchement. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés dans plusieurs communes rurales situées dans les régions Alaotra-Mangoro et Vatovavy-Fitovinany entre novembre 2012 et juin 2013, avec 52 femmes enceintes ou ayant un enfant de moins de 5 ans, 22 hommes ayant au moins un enfant, 12 *reninjaza*⁶ et 14

³ Cette catégorie de « pauvre » se fonde sur la description de « quartiers pauvres » établie par Wachsberger (2006). Dans la suite de ce texte, nous désignerons par ce terme les ménages issus des 25 % de quartiers qui ont les revenus moyens par unité de consommation les plus bas. A Madagascar, cette classe socio-économique pauvre résidant en milieu rural majoritairement représente une majorité écrasante de la population. La catégorie « moyenne » a quant elle été identifiée sur base du niveau des diplômes (de type supérieur) et des emplois occupés par les enquêtés. Enfin, pour des raisons méthodologiques liées à l'accès difficile aux classes aisées, nous avons volontairement choisi de ne pas interroger d'individus relevant de cette catégorie socio-économique.

⁴ CM2 soit la dernière année du niveau primaire.

⁵ Terme communément utilisé par les malgaches pour faire références aux quartiers pauvres, s'opposant aux quartiers riches de la Haute Ville.

⁶ *Reninjaza* (littéralement « mère de l'enfant ») est le terme malgache désignant la « matrone » ou, dans sa dénomination institutionnelle, l'« accoucheuse traditionnelle ».

professionnels de santé (sages-femmes, infirmières, médecins). Les entretiens ont été menés au domicile des enquêtés pour la plupart, dans une structure sanitaire, ou sur leur lieu de travail s'agissant des professionnels de santé.

LE RECOURS AU MARCHÉ INFORMEL DU MÉDICAMENT

L'émergence et la pérennisation du marché informel malgache : une demande populaire

Le médicament occupe aujourd'hui une place centrale dans les pratiques de soins, nous assistons à une véritable pharmaceuticalisation des sociétés du Sud désignant un phénomène de diffusion et de profusion des médicaments échappant en partie au contrôle médical (Baxerres et Simon, 2013 ; Desclaux et Egrot, 2015a ; Desclaux et Lévy, 2003). Au même titre que certains pays d'Afrique de l'Ouest, Madagascar a vu émerger dans les années 1980 un marché informel du médicament⁷ aujourd'hui florissant. Né dans des contextes semblables de précarisation des populations, de déliquescence d'un Etat offrant peu ou pas de système d'assurance aux population (Mestre, 2014) et avec un système officiel de distribution de médicaments comportant de nombreux dysfonctionnements, le recours aux médicaments du marché informel est à plusieurs égards une solution attractive pour les populations du Sud (Baxerres et Simon, 2013 ; Fassin, 1985 ; Pale et Ladner, 2006). A Antananarivo comme dans l'ensemble du pays, il s'y déploie en une variété de formes : boutiques spécialisées dans la vente informelle, vente de médicaments en épicerie ou sur les étals dans les marchés. Il est fréquenté par une pluralité de personnes, appartenant à toutes catégories socioéconomiques.

Une gestion domestique des maladies : les médicaments au cœur des parcours thérapeutiques

Le médicament pharmaceutique occupe une place de choix tout au long des cheminements thérapeutiques⁸ des ménages de la capitale. Dans un premier temps, quel que soit le niveau de richesse du ménage, les familles gèrent les épisodes de maladie de façon domestique⁹ à travers l'automédication¹⁰. Cela est d'autant plus vrai si les maux sont reconnus et considérés comme simples à traiter. Les produits de l'automédication sont divers : médicaments pharmaceutiques industriels via les circuits formels et informels, remèdes traditionnels et traditionnels améliorés (RTA).

Un recours quotidien aux médicaments du « tsena kely » (épicerie) pour les ménages précarisés

Pour les ménages des bas quartiers, le premier recours en cas de maladie est l'achat de médicaments pharmaceutiques en épicerie. On y trouve une dizaine de références (antipyrétiques, anti-inflammatoires et antibiotiques) correspondant aux maladies dites « du quotidien » : maux de ventre, maladies diarrhéiques, maux de dents, maux de tête, maladies respiratoires (toux) et rhume. Ces médicaments sont vendus au comprimé, on les retrouve dans une majorité des petites et grandes épiceries de la capitale. Les prix sont homogènes

⁷ Cette formulation est généralement choisie en anthropologie pour désigner les pratiques de vente et d'achat de médicaments qui se déroulent hors du cadre informel imposé par l'Etat et par le système de santé biomédical qui prévaut dans un pays (Baxerres, 2015).

