

Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar:

Paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des reninjaza.

H. Quashie, D. Pourette , O. Rakotomalala & F. Andriamaro

Volume 7, No. 1 (2014) | ISSN 2161-6590 (online)

DOI 10.5195/hcs.2014.179 | <http://hcs.pitt.edu>



New articles in this journal are licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 United States License.



This journal is published by the [University Library System](#) of the [University of Pittsburgh](#) as part of its [D-Scribe Digital Publishing Program](#), and is cosponsored by the [University of Pittsburgh Press](#).

Abstract

Le contexte du développement sanitaire à Madagascar n'échappe pas aux logiques de pouvoir souvent contradictoires qui entourent le savoir médical, et oscillent en de nombreux domaines entre biomédecine et médecine dite traditionnelle. Cet article s'intéresse plus particulièrement aux champs thérapeutiques de la santé maternelle, dont les taux de mortalité demeurent une problématique de santé publique majeure en Afrique subsaharienne. Nous analyserons les paradoxes, enjeux de pouvoir et contradictions qui influencent la prise en charge des grossesses et accouchements, au regard des savoirs et pratiques d'une catégorie particulière de tradipraticiens : les reninjaza. Cette étude montre que les distinctions institutionnelles, sociales et politiques qui fractionnent le savoir médical en miroir, entre traditionalisme et modernité, inspirent des enjeux de pouvoir qui voilent de nombreuses réalités sociales de la prise en charge de la santé maternelle

Keywords: *Madagascar ; matrones ; traditionalisme médical ; biomédecine ; santé maternelle.*

Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar:

Paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des reninjaza.

H. Quashie¹, D. Pourette², O. Rakotomalala³ & F. Andriamaro⁴

I. Introduction

Face aux échecs de la médecine de prévention et aux dysfonctionnements de la médecine hospitalière, les politiques nationales et internationales ont accordé, à la fin des années 1970, un rôle accru aux populations des pays du « Sud » dans la résolution de leurs problèmes de santé. Elles souscrivaient à l'idée d'un développement endogène qui s'appuierait sur les capacités locales existantes (Dozon, 1987). Dès la conférence d'Alma-Ata en 1978, les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé impliquaient les acteurs de la médecine dite traditionnelle dans les stratégies des soins de santé primaires. De nombreux Etats, notamment en Afrique subsaharienne, ont redéfini leurs politiques sanitaires en conjuguant biomédecine et médecine dite traditionnelle, renforçant ainsi l'élaboration de politiques nationales identitaires. Enfin, les réseaux de l'aide humanitaire ont également relayé cette valorisation de la médecine dite traditionnelle, désireux d'investir des conceptions alternatives du développement (ibid.). Les logiques des ONG rejoignaient les courants sceptiques et critiques des pays du « Nord » visant la remise en cause de l'hypermédicalisation. La reconnaissance de thérapeutiques alternatives à la science biomédicale a donc constitué un objet politique, social et économique transnational.

Dans les pays du « Sud » cependant, les enjeux de l'association des savoirs dits biomédicaux et traditionnels ont nourri des luttes de pouvoir entre praticiens, ainsi que la redéfinition récurrente des identités professionnelles et du rôle des acteurs désignés comme « tradithérapeutes », « tradipraticiens », « guérisseurs », etc. La médecine dite traditionnelle a en effet pour particularité sa constante (ré)élaboration. Les conflits et relations de pouvoir qui entourent le savoir médical et jalonnent l'arène sanitaire des pays du « Sud » se sont donc construits à plusieurs échelles, renforcés par l'absence d'une réelle définition de la médecine traditionnelle, si ce n'est, initialement, dans une opposition stéréotypée et essentialisée à la modernité occidentale (Dozon, 1987). Ces logiques se sont en outre greffées à des politiques identitaires postcoloniales, qui dépassaient largement le cadre de la médecine. Cependant, les professionnels rattachés au système biomédical sont le plus souvent restés maîtres de l'arène sanitaire, évaluant les capacités et compétences des acteurs de la santé appartenant aux courants dits «

¹ Socio-anthropologue affiliée à l'Institut des Mondes Africains (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales/CNRS/Institut de Recherche pour le Développement).

² Anthropologue, Centre Population Développement, Institut de Recherche pour le Développement – Université Catholique de Madagascar.

³ Psychologue, Université Catholique de Madagascar.

⁴ Socio-démographe, Université Catholique de Madagascar.

traditionnels ». La légitimité de ces derniers, leurs trajectoires, leur reconnaissance socio-professionnelle, ainsi que l'association de leurs pratiques à celles des praticiens biomédicaux continuent donc de susciter des questionnements et débats constamment renouvelés et désormais complexifiés, en raison du caractère mondialisé de leurs objets (Pordié & Simon, 2013).

Le contexte de développement sanitaire à Madagascar n'échappe pas à ces logiques de pouvoir souvent contradictoires autour du savoir médical, et oscille dans de nombreux domaines entre biomédecine et médecine dite traditionnelle (Lefèvre, 2008 ; Didier, 2012).⁵ Nous nous intéresserons plus particulièrement à celui de la mortalité maternelle qui demeure une problématique de santé publique majeure à l'échelle du continent subsaharien. La majorité des décès interviennent au cours du troisième trimestre de grossesse, à la naissance et durant la période post-partum immédiate, principalement dus à des hémorragies, de l'hypertension, des infections et un travail dystocique (Fournier & Perrault, 2013). A la fin des années 1990, face au taux élevé de mortalité maternelle à Madagascar, le Ministère de la santé publique, avec l'appui des agences onusiennes et de plusieurs ONG, a soutenu l'association des tradipraticiens et reninjaza au système de prise en charge biomédical de la santé maternelle, en développant entre autres des formations à leur endroit.⁶ Cependant, le taux de mortalité n'a que peu diminué⁷. Cette donnée a constitué, pour les institutions nationales et internationales, un argument de poids déterminant l'échec de l'inclusion des acteurs de la médecine dite traditionnelle dans le système de prise en charge de la santé maternelle, et par conséquent l'abandon de leurs formations à partir de 2007. Cette situation n'est pas propre à Madagascar: à partir des années 1990, on observe également dans plusieurs Etats subsahariens l'abandon des formations des « accoucheuses traditionnelles » (Fournier & Perrault, 2013).

De nouvelles orientations politiques et développementistes sont donc encouragées dans le domaine de la santé maternelle. Cependant, l'association des pratiques dites biomédicales et traditionnelles durant plusieurs années a influencé et modelé de manière notable l'arène sanitaire malgache. Il faut en outre rappeler que l'importance politique accordée au traditionalisme médical à Madagascar date des années 1960 qui ont vu se multiplier les recherches sur la pharmacopée et les inventaires des plantes médicinales et huiles essentielles à visée thérapeutique (Debray, 1975). Bien avant les recommandations de l'OMS, des organismes de recherche français, telles que l'Institut Pasteur de Madagascar ou l'ORSTOM (ex-Institut de Recherche pour le Développement), en association avec les institutions nationales, se sont intéressés à la complexité de la flore malgache et à son histoire géologique spécifique, par comparaison avec le reste du continent africain (Cortadellas et al., 2010). La prédominance d'espèces endémiques a donc très tôt passionné des chercheurs malgaches et étrangers issus de la biomédecine. Les savoirs

⁵ A Madagascar, la médecine traditionnelle est définie institutionnellement comme « la somme totale de toutes les connaissances et pratiques, utilisées en diagnostic, prévention et élimination des déséquilibres physique, mental et social, et reposant exclusivement sur les expériences pratiques et les observations transmises de génération en génération, oralement ou par écrit, permettant de prévenir, de guérir les maladies et d'alléger les souffrances. » (Code de la Santé Publique, Loi n° 2011-002).