⁸ Raymond Massé définit l'analyse des « cheminements thérapeutiques » comme étant l'étude des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en anthropologie de la maladie (Massé, 2009).

⁹ On entend par là, sans recours à un soignant pour poser un diagnostic.

¹⁰ Le terme « automédication » est défini par Van Der Geest comme étant « a process whereby a lay person can function effectively on his or her own behalf in health promotion and decision-making, in disease prevention, detection and treatment » (1987).

d'une épicerie à l'autre, il y est plus élevé qu'en pharmacie¹¹. Les médicaments y sont vendus dans la majorité des cas sans dispensation de conseils de la part des épiciers. Une majorité des personnes interrogées reconnaît que la qualité des médicaments en épicerie est moindre en terme de guérison permanente de la maladie, au regard des médicaments de pharmacie. Selon les usagers, l'amointrissement de la qualité est dû aux conditions de stockage des médicaments et au non-respect des dates de péremption. Plusieurs techniques sont alors mises au point pour contourner ces problèmes : évitement des médicaments du « *tsena kely* » pour les enfants, vérification de la date de péremption, achat uniquement pour les maux considérés comme simples à guérir.

Pour expliquer le recours à ce circuit, les ménages évoquent la proximité sociale avec les vendeurs, la honte de s'adresser aux agents de comptoirs dans les officines pharmaceutiques, ainsi que l'accessibilité géographique pour des ménages qui ont globalement une très faible mobilité très en dehors de leur quartier (Wachsberger, 2006). Par ailleurs, ce modèle d'achat « au détail » correspond au modèle de dépenses quotidien de ces ménages. En effet, même si les médicaments sont moins chers en pharmacie, ils y sont vendus à la tablette ou à la boîte, ce qui présente une dépense trop importante. A l'instar de ce que montre Blanc-Pamard, la miniaturisation des unités de mesures de capacités dans le commerce est une des adaptations économiques à un contexte de crise et reflète la précarité des ressources des ménages (1998).

« Le truc c'est que même s'il n'y a pas d'argent, on peut acheter [un comprimé] à 150 ariary, ça rentre dans les comptes comme si on achetait le riz tous les jours. Mais à la pharmacie quelque fois c'est trois mille ariary et l'argent rassemblé est dépensé d'un coup » (Lalaïna, 34 ans, lavandière, mère célibataire de 8 enfants).

Les pères et les mères rencontrés ont dans l'ensemble l'impression d'avoir une bonne connaissance de l'association pathologie/traitement, de la posologie ainsi que de la durée nécessaire du traitement. La posologie est adaptée principalement en fonction de l'âge de la personne malade : si par exemple un adulte s'est vu prescrire un comprimé entier lors d'une précédente consultation médicale, un demi comprimé sera donné à l'enfant souffrant des mêmes maux.

« Comment vous saviez qu'il fallait prendre trois comprimés ? » « C'est moi qui ai choisi d'en prendre trois, à l'épicerie, j'ai vu un enfant en prendre un et demi donc moi, comme je suis un adulte, je dois en prendre trois normalement » (Hery, 32 ans, porteur, père de 3 enfants).

Le choix du médicament à prendre dépend entre autres de la saisonnalité des maladies. La lecture des épisodes de maladies se fait donc en tenant compte de l'environnement. Notre enquête dans les bas quartiers concordait avec la fin d'une saison des pluies particulièrement violente en termes de pluviométrie. Les inondations ont charrié nombre de déchets dans ces quartiers, où eaux stagnantes et moustiques proliféraient. Les individus y ont vu l'origine de maladies diarrhéiques (consommation et exposition aux eaux usées) et de maladies respiratoires (humidité et toux/rhumes). Ces quartiers sont en effet à risque sanitaire élevé quant à la transmission de maladies infectieuses liées à la promiscuité, aux zones malsaines par suite d'inondations et/ou par déficit en services urbains primaires (Randremana, Migliani, Rakotomanga et al., 2001).

Les connaissances concernant les causalités des maladies et les traitements proviennent principalement de deux sources : l'entourage et les consultations auprès d'un soignant lors d'un épisode passé de maladie similaire. Les pratiques d'autoconsommation des médicaments s'inscrivent donc soit dans une automédication prescrite (quand le malade se base sur un

¹¹ Par exemple, un comprimé de paracétamol coûte 30 ariary en pharmacie, 50 en épicerie.

épisode pathologique passé et réutilise la prescription au moment de la réapparition de symptômes similaires), soit dans une automédication conseillée (quand l'entourage oriente le choix thérapeutique). En ce sens, le processus d'automédication n'implique pas uniquement que le malade lui-même mais l'ensemble du ménage (Van der Geest, 1987).

Pour les familles de classe moyenne, recours ponctuels aux médicaments informels

En cas de maladie, les ménages de la classe moyenne recourent plutôt aux produits de leur pharmacie domestique, ou de l'officine pharmaceutique.

« Pour le premier enfant, je consultait régulièrement le médecin. Il prescrivait d'une fois à l'autre les mêmes médicaments, à titre répétitif. J'ai donc commencé à comprendre : quand il s'agit de telle maladie, on prend tel médicament. Et avec le deuxième enfant, j'ai tout de suite commencé l'automédication. A partir de ce moment-là on commence à connaître qu'on ne doit pas recourir à un médecin, qu'on peut le faire nous-même. Et aussi nos parents savent des choses. Ils savent comment faire quand les enfants sont malades, ils nous donnent des conseils » (Mbola, 40 ans, informaticienne, 2 enfants).

Ce n'est que plus ponctuellement qu'ils ont recours aux médicaments issus du marché informel et très rarement à ceux des « *tsena kely* ». Si la constitution d'une pharmacie domestique est rare parmi les ménages des bas quartiers, elle fréquente parmi les ménages des classes moyennes. Ce phénomène d'absence d'accumulation par les ménages pauvres s'explique par le fait qu'ils achètent leurs médicaments au comprimé en fonction des besoins immédiats. Les classes moyennes ont davantage recours aux pharmacies ou aux dépôts de cliniques privées qui dispensent les médicaments à la plaquette voire à la boîte, ce qui leur permet de constituer une pharmacie avec les médicaments restants. Par ailleurs, les familles de classe moyenne rencontrées disposent pour la plupart d'une couverture santé : en cas de maladie, elles bénéficient de consultations et médicaments gratuits. Elles gardent dans leur pharmacie domestique le restant des médicaments reçus, une fois que l'amélioration de l'état général est constatée.

Les entretiens avec les classes moyennes démontrent une grande méfiance à l'égard des médicaments en provenance du marché informel principalement justifiée par la peur d'y voir circuler des « faux médicaments » définis par les interviewés comme des médicaments contrefaits, falsifiés. Cependant, l'indisponibilité de certains médicaments en rupture d'approvisionnement au sein des circuits officiels ou le prix élevé des médicaments pour certaines maladies chroniques (impliquant une prise sur le long terme voire à vie) ont conduit ces individus à recourir au moins une fois aux boutiques de vente informelle pour eux ou pour un membre de la famille. C'est principalement à Ambohipo, la plaque tournante de la distribution informelle de médicaments que se réfèrent les individus en quête de ces médicaments (Mattern, 2015). C'est donc surtout dans une démarche ponctuelle et par défaut que ces ménages recourent au marché informel en réponse aux dysfonctionnements du secteur formel (Baxerres, 2011). Un filtre est mis en place pour se protéger contre les menaces que présentent ces médicaments : la vérification systématique de la date de péremption.

Un « non-recours » (Rode, 2010) aux soignants issus du secteur public

A Antananarivo, une défiance généralisée du système de santé public a été notée. Le secteur public n'est pas un recours de choix pour les personnes interrogées, tant au niveau du réseau des centres de santé de base (CSB1 et CSB2) qu'au niveau hospitalier. Une majorité des personnes interviewées déplorent un mauvais accueil au sein des structures sanitaires publiques, couplé à une mauvaise qualité des soins qui y sont dispensés. Le long temps d'attente qui caractérise le recours au secteur public de soins a également été souligné. Pour

les classes moyennes, ces structures revêtent une image négative, associée à la pauvreté. Pour les ménages pauvres, les ruptures fréquentes en approvisionnement des pharmacies des CSB présentent un obstacle important à la consultation de ces centres, car cela implique un achat des médicaments en officines pharmaceutiques, où le prix des médicaments est plus élevé. La variabilité des prix décourage les ménages qui préfèrent alors se référer aux « médecins libres »¹², qui constituent des recours connus et familiers. Ces médecins disposent pour la plupart de médicaments au sein de leur cabinet et le prix de la consultation peut varier en fonction du revenu des patients. Le recours à ces médecins répond globalement à la volonté d'une plus grande personnalisation de la relation de soin. La consultation de ces médecins présente donc de nombreux avantages.