⁶ Ce terme désigne littéralement la « mère de l'enfant » et peut se traduire par « matrone », bien que des hommes occupent aussi parfois cette fonction a priori dédiée aux femmes. De manière plus générale, les reninjaza concernent des tradipraticiens qui prennent en charge les femmes enceintes, les accouchements et les soins post-partum. Ce terme renvoie à une dénomination sociale locale, tandis que celui d'« accoucheur(se) traditionnel(le) » provient des textes et politiques institutionnels

⁷ Pour 100000 naissances vivantes, les taux de mortalité maternelle à Madagascar étaient de 660 pour la période 1986-1992, 469 pour la période 1998-2000 et 498 pour la période 2002-2009. En 2009, le taux de mortalité était estimé à 21 pour 1000 naissances vivantes (OMS, 2013).

dits traditionnels furent également associés à une politique identitaire plus globale : les recommandations de l’OMS ont été concomitantes de la naissance de la seconde République (1975), qui a encouragé la valorisation d’une identité nationale fondée entre autres sur un large processus de « malgachisation » linguistique et un engouement certain pour les « pratiques ancestrales » (Rakotomalala, 2002). Comme dans d’autres Etats subsahariens revendiquant un régime socialiste (Dozon, 1987), la valorisation de la médecine traditionnelle malgache servait à revivifier des valeurs spécifiques dans un projet politique plus large de construction nationale. La seconde République marquait en effet une rupture postcoloniale plus affirmée avec l’Occident, notamment la France, et appuyait l’élaboration d’une identité malgache authentique en usant de primitivismes (Amselle, 2010, 2012).

Dans les pratiques thérapeutiques, les tradipraticiens jouissent aujourd’hui d’un prestige notable auprès des populations, dont les parcours de soins révèlent qu’ils leur accordent une priorité (Author, 2013). Mais celle-ci, comme dans d’autres pays du « Sud », est souvent corrélée au contexte socio-économique des patients qui, lorsqu’ils le peuvent, choisissent plutôt de multiplier les recours thérapeutiques et d’associer des remèdes dits traditionnels et biomédicaux (Dozon, 1987 ; Olivier de Sardan, 1995). En revanche, certains tradipraticiens apparaissent comme des personnalités locales influentes, notamment au sein des instances décisionnelles en milieu rural (Ramanantenasoa, 1996), mais aussi en milieu urbain. Comme pour d’autres acteurs du champ médical, les activités de nombreux tradipraticiens résident aux frontières de la santé, du politique, de l’économique et du religieux (Fassin, 1992). Leurs activités se classent en effet en plusieurs catégories, puisque certains ne sont pas uniquement consultés dans le cadre d’un recours thérapeutique, mais aussi pour leurs capacités de voyance et de sorcellerie (Rakotomalala, 2012). Or, ces deux aptitudes sont fortement corrélées à des fonctions de pouvoir.

Dans cet article, nous nous intéresserons plus particulièrement aux paradoxes et enjeux de pouvoir qui influencent la prise en charge de la santé maternelle, au regard des savoirs et pratiques d’une catégorie particulière de tradipraticiens : les reninjaza. Ces actrices du « système de naissance »⁸ contemporain malgache sont peu souvent évoquées : leur activité est régie par le Code de la Santé publique⁹ et concerne en majorité des femmes, bien que quelques hommes occupent aussi cette fonction, notamment dans la capitale. Les reninjaza occupent une place singulière dans l’arène sanitaire : elles jouent un rôle essentiel et prennent en charge la majorité des accouchements, notamment en milieu rural, mais également en milieu urbain (Ravololomanga, 1993). Les reninjaza bénéficient donc d’une importante reconnaissance locale, mais elles ne jouissent d’aucun prestige médical, économique, religieux ou politique. Leur mobilisation associative est également inexistante, contrairement à ce que l’on peut l’observer dans les arènes sanitaires d’autres pays du « Sud » (Boyer, 2006). Par conséquent, leurs pratiques sont peu valorisées par les autorités et les professionnels de santé, qui les accusent, entre autres, de maintenir indirectement un taux de mortalité maternelle élevé. Cette absence de considération n’est pas propre au contexte malgache : des conceptions similaires existent ailleurs vis-à-vis des pratiques des « matrones » (Hancart-Petit, 2013).

Nous analyserons cependant les contradictions et enjeux sociaux qui se construisent à plusieurs échelles autour du rôle et du statut des reninjaza, fortement minorés d’un point de vue médical, économique et politique.

⁸ Concept permettant de définir la naissance comme un événement biologique, social et symbolique (Jordan, 1978). De plus, « il définit l’ensemble des acteurs, des pratiques et des représentations mobilisés autour de cet événement dans un secteur de soins donné (populaire, traditionnel ou biomédical) » (Hancart Petit, 2011, p.11).

⁹ L’article 96 de la Loi n°2011-002 précise que les reninjaza désignent « toute personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l’accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la collectivité où elle vit ».

Nombre de ces contradictions au sein de l'organisation du système de santé maternelle malgache complexifient la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes, ainsi que les politiques associées.

Nos données sont issues de plusieurs terrains d'enquête concernant les recours aux soins au cours de la grossesse. Plusieurs missions exploratoires et études qualitatives ont été réalisées en 2012 et 2013 auprès de professionnels de santé, de ménages, de reninjaza et de tradipraticiens dans deux régions de Madagascar, en milieu rural et en milieu urbain (région d'Analamanga au centre de l'île – et de Vatovavy-Fitovinany sur la côte est).¹⁰ Des entretiens semi-directifs ont été conduits avec 60 femmes, 30 hommes, 45 reninjaza, 24 professionnels de santé et 9 membres des autorités sanitaires, dans les zones rurales et urbaines de Moramanga, Mananjary et Antananarivo.