Le médicament informel entre méfiance et omniprésence

Le marché informel du médicament répond à une demande populaire à plusieurs égards : en termes de modalités de vente, d'impératifs géographiques (proximité des points de vente), d'inaccessibilité économique et indisponibilité de certains médicaments de pharmacie en raison de ruptures d'approvisionnement, tout en permettant au malade de se détacher de la relation de soins qui lui est coûteuse (Van der Geest, 1988). Comme en témoignent les nombreux blisters vides accumulés autour des habitations dans les bas quartiers, le médicament est un objet thérapeutique omniprésent (Desclaux et Egrot, 2015b). Dans un contexte de grande vulnérabilité, l'offre informelle de médicaments calquée sur les modalités quotidiennes des autres dépenses (achat en petite quantité) est l'unique possibilité de prise en charge de la santé.

Si le recours au marché informel du médicament présente de nombreux avantages, il apparaît également comme une menace pour certains ménages. Selon une majorité d'individus interrogés, la qualité des produits n'est pas garantie. De plus, outre les incertitudes liées à l'informalité de la distribution pharmaceutique, la consommation de médicaments « hors prescription », pouvant faire craindre une surconsommation, fait l'objet de précautions : arrêt du médicament dès qu'il y a constat de l'amélioration de l'état de santé, vérification de la date de péremption, évitement de l'automédication de médicaments issus de l'informel pour les enfants.

Les connaissances ayant trait aux maladies du quotidien relèvent d'une lecture biomédicale de la santé : un déséquilibre entre l'individu et son environnement physique entraîne une maladie, qui sera soignée principalement par des médicaments pharmaceutiques¹³. La biomédecine est considérée comme opérante dans la gestion de ces épisodes de maladies. Les déséquilibres peuvent être par exemple : l'alimentation non indiquée d'une mère allaitante entraînant la diarrhée du nourrisson, un repas trop gras et à base de légumineuse entraînant des maux de ventre, l'exposition à l'humidité lors de la saison des pluies entraînant la toux. Les maladies relèvent du registre naturel (Franckel, 2004), à l'opposé de ce que nous avons pu analyser dans les zones rurales, notamment autour de la notion de fièvre où les registres d'explication invoqués relèvent davantage du surnaturel (Mattern, Pourette, Raboanary et al., 2016).

¹² Terme communément utilisé par les malgaches pour désigner des médecins libéraux exerçant en dehors du secteur public.

¹³ Et éventuellement en complément des remèdes traditionnels.

LE RECOURS AUX *RENINJAZA* EN MILIEU RURAL

Madagascar se caractérise par un fort taux de mortalité maternelle (478 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012) et par un taux d'accouchement à domicile sans personnel qualifié de près de 60 % (80 % dans la région Vatovavy Fitovinany) (Institut National de la Statistique, 2013). La diminution de la mortalité maternelle fait partie des priorités de l'Etat. Elle passe notamment par une politique nationale préconisant la réalisation d'au moins quatre visites prénatales pour toutes les femmes enceintes¹⁴, et leur accouchement dans des structures sanitaires, suivant ainsi les recommandations de l'OMS. Cependant, les réalités sont très éloignées de ces préconisations et l'état actuel du système de santé ne permet pas leur mise en œuvre. En outre, contrairement à ce qu'on observe dans d'autres pays (Hancart-Petit, 2011), les autorités sanitaires malgaches manifestent un déni des *reninjaza* comme actrices importantes de la prise en charge de la naissance et s'opposent à leur incorporation dans les politiques nationales (Pourette, à paraître). Elles jouent cependant un rôle incontournable tout au long du processus de la reproduction, surtout dans les espaces ruraux. Dans ce contexte, il s'agit de comprendre comment s'articulent les recours biomédicaux, proposés par le système de santé public, et les recours traditionnels. Comment s'organisent-ils ? Quelle est la place et la signification de ces différents recours dans un même itinéraire reproductif ?

L'analyse des entretiens montre que les recours biomédicaux et les recours traditionnels sont perçus, par les femmes, les hommes, les *reninjaza* et par certains professionnels de santé comme complémentaires. Au cours d'un même itinéraire, ils interviennent à des moments distincts, pour répondre à des enjeux particuliers.

Au cours de la grossesse : la *reninjaza* comme premier recours

La *reninjaza* ou « matrone » est une femme (plus rarement un homme), reconnue localement pour ses compétences dans l'accompagnement des femmes enceintes et la prise en charge de la naissance, mais non reconnue par les autorités malgaches (Pourette, à paraître ; Quashie, Pourette, Rakotomalala et al., 2014). La *reninjaza* n'a pas de formation médicale, elle détient ses savoirs et savoir-faire d'une transmission familiale et de son expérience personnelle. C'est souvent la première personne informée de la grossesse d'une femme, avant même le conjoint ou le partenaire. Elle est en effet sollicitée tout au long du processus de la reproduction, de la conception aux jours suivant la naissance. En amont de la grossesse, on la consulte pour favoriser la survenue d'une grossesse. Dès les premiers signes d'une possible grossesse, on la consulte pour confirmer celle-ci ou l'infirmer. Si la femme perçoit certains signes lui faisant penser qu'elle peut être enceinte (arrêt des règles, nausées), elle doit s'assurer que ces symptômes ne sont pas ceux d'une maladie et que, si la grossesse est confirmée, elle attend bien un enfant et pas « autre chose »¹⁵. Le rôle de la *reninjaza* est alors primordial, dans un contexte où les femmes ne doivent pas parler de leur grossesse à leur entourage avant que celle-ci ne soit visible (à l'exception du partenaire et éventuellement d'une femme proche – mère ou sœur) (Ravololomanga, 1992). Dans les tout premiers mois de la grossesse, la femme se trouve dans une situation liminale : elle n'est pas encore enceinte, elle n'est pas sûre de ce qui se développe en elle, elle n'en parle pas (afin notamment de ne pas attirer la jalousie). La visite chez une *reninjaza* est alors de première importance afin de confirmer la grossesse et d'écarter tout risque, en pratiquant notamment des rituels de protection. Ce n'est qu'à partir des premiers mouvements du fœtus que la femme se considère comme étant enceinte et qu'elle pourra en parler discrètement à ses proches.

¹⁴ En 2017, les préconisations doublent le nombre de visites prénatales recommandées !

¹⁵ Cette « autre chose », appelée *biby* (animal), désigne le fœtus qui n'a pas forme humaine, et que les femmes peuvent observer lors des fausses-couches.

La *reninjaza* délivre des conseils alimentaires à la femme dont la grossesse est confirmée. Elle l'incitera également à se rendre au centre de santé afin d'effectuer au moins une visite prénatale à partir du quatrième ou du cinquième mois de la grossesse. Tout au long de celle-ci, la *reninjaza* est régulièrement sollicitée pour soulager les douleurs (dos, ventre) ou la fatigue par des massages et parfois des *tambavy* (remèdes, tisanes)¹⁶, pour obtenir des rituels pour la protection de la femme enceinte et du bébé, et pour rassurer la femme sur le bon déroulement de la grossesse.

Un recours complémentaire mais non systématique : la visite prénatale

Parallèlement au suivi chez la *reninjaza*, se met en place le recours à une structure de santé afin d'effectuer une ou plusieurs consultations prénatales (CPN) au cours de la grossesse. Ce recours n'est pas systématique. Sur les 52 femmes enquêtées, 5 n'ont fait aucune visite prénatale dans un centre de santé. La quasi-totalité des femmes enquêtées connaissent l'existence des CPN et savent qu'elles sont destinées aux femmes enceintes, mais elles ne connaissent pas précisément leur utilité, ni la nature des soins et des médicaments délivrés au cours de ces visites, même pour les femmes qui ont déjà effectué ce type de suivi. Les raisons pour lesquelles les femmes recourent à ce suivi sont de trois ordres. En premier lieu, certaines femmes s'y sentent contraintes car la *reninjaza* qui les suit leur demande d'effectuer au moins une CPN, précisant parfois que, dans le cas contraire, elle refuserait de les aider à accoucher. En second lieu, les femmes s'y soumettent en raison du poids de la norme sociale et de l'influence des femmes de l'entourage (« *j'y vais car toutes les femmes enceintes y vont* »), la CPN étant perçue comme une norme, voire une obligation sociale (« *il faut aller chez le médecin à partir de 4 mois* »). Enfin, les femmes effectuent au moins une visite prénatale dans un centre de santé pour être assurées d'être prises en charge médicalement en cas de complications pendant l'accouchement. Elles pensent en effet qu'aucun centre de santé n'accepte de délivrer des soins lors de complications d'accouchement à une femme qui n'aurait effectué aucune CPN.