II. Classes Sociales, Pouvoir Médical et Reconnaissance du Rôle des Reninjaza

La reconnaissance sociale dont bénéficient localement les reninjaza tient en premier lieu au fait qu'elles assurent un très grand nombre d'accouchements, notamment en milieu rural. La dernière Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (INSTAT, 2010) estime qu'une femme sur deux (77 % dans certaines régions) accouche avec l'aide d'une reninjaza (52 % en milieu rural et 16 % en milieu urbain). Mais ces pourcentages sont probablement sous-évalués. De plus, les reninjaza interviennent à plusieurs moments de la maternité. En amont de la grossesse, les femmes les consultent par exemple en cas d'infertilité et se voient alors prodiguées des massages et des tisanes, tel que le tambavy – très connu dans les autres îles de l'Océan indien, notamment les Mascareignes (Pourchez, 2011). En début de grossesse, les femmes enceintes recourent aux services des reninjaza pour confirmer celle-ci. Puis au cours de la grossesse, les reninjaza pratiquent des massages pour soulager les douleurs lombaires ou agir sur la position du fœtus, notamment à l'approche de la naissance. Enfin, elles pratiquent les accouchements, le plus souvent au domicile de leurs patientes en milieu rural, et à leur cabinet ou à domicile en milieu urbain. Les parturientes sont assistées durant toute la durée de l'accouchement ainsi qu'après la naissance, puisque les reninjaza prodiguent également les premiers soins aux nouveau-nés et veillent sur la santé de la mère quotidiennement, durant environ une semaine après l'accouchement.¹¹

Comme dans de nombreux pays où le « système de naissance » comporte des matrones ou accoucheuses traditionnelles (Akoto et al., 2001 ; Pourchez, 2011), les reninjaza affirment détenir leurs savoirs et savoir-faire de leur mère, parfois d'une grand-mère ou d'une tante qui occupaient les mêmes fonctions au sein de leur localité. Elles ont donc principalement acquis leurs savoirs et pratiques en accompagnant et en observant des membres de leur famille. Certaines évoquent aussi l'héritage de leurs ancêtres et un « don de Dieu », perçus comme un bienfait qui

¹⁰ Ces missions ont été effectuées dans le cadre du programme « Risques et enjeux sociaux de la reproduction à Madagascar » de l'Institut de Recherche pour le Développement ; du projet « Patrimonialisation des savoirs et pratiques des accoucheuses traditionnelles à Madagascar » financé par l'Institut de Recherche pour le Développement (Programme Pilote Régional Patrimoine, Ressources et Gouvernance) ; et du projet « Déterminants du recours et du non-recours aux structures prenant en charge la grossesse et l'accouchement à Moramanga », financé par l'Institut Pasteur de Madagascar.

¹¹ Le sovoka correspond par exemple à la pénétration du froid à l'intérieur de la femme après l'accouchement qui peut lui être fatale. Afin de se prémunir contre le sovoka, la mère doit observer une période de repos et rester au chaud pendant plusieurs semaines à 3 mois selon les régions. Les reninjaza prodiguent des tisanes spécifiques lors de cette période appelée mifana.

leur a été accordé en tant qu' « élues ». De même que dans d'autres pays, les reninjaza sont aussi généralement mères lorsqu'elles pratiquent leur premier accouchement (ibid.). Leurs compétences reposent donc sur un ensemble de connaissances et de savoir-faire non théoriques, et s'inscrivent en cela dans la distinction politique et institutionnelle établie entre biomédecine et traditionalisme médical. Enfin, elles débutent le plus souvent leur activité à la demande de leur entourage, et à un moment où leur mère, grand-mère ou tante ne sont plus en mesure d'occuper cette fonction, ou sont absentes. Elles sont donc socialement et localement reconnues pour maîtriser un savoir-faire qu'elles sont les seules à pouvoir prodiguer : celui-ci marque une assignation socio-identitaire que les reninjaza se réapproprient au fur et à mesure de leur trajectoire biographique et de leur activité de soin. Elles ne peuvent pas en effet se soustraire à la demande sociale qui leur est adressée.

La reconnaissance sociale dont jouissent localement les reninjaza s'attache donc à la spécificité de leur rôle auprès des populations, que ces dernières valorisent aussi par opposition aux attitudes adoptées par le personnel des structures de santé. Les comportements de ces derniers reflètent souvent l'asymétrie classique organisée autour du savoir médical entre patients et praticiens, mais aussi des logiques de classes qui s'instaurent particulièrement avec les femmes enceintes issues des milieux ruraux et urbains les plus modestes. Les relations conflictuelles entre soignants et soignés, ainsi que les appréhensions de ces derniers vis-à-vis des structures de santé, ne sont pas propres à Madagascar et dépassent le seul champ de la santé maternelle (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Néanmoins, elles favorisent ici le recours généralisé des femmes enceintes aux services des reninjaza. Dans les milieux rural et urbain peu aisés, ces dernières appartiennent aussi à des classes sociales très modestes, ainsi qu'aux cercles sociaux des femmes enceintes et des parturientes. Ce sont des voisines ou des membres de la parenté, qui ont parfois accouché toutes les femmes de la famille. Elles sont appréciées pour être disponibles à tout moment et à l'écoute des besoins des femmes enceintes, ou encore pour respecter le temps de l'accouchement, et adopter des attitudes et paroles rassurantes et réconfortantes. Les qualités qui leur sont associées sont considérées comme faisant défaut auprès du personnel des structures de santé. Ces reninjaza ont également été peu scolarisées et ne parlent donc pas français, ce qui contribue à restreindre la reconnaissance dont elles pourraient faire l'objet auprès des acteurs du secteur biomédical et à les confiner aux échelons inférieurs de la hiérarchie sociale. Une majorité d'entre elles peut néanmoins consigner en malgache les noms des parturientes, les prénoms des enfants et les dates de naissance dans un carnet, ce qui facilite les déclarations d'état civil. Le rôle des reninjaza est essentiel dans ces contextes géographiques et sociaux où les femmes enceintes, elles-mêmes peu scolarisées, ne peuvent pas se rendre dans des structures de santé trop éloignées, ou dont le coût des soins est trop élevé. Avoir recours aux services des reninjaza leur permet entre autres d'éviter les processus d'infériorisation sociale qui se jouent dans leurs relations avec les professionnels des structures de soin.

Cependant, dans ces mêmes contextes sociaux, ce sont des activités telles que l'agriculture ou la vannerie – selon les régions – qui assurent les principaux revenus des reninjaza, et non leurs pratiques en tant qu'acteur de santé. Ce constat est récurrent dans d'autres pays du « Sud », notamment en milieu rural (Akoto et al., 2001). Les reninjaza ne vivent pas de leur activité, car les femmes enceintes et leurs familles les rémunèrent soit en nature, soit sous la forme de sommes modiques allant de 500 à 5000 ariary. Très souvent également, elles ne reçoivent rien pour leurs services. Or, la plupart des reninjaza rencontrées souhaitent que la reconnaissance sociale dont elles font l'objet localement puisse se matérialiser sous la forme de compensations financières, ou encore de subventions des autorités (par exemple, des dons de matériel en alcool, bandes de soin, lames, bougies, etc.). Elles soulignent une certaine pression au sein de leurs réseaux sociaux pour qu'elles effectuent le suivi des grossesses et pratiquent les accouchements, sous peine de risquer la vie des femmes enceintes et de leurs enfants. Parfois exprimé comme une contrainte, la spécificité du rôle des reninjaza ne leur permet pas de refuser d'exercer cette activité. Mais elle leur fait aussi prendre conscience de son importance, et du prestige social particulier qu'elles pourraient en retirer, à l'instar de tout autre acteur de la santé.