Si la majorité des femmes effectuent quelques visites prénatales dans une structure sanitaire au cours de la grossesse, le suivi par la *reninjaza* se poursuit. Il arrive même que la sage-femme, l'infirmière ou le médecin vu lors d'une CPN conseille à la femme de consulter une *reninjaza* afin qu'elle prodigue certains massages dont elle a la maîtrise pour modifier la position du fœtus en vue de l'accouchement. Du côté des professionnels, il y a donc parfois une reconnaissance du savoir-faire des *reninjaza* et de la complémentarité des soins biomédicaux et de certaines pratiques traditionnelles, mais cette reconnaissance est exclusivement tacite.

Accoucher seule ou avec une *reninjaza*

Sur les 49 femmes enquêtées ayant déjà accouché, 31 ont accouché chez elles, avec l'aide d'une *reninjaza* (11 femmes sur 12 dans la région Vatovavy Fitovinany et 20 femmes sur 37 dans la région Alaotra-Mangoro). Les autres femmes ont accouché à domicile seules (2 femmes) ou avec une sage-femme (3 femmes), ou dans une structure de santé (13 femmes).

Plusieurs raisons permettent de comprendre pourquoi la majorité des femmes accouchent à domicile avec une *reninjaza* : sa proximité sociale – voire familiale – et géographique, sa disponibilité (notamment la nuit), son faible coût – on lui donne ce qu'on veut, en argent ou nature, selon ses moyens. Outre ces aspects, l'accouchement avec une *reninjaza* est présenté

¹⁶ Les femmes sont généralement réticentes à ingérer des *tambavy* ou des médicaments pharmaceutiques lorsqu'elles sont enceintes car elles craignent que cela provoque un avortement ou des malformations fœtales.

comme un accouchement « facile » au sens où elle respecte le ressenti de la femme, où elle l'autorise à adopter les positions et les gestes qui la soulagent et où elle adopte une attitude compréhensive, respectueuse et rassurante. La présence des proches est en outre facilitée lors d'un accouchement à domicile, sans dépense supplémentaire occasionnée par leur déplacement au centre de santé. Les femmes savent cependant que la *reninjaza* n'est pas compétente pour prendre en charge les accouchements compliqués.

A l'inverse, les femmes ont une perception très négative de l'accouchement en formation sanitaire publique. Elles redoutent le mauvais accueil, à leur égard et à celui de leur entourage, l'attitude stricte et agressive des soignants, les coûts élevés et non justifiés, et surtout la césarienne, et ses conséquences sur les futures grossesses. « L'opération » serait en effet systématiquement pratiquée sur les femmes accouchant à « l'hôpital »¹⁷. Les femmes décrivent l'accouchement en structure sanitaire comme un « *système qui rend plus difficile l'accouchement* », plus long, plus compliqué, en raison de l'absence de prise en compte du ressenti de la femme. En outre, elles sont très souvent dans l'incapacité de constituer un trousseau de naissance¹⁸ comme l'exigent les soignants des structures sanitaires, soit parce qu'elles n'en ont pas les moyens, soit parce que cela va à l'encontre des croyances locales (préparer un trousseau risquerait de porter malheur au fœtus). Les femmes ont également honte de leur condition défavorisée vis-à-vis du personnel médical et font face à des rapports de domination particulièrement marqués dans les structures de santé, comme dans d'autres contextes (Olivier de Sardan et Jaffré, 2003). Enfin, partir accoucher en structure sanitaire signifie souvent devoir parcourir plusieurs kilomètres, voire plusieurs dizaines de kilomètres de pistes, et risquer d'accoucher en route, ou de ne trouver aucun personnel de santé une fois arrivée. Ainsi, en cas d'absence de la *reninjaza*, il arrive que les femmes accouchent seules, plutôt que dans un centre de santé.

Nombreuses sont pourtant les femmes qui affirment que « *c'est mieux d'accoucher à l'hôpital car il y a le matériel, les médicaments et le personnel médical nécessaires en cas de problème* ». Mais cette option reste impossible pour la majorité des femmes, pour de nombreuses raisons évoquées plus haut. De la part des femmes, on observe bien une reconnaissance des bienfaits de la biomédecine dans la prise en charge des accouchements, notamment ceux qui présentent des complications, mais les structures existantes accessibles sont loin de correspondre à leurs attentes, notamment en terme de qualité d'accueil et en termes relationnels, et de garantir une prise en charge médicale adaptée.

On constate donc des écarts criants entre les priorités et recommandations nationales officielles (quatre visites prénatales au cours de la grossesse, distribution de kits de naissance gratuits, préconisation pour toutes les femmes d'accoucher avec du personnel qualifié) et les réalités de l'offre de soins auxquelles les femmes doivent s'adapter.

Conclusion générale

Les deux pratiques de renoncement aux offres officielles, telles que décrites ici, échappent aux cadres réglementaires en matière de santé et révèlent d'une part les dysfonctionnements des systèmes de soins officiels et d'autre part, leur inadéquation par rapport aux demandes populaires. Notre article révèle qu'une multitude de motifs sont à l'origine de ce renoncement aux soins mais qu'une base commune peut être posée, indépendamment de l'aire géographique et de l'appartenance socio-économique. Tant dans le cas du recours aux médicaments issus du secteur informel que pour le recours aux *reninjaza*, le discours normatif

¹⁷ « L'hôpital » désignant toute structure sanitaire.

¹⁸ Une couverture, un drap, des vêtements et un bonnet ou un chapeau pour l'enfant, une bande et de l'alcool.

des enquêtés sur la nécessité de recourir aux voies officielles pour la prise en charge de leur santé traduisent une réelle volonté de s'y inscrire. Mais les défaillances structurelles de l'offre officielle entraînent une grande défiance des populations à l'égard des structures publiques, et conduisent les populations à mettre en place des mécanismes de compensation via la construction de recours « ad hoc ».

Outre la situation de vulnérabilité économique des populations enquêtées, cet article montre la fragilisation d'une société en proie à des crises politiques récurrentes, entraînant disparités sociales, pauvreté, exposition à un environnement à risque en matière de santé. S'il est généralement admis que l'offre de soins est plus variée et plus accessible en milieu urbain, la recherche de soins peut se révéler être un parcours du combattant pour les ménages les plus précarisés. En milieu rural, le taux élevé de mortalité maternelle démontre une grande vulnérabilité des femmes enceintes et une incapacité du système formel à garder « captive » cette population. Dans ce contexte, les recours au marché informel du médicament et aux *reninjaza* interviennent comme des pratiques mises en place par les populations afin de construire un modèle de gestion des maladies et de la reproduction davantage adapté au contexte de grande pauvreté et de désengagement de l'Etat dans la prise en charge de la santé. La disponibilité des médicaments sur le circuit informel permet d'une part l'externalisation de la prise en charge de la santé hors des cadres publics perçus comme défaillants, tout en offrant la possibilité de soins par « soi-même ». Le recours aux *reninjaza* traduit la volonté d'une prise en charge holistique de la grossesse dépassant le cadre biomédical et exprime les conflits de normes entre les normes médicales et les normes locales de la prise en charge de la naissance à Madagascar.

Dans un contexte de grande précarité et de délitement du système de soins, on constate que la recherche de soins se caractérise par une volonté de se soigner, en sécurisant un maximum les pratiques de recours par l'adoption de stratégies de réduction des risques et incertitudes (vérification de la date de péremption des médicaments par exemple ou encore consultation auprès d'un soignant biomédical par la réalisation d'au moins une CPN durant la grossesse). Ces pratiques de renoncement marquent une volonté d'autonomisation face à un système de santé qui a trop souvent déçu. Mais nos résultats justifient que l'on se pose cette question : de quelle marge de manœuvre disposent réellement ces populations ? Indépendamment de l'aire géographique dans laquelle s'inscrivent les pratiques (rurale ou urbaine) et de la classe socio-économique d'appartenance, il nous semble que les choix en santé des populations étudiées font l'objet d'arbitrages difficiles entre des pratiques officiellement recommandées mais non accessibles, ou dont la réponse est jugée inadéquate ou inefficace, et des pratiques séculaires (qui sont perçues comme efficaces) ou relativement nouvelles (l'automédication médicamenteuse), mais qui sont entourées d'un grand nombre d'incertitudes.

Bibliographie

BAXERRES C., (2011), « Pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? », *Politique Africaine*, 123, pp 117-136.

BAXERRES C., (2015), « Contrefaçon pharmaceutique: la construction sociale d'un problème de santé publique », dans Desclaux A., Egrot M. (dirs.), *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, L'Harmattan, Paris, pp 129-146.

BAXERRES C., SIMON E., (2013), « Regards croisés sur l'augmentation et la diversification de l'offre médicamenteuse dans les Suds », *Autrepart*, 63, pp 3-30.