L'absence de corrélation entre les sollicitations récurrentes auprès des reninjaza et la banalité de leur statut social au sein des localités où elles exercent s'explique souvent par un contexte socio-économique faible, mais aussi par la position inférieure qu'elles occupent dans la hiérarchie interne de la médecine dite traditionnelle. En effet, leur activité de soin ne s'inscrit pas au croisement de l'économique, du religieux, du politique et de la santé, qui confère généralement leur prestige social aux acteurs du champ médical, qu'il soit issu de la biomédecine ou de courants traditionalistes. Par exemple, les protections de l'enfant à venir vis-à-vis du malheur et de la mort sont établies par des tradipraticiens. Le savoir des reninjaza est donc minorisé, malgré la reconnaissance locale dont elles jouissent, leur rôle central dans le « système de naissance », et le fait que ce sont les acteurs de santé les plus au contact les femmes enceintes. Le pouvoir socio-politique et l'identité médicale liés au savoir dit traditionnel, qui sont les plus respectés dans le domaine de la santé maternelle, sont détenus par les acteurs qui n'interviennent qu'indirectement autour de l'accouchement, et dont les pratiques de soins concernent généralement d'autres questions thérapeutiques. Ces paradoxes renforcent par extension les lignes de distinction et de hiérarchisation entre les catégories d'acteurs de l'ensemble du champ médical. Ils contribuent en particulier à freiner la légitimité et la reconnaissance qui pourraient être accordées aux reninjaza. Les professionnels des structures de santé dévalorisent par exemple systématiquement leurs remèdes, contrairement à ceux des tradipraticiens.

Cette infériorisation politique et médicale du statut des reninjaza est particulièrement flagrante à Antananarivo, où les paradoxes intrinsèques à la médecine dite traditionnelle semblent démultipliés. Les savoirs et pratiques des reninjaza n'y sont valorisés que lorsqu'ils sont rattachés à un prestigieux statut de tradipraticien. Des hommes et des femmes, qui occupent les fonctions de reninjaza, construisent ainsi leur légitimité sociale, politique et médicale en renforçant les hiérarchies qui structurent le champ de la médecine dite traditionnelle. La capitale compte en effet des acteurs issus des classes moyennes et aisées qui s'investissent dans l'activité de reninjaza en se désignant comme « accoucheur(s) traditionnel(le)s ». Ils accompagnent pourtant beaucoup moins de femmes enceintes et de parturientes que les reninjaza issues des milieux modestes qui exercent auprès des classes sociales les plus faibles. Ces accoucheur(s) traditionnel(le)s désignent des hommes et des femmes qui ont été scolarisés et maîtrisent au moins partiellement la langue française, source de prestige sociale dans la capitale. Certains ont également fait des études supérieures. Enfin, ils sont tous membres ou présidents d'une association de tradipraticiens affiliée à l'Association Nationale des Tradipraticiens Malgaches (ANTM), ce qui inscrit directement leur activité thérapeutique dans le champ politique.¹² Le coût des accouchements qu'ils pratiquent varie de 5000 à 150 000 ariary selon l'origine sociale de leurs patientes. Celles-ci sont issues des classes moyennes et bourgeoises de la capitale : il s'agit d'une clientèle que l'on retrouve habituellement dans les cliniques privées de la ville, mais qui sollicite les services de ces accoucheur(s) traditionnel(le)s en raison de leur « réputation ». Ces derniers ont acquis leur notoriété en diversifiant leurs savoirs et pratiques en tant que tradipraticien, et en exerçant cette fonction comme activité principale. En tant qu'acteurs de la santé maternelle, ils insistent sur la valorisation de leur « don » hérité de leurs ancêtres qui les ont élus, et révélé en rêve ou par l'intermédiaire d'une voix leur dictant les gestes à effectuer. Ils se présentent aussi comme descendants d'une lignée de tradipraticiens, voyants ou matrones. Leur don leur permettrait de visualiser la position du fœtus et de le repositionner en vue de l'accouchement, sans utiliser les instruments de la biomédecine. Il leur permettrait aussi de pouvoir guérir la stérilité, d'arrêter les hémorragies liées à l'accouchement, et de soigner les maladies liées ou non à la grossesse. Cette forte valorisation des savoirs et pratiques dits traditionnels, promue par des tradipraticiens issus de classes sociales moyennes et aisées, est structurée

¹² Association chargée du recensement et du recrutement des tradipraticiens exerçant à Madagascar et qui se compose de plusieurs associations membres.

autour de notions spirituelles et primitivistes, qui s'opposent dans une perspective postcoloniale aux techniques biomédicales, et plus largement occidentales. Ainsi, deux accoucheurs traditionnels réputés affirment qu'ils n'utilisent pas de matériel vazaha, y compris des gants, pour les accouchements, mais uniquement leurs mains et leurs yeux.¹³ La valorisation de leurs connaissances affirme un point de vue politique spécifique qui nourrit leur notoriété, et par conséquent leur prestige socio-économique.

A l'inverse, les *reninjaza* des milieux plus modestes de la capitale ne promeuvent pas l'exceptionnalité de leurs capacités, tout en exerçant davantage que les accoucheur(s) traditionnel(le)s : comme en province et en milieu rural, la reconnaissance locale dont elles bénéficient s'établit facilement, notamment auprès d'une clientèle défavorisée. Leur appartenance sociale explique leur absence de positionnement idéologique, leur faible prestige socio-économique, ou encore leurs demandes et attentes en matériel et ressources biomédicales. Elles ne participent pas à la construction politique et différenciée du savoir médical, dans laquelle s'opposent en miroir les techniques occidentales aux pratiques magico-religieuses locales. Or, cette conception postcoloniale assoit le statut socio-économique des accoucheur(s) traditionnel(le)s, et par conséquent leur position hiérarchique et élitiste vis-à-vis des *reninjaza*. Par exemple, ceux que nous avons rencontrés ont aussi suivi des formations auprès de l'Institut National de la Santé Publique et Communautaire, de l'Association malgache de Pharmacologie, ou de l'Association des Médecins aux Pieds Nus, afin de compléter leur « don », d'être reconnus par les autorités, et d'exercer en cabinet de massage ou de naturothérapie. Leur reconnaissance socio-professionnelle, médicale et politique est associée à la maîtrise savante de la pharmacopée, et facilitée par leur appartenance aux classes sociales instruites. Elle rejoint en outre les idéologies primitivistes valorisant une identité malgache authentique qui continuent, sous certains aspects, de soutenir les politiques du développement national.¹⁴

III. Contradictions et Crispations Institutionnelles Autour du Statut des *Reninjaza*

Au sein du Ministère de la Santé publique, l'activité des *reninjaza* relève de deux divisions : le Service de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle (SPMT) depuis le début des années 1990 (il fait suite au Service de la pharmacopée traditionnelle créé en 1986), et la Direction de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la Reproduction (DSMER). Appartenant à la catégorie des tradithérapeutes, les *reninjaza* relèvent du SPMT, dont l'objectif est de promouvoir et d'intégrer les aspects positifs de la pharmacopée et de la médecine dite traditionnelle dans les services de santé. La création de ce service, soutenu par des professionnels et chercheurs issus du système biomédical, visait à défendre la participation des *reninjaza* à une « Maternité sans risque » en les formant et en les dotant de matériel. Le SPMT continue de valoriser leurs pratiques et connaissances en tant que compétences et savoirs ancestraux. Il collabore en outre avec l'Association Nationale des Tradipraticiens Malgaches (ANTM), et encourage l'affiliation des *reninjaza* à une association membre. L'institution médicale, par le biais du SMPT, valorise donc d'un point de vue sanitaire et politique le rôle et le statut des acteurs de la médecine dite traditionnelle, et par conséquent les pratiques des *reninjaza* au même titre que celles des autres tradipraticiens.

¹³ Terme qui désignait initialement les Européens « blancs », et qui se réfère aujourd'hui de manière plus générique à l'Occident.

¹⁴ A Madagascar, le tourisme, les ressources environnementales, l'homéopathie et le patrimoine naturel constituent des domaines économiques qui allient logiques de développement et politiques identitaires.

A l'inverse, la branche plus professionnelle du Ministère représentée par la Direction de la Santé de la Mère, de l'Enfant et de la Reproduction, qui prône également une « Maternité sans risque », s'oppose à la pratique des accouchements par les *reninjaza*. Leur activité en tant que tradithérapeute est fortement contestée, voire rejetée : elles ne sont pas reconnues comme détenant les compétences techniques nécessaires pour dispenser les soins relatifs à la maternité. Les *reninjaza* apparaissent, aux yeux des représentants des professionnels de la biomédecine, comme inaptes à prendre en charge la grossesse, l'accouchement et ses suites. La DSMER a donc appuyé en 2007 l'arrêt de leurs formations. Les professionnels qui œuvrent en son sein recommandent aujourd'hui que les *reninjaza* réfèrent systématiquement les femmes enceintes dans une formation sanitaire, afin qu'elles bénéficient d'au moins quatre consultations prénatales au cours de leur grossesse, et pour accoucher. Accéder à certaines structures de santé étant souvent difficile, voire impossible dans les zones rurales enclavées, il est toléré que les *reninjaza* pratiquent elles-mêmes les accouchements uniquement lorsque la formation sanitaire la plus proche est située à plus de 5 km. Ainsi, à la fois valorisées au sein de l'institution médicale en tant que tradipraticiennes dépositaires de pratiques ancestrales, et fortement dépréciées vis-à-vis de leurs compétences techniques, les *reninjaza* font l'objet de questionnements paradoxaux qui conditionnent leurs pratiques. A travers ces deux positions contradictoires et intrinsèques au Ministère de la santé publique se construisent des enjeux socio-politiques autour du savoir médical, dont les répercussions influent directement sur la prise en charge des femmes enceintes dans le système de santé maternelle malgache. Cette ambivalence institutionnelle vis-à-vis du statut et du rôle des *reninjaza* cristallise en effet de manière particulière des rapports hiérarchisés entre biomédecine et médecine dite traditionnelle.

Ainsi, les formations des *reninjaza*, qui cherchaient initialement à associer leurs pratiques et savoirs à ceux du système biomédical pour réduire le taux mortalité de maternelle, constituent un exemple concret de disqualification sociale et médicale de la part des professionnels de santé. L'organisation de ces formations démontre notamment que la hiérarchie entre biomédecine et médecine dite traditionnelle s'appuie sur, et se trouve en retour renforcée par des logiques de classe qui distinguent les différentes catégories d'acteurs de la santé maternelle.

Les formations des *reninjaza*, notamment en milieu rural, étaient souvent organisées, jusqu'en 2007, par l'agence onusienne UNFPA : elles étaient généralement collectives, très ponctuelles (ne dépassant pas un à deux jours) et parfois rétribuées. Certains dons de matériel biomédical neuf pouvaient être effectués, mais ils étaient souvent insuffisants pour l'ensemble des participantes et rapidement épuisés. Les *reninjaza* étaient choisies et désignées pour ces formations par le médecin du centre de santé de base (CSB) le plus proche. L'un des critères de participation concernait leur aptitude à lire et écrire, de sorte que toutes les *reninjaza* d'une même localité ne pouvaient prendre part à ces formations. Ces processus de sélectivité établissaient donc une hiérarchie médicale et professionnelle, renforcée par des rapports de domination socio-économiques, entre les personnels des structures de santé et les *reninjaza*. Quant aux messages reçus par celles-ci lors des formations, ils se référaient essentiellement à de la sensibilisation insistant sur des conseils d'hygiène médicale et sur l'importance d'orienter les femmes enceintes vers les centres de santé pour leur suivi et leur accouchement. Par conséquent, ces formations ne changeaient pas fondamentalement l'activité des *reninjaza*, ni les attentes dont elles faisaient l'objet dans leurs localités, si ce n'est qu'elles pouvaient brièvement bénéficier de matériel biomédical dont elles étaient en demande.

Au-delà de la hiérarchie socio-professionnelle et médicale à laquelle les *reninjaza* sont ramenées, l'opposition institutionnelle et politique entre biomédecine et médecine dite traditionnelle apparaît en inadéquation avec les réalités sociales et thérapeutiques. Par exemple, bien que classées parmi les tradithérapies liées à la maternité, les pratiques des *reninjaza* ne s'opposent pas à celles des professionnels biomédicaux et ne sont pas revendiquées comme telles. Elles souhaitent au contraire inclure dans leurs corpus de savoirs des outils et apprentissages issus de leur collaboration avec le système biomédical. Dans leurs discours, les représentants

institutionnels des professionnels de santé tendent à l'inverse à dévaluer les connaissances propres aux *reninjaza*, et ne tiennent pas compte des éléments de leurs pratiques qui favoriseraient une meilleure prise en charge des femmes enceintes qu'elles orientent vers eux. Nous l'avons vu, les liens sociaux qui unissent ces dernières aux *reninjaza*, notamment en milieu rural et plus généralement dans les classes sociales modestes où le taux de mortalité maternelle est élevé, sont essentiels pour le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum. Or, dans les discours des personnels des structures de soin et de leurs représentants institutionnels, il n'est pas fait référence aux situations conflictuelles ou aux rapports difficiles entretenus avec les femmes enceintes, qui conditionnent pourtant les parcours thérapeutiques de celles-ci et peuvent les inciter à préférer les services des *reninjaza* de leurs localités.

L'ambivalence du Ministère de la Santé vis-à-vis du rôle et du statut des *reninjaza* a également entraîné la labellisation de leur activité comme « officielle », « légale » et « illégale ». En effet, l'organisation institutionnelle mise en place pour valoriser la médecine dite traditionnelle n'a pas échappé à la hiérarchisation de celle-ci vis-à-vis de la biomédecine. Ainsi, l'adhésion payante à l'ANTM, largement recommandée par le SMPT, donne droit à une carte de membre permettant aux *reninjaza*, comme aux tradipraticiens, d'exercer « légalement » et d'être « protégé » en cas de décès ou de difficulté médicale grave avec un patient. Par conséquent, la collaboration du SPMT avec l'ANTM pour répertorier les « vrais » tradipraticiens, donc les « vraies » et « fausses » *reninjaza*, et apporter une reconnaissance et une légitimité aux acteurs membres d'une association, a pour effet de conférer un sentiment d'« illégalité » aux *reninjaza* non affiliées, notamment celles qui exercent dans la capitale. Ne pas adhérer à l'ANTM revient à exercer dans la clandestinité. Certaines *reninjaza* adhèrent donc à une association pour « être en règle vis-à-vis de l'Etat », craignant d'aller en prison en cas de décès d'une parturiente. Mais elles considèrent leur activité contrainte par les codes et les règles de l'association à laquelle elles appartiennent. Elles doivent en effet, d'une part, payer un droit d'inscription de 30 000 ariary, ainsi qu'une cotisation annuelle à l'association allant de 5 000 à 10 000 ariary. D'autre part, elles doivent se soumettre au règlement de leur association, très différent d'une affiliation à une autre (par exemple, respecter certaines mesures d'hygiène médicale et le secret professionnel, ne pas boire d'alcool, ni fumer ou encore manifester des « écarts de conduite »). Ces règles conditionnent l'activité des *reninjaza*, mais surtout ne tiennent pas toujours compte de leurs représentations et conception de leur rôle, ni des liens sociaux qui les unissent à leurs patientes. On retrouve également dans certains de ces codes éthiques une idéologie primitiviste valorisant le traditionalisme médical dans l'arène sanitaire : des associations recommandent ainsi de ne pas utiliser de médicaments ou de « produits chimiques », mais seulement des produits « naturels ». Ce primitivisme semble propre à l'organisation institutionnelle et politique de la tradithérapie médicale dans la capitale, et suit là aussi des logiques de classe qui n'entrent pas en adéquation avec les pratiques et représentations des *reninjaza* issues des classes sociales modestes et défavorisées. Le seul avantage que celles-ci retirent de leur adhésion à une association membre de l'ANTM est leur « légalisation » vis-à-vis de l'Etat : elles inscrivent donc leur activité dans des logiques politiques et professionnelles malgré elles.