- BLANC-PAMARD C., (1998), « “La moitié du quart”. Une ethnographie de la crise à Tanananrivo et dans les campagnes de l’Imerina (Madagascar) », *Natures, sciences et sociétés*, 6, 4, pp 20-32.
- DESCLAUX A., EGROT M., (2015a), *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceutisation à ses marges*, L’Harmattan, Anthropologies et Médecines, 273p.
- DESCLAUX A., EGROT M., (2015b), « Le médicament diffusé au Sud. Contextes, formes culturelles et effets sociaux observés depuis les marges », in Desclaux A., Egrot M. (dirs.), *Anthropologie du médicament au sud. La pharmaceutisation à ses marges*, L’Harmattan, Paris, pp 9-45.
- DESCLAUX A., LEVY J.-J., (2003), « Présentation : cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? », *Anthropologie et sociétés*, 27, 2, pp 5-21.
- DESPRES C., IRDES P.D., (2011), « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », *Questions d’économie de la santé*, 169, pp 1-8.
- FASSIN D., (1985), « Du clandestin à l’officieux. Les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal », *Cahiers d’études africaines*, 25, 98, pp 161-177.
- FRANCKEL A., (2004), *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au Sénégal: le cas des enfants fébriles à Niakhar*, Thèse de doctorat, Université de Nanterre.
- FREMIGACCI J., (2014), « Madagascar ou l’éternel retour de la crise », *Afrique contemporaine*, 251, 3, pp 125-142.
- HANCART-PETITET P., (2011), *L’art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Faustroll, Paris, 303p.
- MASSE R., (2009), « Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux », *Anthropologie et sociétés*, 21, 1, pp 53-72.
- MATTERN C., (2015), « Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar », *Rencontres Nord/Sud de l’automédication et de ses déterminants* <http://automed.hypotheses.org/cotonou2015>
- MATTERN C., POURETTE D., RABOANARY E., KESTEMAN T., PIOLA P., RANDRIANARIVELOJOSIA M., ROGIER C., (2016), « Tazomoka is not a problem. local perspectives on malaria, fever case management and bed net use in Madagascar », *PLoS ONE*, 11, 3, pp 1-14.
- MESTRE C., (2014), *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, Paris, L’Harmattan, 162p.
- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE MADAGASCAR, (2015), « Plan de développement du secteur santé (2015-2019). »

OLIVIER DE SARDAN J.-P., JAFFRE Y., (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*, Paris, Karthala, 449p.

PALE A., LADNER J., (2006), « Le médicament de la rue au Burkina-Faso : du nom local aux relations sociales et aux effets thérapeutiques racontés », *Cahiers santé*, 16, 2, pp 113-117.

POURETTE D., à paraître, « Les “matrones” à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels (à paraître) », in Pourette D., Mattern C., Bellas Cabane C., Ravololomanga B. (dirs.), *Femmes, mères, enfants: Anthropologie et santé à partir de Madagascar*, L'Harmattan, Paris.

QUASHIE H., POURETTE D., RAKOTOMALALA O., ANDRIAMARO F., (2014), « Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar », *Health, Culture and Society*, 7, 1.

RANDREMANANA R., MIGLIANI R., RAKOTOMANGA S., JEANNE I., (2001), « Système d'Information Géographique et Santé : application à la ville d'Antananarivo », *Archives Institut Pasteur de Madagascar*, 67, 1 et 2, pp 74-78.

RAVOLOLOMANGA B., (1992), *Etre femme et mère à Madagascar*, L'Harmattan, Paris, 237p.

RAZAFINDRAKOTO M., ROUBAUD F., WACHSBERGER J.-M., (2013), « Institutions , gouvernance et croissance de long terme à Madagascar : l'énigme et le paradoxe (Document de travail DIAL). »

RODE A., (2010), *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes*, Thèse de doctorat, Université Pierre Mendès - France - Grenoble II.

TURCOTTE L., (2006), *De l'économie informelle à la morphologie sociale de l'économie. L'étude de cas des Mafy ady à Tananarive (Madagascar)*, Thèse de doctorat, Université de Montréal.

VAN DER GEEST S., (1987), « Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon », *Social Science and Medicine*, 25, 3, pp 293-305.

VAN DER GEEST S., (1988), « The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon », in *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*, Amsterdam, Kluwer Academic Publishers, p. 393.

WACHSBERGER J.-M., (2006), « Les quartiers pauvres à Antananarivo : enfermement ou support ? », *Document de travail DIAL*, Paris.