En province – dans les milieux rural et urbain – la pression du rapport à l'Etat et le poids de l'ANTM sont moindres. Une seule *reninjaza* enquêtée connaissait l'ANTM, car un tradipraticien qu'elle consultait pour son enfant lui en avait parlé : cependant, elle n'en faisait pas partie et ne savait pas à quoi lui servirait d'être affiliée à une association. En revanche, les *reninjaza* qui acceptent de référer les femmes enceintes dans les centres de santé sont plus favorablement introduites par les professionnels qui exercent dans le système de soin biomédical : elles sont alors présentées comme « légales » ou « officielles ».

Cependant, malgré les processus institutionnels et politiques de hiérarchisation entre biomédecine et médecine traditionnelle, les imbrications et collaborations entre ces champs du savoir construits en miroir, sont inévitables dans les pratiques de prise en charge des femmes enceintes et des parturientes.

IV. Ambivalences et Réalités de la Prise en Charge de la Santé Maternelle

Les discours professionnels et politiques, qui distinguent, opposent, excluent et hiérarchisent les pratiques et savoirs dits biomédicaux et traditionnels, ne résistent pas aux réalités thérapeutiques courantes. Les propos d'un responsable en Santé Reproductive, recueillis dans un bureau de santé de district de la région d'Antananarivo, reflètent le décalage entre les directives du Ministère de la Santé issues de la DSMER, à l'égard du rôle des *reninjaza*, et les nécessités pratiques de la prise en charge des femmes enceintes.

D'après la politique nationale, ici à Madagascar, les *reninjaza* ne doivent plus recevoir de femmes pour les faire accoucher. Mais elles doivent les orienter vers les centres de santé (...) Le ministère de la Santé n'accepte plus que les *reninjaza* fassent les accouchements. (...) Avant mon arrivée c'était autorisé, mais depuis 7 ans ce n'est plus autorisé. Parce que les Objectifs de développement pour le millénaire ne sont pas atteints à cause de l'apparition des décès maternels en dehors des formations sanitaires, pour des accouchements effectués par des *reninjaza*. (...) Mais [les personnels des CSB] font des réunions, parce qu'on ne peut pas minimiser les *reninjaza*, parce que les agents de santé ne peuvent pas faire seuls leur travail. Et il y a toujours des femmes qui vont accoucher chez les *reninjaza*, et demander les conseils. Donc au sein du Ministère, les *reninjaza* ne sont plus autorisées à accoucher mais ça existe toujours, donc ce sont les chefs CSB qui sont chargés de recycler les *reninjaza*. (...) Mieux vaut collaborer plutôt que d'interdire, parce que ça va faire des dégâts. Mieux vaut sensibiliser les *reninjaza* et les recycler de façon périodique.

Par conséquent, les professionnels de santé « bricolent » leurs pratiques selon les situations quotidiennes, l'environnement socio-économique, leurs propres capacités à prendre en charge les parturientes, et leurs perceptions des *reninjaza* avec lesquelles ils peuvent travailler. Par exemple, en milieu rural, les parturientes n'ont souvent pas d'autres possibilités que d'accoucher seule ou avec l'aide d'une *reninjaza*, et les personnels des CSB doivent composer avec cette réalité sociale. A différentes échelles de la prise en charge des femmes enceintes s'établissent donc des formes de collaborations autour des pratiques et savoirs des *reninjaza*, malgré les contradictions récurrentes dont leur statut et leur rôle font l'objet.

Sur le plan administratif, les autorités sanitaires, tels que les bureaux de santé de district ou les autorités villageoises, répertorient les *reninjaza*, leur demandent de fournir la liste des accouchements pratiqués, et de remplir un registre destiné aux déclarations de naissance. Une partie des *reninjaza* tient à jour des cahiers qu'elles confient au président du *fokontany* de leur localité afin de procéder à ces formalités administratives (lorsque les *reninjaza* ne savent pas écrire, le président de *fokontany* remplit le registre). Elles s'occupent également des déclarations de naissance en mairie, y compris dans la capitale. Dans un contexte où le dernier recensement de la population national date de 1993, où le nombre de naissances et de décès est difficilement répertorié (notamment dans les classes défavorisées et modestes des milieux urbain et rural), et où les pratiques familiales n'établissent pas nécessairement le patronyme comme référent généalogique, les *reninjaza* apparaissent comme des acteurs ressources très importants.

Du point de vue médical, les collaborations entre professionnels de santé et *reninjaza* sont différentes en milieu urbain et rural. Ainsi, à Antananarivo, selon l'Institut Pasteur de Madagascar, il n'y en a pas ou très peu, y compris en cas de complications au moment de l'accouchement. Il n'existe pas de « fiche de liaison » entre les

centres de santé et les *reninjaza*, qui, lorsqu'elles ne sont pas affiliées à l'ANTM, sont perçues comme exerçant dans l'illégalité. Quant aux accoucheur(se)s traditionnel(le)s, ils jouissent d'une reconnaissance auprès des institutions politiques, associatives et d'une certaine catégorie de la population tananarivienne, mais leurs pratiques ne sont pas associées à celles des personnels hospitaliers et des centres de santé.

En revanche, en milieu rural, la plupart des professionnels exerçant dans les CSB enquêtés affirment qu'il leur est impossible de prendre en charge tous les accouchements, en raison du manque de personnel, de temps, de moyens et d'espace. Ils reconnaissent donc que les *reninjaza* jouent un rôle essentiel dans leurs pratiques, bien qu'elles ne possèdent pas la formation et les compétences médicales requises. Ces professionnels de santé valorisent plusieurs modèles de collaboration avec des *reninjaza* qu'ils choisissent, que ces dernières aient reçu une formation sommaire ou qu'elles soient par exemple reconnues pour leur respect de certaines normes d'hygiène médicale. Contrairement à ce que l'on peut observer dans d'autres pays du « Sud », les formations antérieurement dispensées auprès des *reninjaza* n'ont que peu de poids dans l'établissement de ces collaborations médicales. En revanche, le respect d'une hiérarchie sociale et professionnelle de la part des *reninjaza* vis-à-vis du personnel des centres de santé facilite ces collaborations.

Celles-ci peuvent prendre plusieurs formes et sont toujours à l'initiative des professionnels des CSB, en accord avec les autorités communales ou à leur demande. Elles s'organisent, par exemple, autour de l'accompagnement des femmes enceintes par les *reninjaza*, pour des consultations prénatales et l'accouchement, conformément aux recommandations de la DSMER. Intégrer les *reninjaza* dans le système de prise en charge de la naissance consiste ici à leur conférer un simple rôle d'accompagnatrice : aucun acte médical ne leur est confié. Elles sont davantage considérées comme un membre de la famille venu soutenir la femme enceinte ou la parturiente. Bien que cette collaboration ne laisse place à aucune pratique thérapeutique, elle est considérée comme nécessaire par les autorités et les professionnels des centres de santé, afin d'améliorer la prise en charge de la santé maternelle. Dans cette optique, les savoir-faire des *reninjaza* font aussi l'objet d'un discrédit important : leurs pratiques lors des accouchements apparaissent comme dangereuses et inappropriées, trop éloignées des connaissances médicales et techniques indispensables. Il est par exemple reproché aux *reninjaza* d'attendre trop longtemps pour l'accouchement, ce qui entrave le repérage des complications et empêche de référer à temps les parturientes aux CSB. Les remèdes prodigués, tels que les tisanes, ainsi que le manque d'hygiène médicale, sont également perçus par les praticiens comme responsables d'infections. Ces éléments constituent un argument supplémentaire attestant de la participation des *reninjaza* au maintien d'un taux de mortalité maternelle élevé.

Une seconde forme de collaboration consiste à conférer un rôle d'assistante ou d'aide à certaines *reninjaza* qui orientent régulièrement les parturientes vers les CSB. Les professionnels qui y exercent leur reconnaissent alors certaines aptitudes, telles que la capacité à surveiller le périnée ou à laver le nouveau-né, lorsqu'ils sont occupés avec d'autres patientes. Certains apprécient de pouvoir superviser et contrôler les actes des *reninjaza*, afin de leur enseigner les « bons gestes » à pratiquer. Ils leur délèguent aussi éventuellement leur travail une fois qu'elles ont acquis les techniques attendues. Mais ces pratiques de collaboration participative n'empêchent pas les personnels des CSB d'affirmer une certaine autorité, et de valoriser leur légitimité médicale vis-à-vis du rôle des *reninjaza*, par le contrôle et la pédagogie. De plus, lorsqu'ils évoquent ces collaborations, ils mettent d'abord en avant, non pas leur intérêt professionnel pour la formation des *reninjaza*, ni même pour la santé des femmes et des nouveaux-nés, mais des attentes plus personnelles, telles que le fait d'être secondés, de pouvoir s'absenter du centre de santé et de déléguer la prise en charge des accouchements. Le rôle des *reninjaza* est ici aussi considéré comme subordonné à la science biomédicale, et cette hiérarchisation repose à nouveau sur des distinctions de classes et de positionnement des acteurs sur l'échelle sociale. Rappelons que dans ce contexte, les *reninjaza* sont majoritairement agricultrices, ce qui favorise le peu de reconnaissance sociale dont elles peuvent faire l'objet auprès des personnels des centres de santé.

Dans le système de prise en charge de la santé maternelle, l'association des savoir-faire des *reninjaza* aux pratiques des professionnels des structures de soin bouscule par endroits les jeux de pouvoir de l'arène sanitaire, et, comme dans d'autres pays, rend floues et poreuses les frontières politiquement établies entre « biomédecine » et « médecine traditionnelle » (Longuenesse, 1995 ; Benoit, 1996). Ainsi, les parcours thérapeutiques multiples des femmes enceintes créent eux-mêmes des passerelles entre les *reninjaza* et les professionnels biomédicaux (Akoto et al., 2001). De nombreuses femmes consultent en effet un centre de santé pendant leur grossesse pour bénéficier de consultations prénatales, et afin de s'assurer qu'elles seront prises en charge en cas de complications au moment de l'accouchement. Cette pratique correspond de plus en plus à une norme sociale. De même que certaines *reninjaza* demandent aux femmes de faire au moins une consultation en centre de santé, ce qui permet de maintenir leurs relations de collaboration avec les praticiens de ces structures. Enfin, certaines sages-femmes demandent elles-mêmes à leurs patientes de recourir aux *reninjaza* pour qu'elles leur prodiguent des massages permettant de bien positionner le fœtus avant l'accouchement. Les professionnels de santé ne qualifient pas les pratiques des *reninjaza* de savantes et scientifiques, mais certains leur accordent la qualité de « dons ». Associés à une certaine forme de spiritualité, ces « dons » garantiraient l'efficacité et le succès de certains soins que les personnels des centres de santé ne peuvent prodiguer (tel que retourner le fœtus lorsqu'il se présente mal pour l'accouchement). Ainsi, bien que considérées comme subordonnées à la science biomédicale, les pratiques thérapeutiques des *reninjaza* peuvent faire l'objet de recommandations ponctuelles, lorsque les représentants de cette même science biomédicale sont impuissants. Selon un terme courant, les soins et traitements sont alors « malgachisés », ce qui implique une valorisation ethnicisée du traditionalisme médical local, mais aussi l'abolition des frontières entre deux champs thérapeutiques essentialisés et figés en miroir.

V. Conclusion

A Madagascar, l'association, puis la hiérarchisation des savoirs et pratiques de la biomédecine et de la médecine dite traditionnelle qui en a résulté, sont deux processus qui ont été successivement entretenus par les politiques sanitaires nationales et internationales. Celles-ci visaient une meilleure prise en charge de la santé maternelle et la réduction du taux de mortalité des parturientes. Cependant, aucune de ces deux orientations n'a permis d'obtenir les résultats escomptés, car ceux-ci ne semblent pas reposer sur les lignes de distinctions établies entre les différentes catégories de praticiens. En pratique, les réalités socio-économiques auxquelles sont confrontées les femmes enceintes priment sur les enjeux politiques qui entourent la définition et l'institutionnalisation des savoirs médicaux liés à la maternité. Les acteurs de santé, quant à eux, semblent occulter une certaine réflexivité qui accorderait à leurs patientes la place centrale de leur activité thérapeutique.

Dans les classes sociales modestes et défavorisées des milieux rural et urbain, les femmes enceintes optent pour un large recours aux *reninjaza*, puisque leurs services ont un très faible coût, voire sont gratuits. Cependant, en étant suivies par une *reninjaza*, certaines craignent d'être victimes de complications, d'une orientation trop tardive vers un centre de santé, ou encore d'une opération risquée décidée en urgence et qui pourrait leur être fatale. Certaines femmes enceintes choisissent donc de faire des économies suffisantes pour pouvoir être prises en charge dans une structure de soin, ou font appel à des sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile. Les *reninjaza*, quant à elles, reconnaissent les limites de leurs savoirs et pratiques, notamment vis-à-vis des complications qui peuvent apparaître au moment de l'accouchement. Mais aucune de celles rencontrées, de même que les tradipraticiens qui occupent des fonctions similaires, ne fait état de décès de parturientes. Alors que le taux de mortalité maternelle laisse penser que de nombreuses *reninjaza* ont été au moins une fois confrontées au décès d'une de leurs patientes au cours de leur activité. Elles relatent davantage les décès de nouveau-nés, et ceux-ci sont tout autant banalisés dans les discours des femmes que dans ceux des *reninjaza*. Les attitudes et représentations de

ces dernières face aux réalités de la mortalité maternelle et infantile renforcent donc les discours de disqualification des praticiens de la biomédecine à leur rencontre.

Cependant, ces derniers ne font pas non plus état des difficultés qu'ils rencontrent avec leurs patientes, ni des représentations de celles-ci vis-à-vis des structures de santé, ou encore des relations qui s'y établissent selon des modes conflictuels et violents (Mestre, 2014), accentuant ainsi des rapports de domination issus d'inégalités socio-économiques et de l'asymétrie classique qui opposent patients et détenteurs du savoir médical. Ces dimensions de la prise en charge des patients sont souvent occultées dans l'analyse des pratiques de soin au sein des structures de santé (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). Leurs personnels associent davantage les décès des parturientes aux pratiques préjudiciables des *reninjaza*, au manque de ressources des centres de santé (en moyens financiers, matériel et personnel) et aux grossesses précoces et multiples de nombreuses femmes. Or, dans les classes moyennes et aisées des milieux urbains, notamment dans la capitale, des femmes enceintes font appel à des *reninjaza*. Leurs horizons sociaux et géographiques sont pourtant bien différents de ceux des femmes issues des classes sociales modestes, défavorisées et rurales. Mais elles ont en commun d'appréhender l'accueil des personnels des centres de santé et les comportements de praticiens peu à l'écoute, incompetents, voire absents, ou encore de subir une intervention chirurgicale qui ne s'avèrerait pas nécessaire.

La prise en charge de la santé maternelle à Madagascar bénéficierait donc certainement de réflexions et changements établis à partir des représentations, expériences et pratiques des patientes, dont les parcours thérapeutiques restent pluriels. Car les distinctions essentialisées, réductrices et stigmatisantes qui tendent à fractionner le savoir médical en miroir, entre traditionalisme et modernité, inspirent des enjeux de pouvoir qui ne permettent pas d'appréhender toutes les dimensions des réalités sociales concernées.

References

- Akoto, E. M., Songue, P. B., Lamle, S., Kémajou, J. P. W., Gruénais, M-E. (2001). « Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville », Bulletin de l'APAD, 21. Mis en ligne le 10 avril 2006. URL : <http://apad.revues.org/101>.
- Amselle, J-L. (2010). *Révolutions. Essais sur les primitivismes contemporains*. Paris : Stock.
- Amselle, J-L. (2012). « Au nom des peuples : primitivismes et postcolonialismes ». *Critique*, 776–777 (1–2). 165-177.
- Author et al. (2013). *Etude qualitative MEDALI-Mission d'Etudes des Déterminants de l'Accès aux Méthodes de Lutte antipaludique et de leur Impact*, Rapport de recherche, Antananarivo, CEPED-IPM-UCM-Le Fonds Mondial-FEI-MAE.
- Benoist, J. (dir.) (1996). *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Karthala.
- Boyer, V. (2006). « Le mouvement des sages-femmes traditionnelles dans l'Amapá : Une mobilisation féminine exemplaire et les limites du développement local. », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, mis en ligne le 17 mars 2006. URL : <http://nuevomundo.revues.org/1965>.
- Cortadellas D., Andriantsiferana M., Laboute P., Razanamparany L. (2010). « Les substances naturelles d'intérêt pharmacologique ». In Feller, C. & Sandron, F. *Parcours de recherche à Madagascar*. Marseille : Editions IRD.

- Debray, M. (1975). « Médecine et pharmacopée traditionnelles à Madagascar ». *Etudes Médicales*, 1, 69-85.
- Didier, P. (2012). « Les médecines traditionnelles entre politiques locales et décisions internationales : le cas de Madagascar », *Sociologie Santé*, 36, 171-192.
- Dozon, J-P. (1987). « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire ». In *Politiques de santé, Politique africaine*, 28, 9-20.
- Fassin, D. (1992). *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris : Presses universitaires de France.
- Fournier, P. & Perrault V. (2013). « Le rôle des relais communautaires et des accoucheuses traditionnelles durant la période périnatale dans la région de Kayes au Mali ». In Fournier, P., Haddad, S., Ridde, V. (dir). *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'ouest*. Paris : L'Harmattan.
- Hancart-Petitot, P. (2013). « Les derniers jours de Palavankodie. Transformations et effacement des pratiques des matrones en Inde méridionale ». In Pordié, L. & Simon, E. *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*. (p. 99-113) Paris : EHESS.
- Hancart Petitot, P. (dir). (2011). *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Paris : Editions Faustroll Descartes.
- Institut National de la Statistique (INSTAT) & ICF Macro. (2010). *Enquête Démographique et de Santé-Madagascar, 2008-2009*. Antananarivo, Madagascar.
- Jaffré, Y. & Olivier de Sardan, J-P. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris : APAD, Karthala.
- Jordan, B. (1993). *Birth in Four Cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United-States*. Prospect Heights: Waveland Press. First Published in 1978
- Lefèvre, G. (2008). « Les discours sur la médecine traditionnelle à Madagascar. Entre idéologie coloniale, salut de l'âme, raison économique et pouvoir biomédical », *Revue des Sciences Sociales*, 39, 46-59.
- Longuenesse, E. (dir.). (1995). *Santé, Médecine et Société dans le monde arabe*. Paris : L'Harmattan / Lyon : Maison de l'Orient Méditerranéen.
- Mestre, C. (2014). *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*. Paris : L'Harmattan.
- Olivier de Sardan, J-P. (1995). *Anthropologie du développement : essai en socio-anthropologie du développement social*. Paris : Karthala.
- OMS. (2013). *Statistiques sanitaires mondiales*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Pordié, L. & Simon, E. (2013). « Que sont les guérisseurs devenus ? Le monde des soins à l'heure de la globalisation ». In *Les nouveaux guérisseurs. Biographies de thérapeutes au temps de la globalisation*. Paris : EHESS.
- Pourchez, L. (2011). *Savoir des femmes : médecine traditionnelle et nature – Maurice, Réunion, Rodrigues. Savoirs locaux et autochtones*, 1. Paris : Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture.
- Rakotomalala, M. (2002). « Transformations du politique et pluralité thérapeutique », *Journal des anthropologues*, 88-89, 41-52.

Rakotomalala, M. (2012). A coeur ouvert sur la sexualité Merina (Madagascar). Une anthropologie du non-dit. Paris : Karthala.

Ramanantenasoa, B. P. (1996). Méthodes de diagnostic et traitements des maladies par les plantes médicinales chez un guérisseur dans le fokontany d'Antanetibe Ambohitrimanjaka , Thèse de doctorat en médecine, Université d'Antananarivo.

Ravololomanga, B. (1993). Etre femme et mère à Madagascar. Paris : L'Harmattan.