Donner naissance à Madagascar

Articulation des recours « traditionnels » et biomédicaux autour de la naissance

Dolorès Pourette (1), Olivier Rakotomalala (2), Chiarella Mattern (3)

(1) IRD, UMR CEPED
(2) Université catholique de Madagascar
(3) Institut Pasteur de Madagascar et CEPED
(Université Paris Descartes, IRD, INSERM), équipe SAGESUD.

Résumé : Cet article s'appuie sur des terrains ethnographiques menés 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, 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.

Mots-clés : grossesse, naissance, médecine traditionnelle, pluralisme médical, Madagascar

Le contexte sanitaire malgache se caractérise par un système de santé publique défaillant, en raison des crises successives qui ont frappé le pays depuis plusieurs décennies (Fremigacci, 2014 ; Ministère de la santé Publique de Madagascar, 2015). Le taux de mortalité maternelle (478 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012) est particulièrement élevé et le taux d'accouchement à domicile sans personnel qualifié avoisine les 60 % (90 % dans les régions les plus enclavées) (Institut National de la Statistique, 2013). Le personnel de santé, et notamment le nombre de sages-femmes exerçant dans le pays, sont largement insuffisants. Dans un tel contexte, les populations sont soumises à de fortes contraintes lorsqu'elles doivent faire face à un événement de santé. La recherche de soins passe d'abord par l'automédication, puis, si les symptômes ne passent pas, elle s'oriente vers les différentes options thérapeutiques en présence, le recours au secteur biomédical intervenant le plus souvent en dernier lieu (Mattern, 2015 ; Mattern *et al.*, 2016).

Madagascar, comme de nombreuses autres régions du monde (Dozon, 1987), se trouve dans une situation de pluralisme médical (Sharp, 1993) caractérisée par la co-présence de systèmes thérapeutiques d'origines différentes : soins populaires, recours dits « traditionnels », eux-mêmes pluriels, biomédecine, médecines « parallèles ».

Le domaine de la naissance, dont les dimensions biologiques et sociales s'articulent, « mêle[nt] indissociablement des prises en charge techniques et des préoccupations symboliques » (Jaffré, 2011, p. 298). A Madagascar, la prise en charge de la grossesse et de la naissance fait ainsi appel à plusieurs registres thérapeutiques : le registre dit « traditionnel », par le recours aux *reninjaza*[1] ou matrones, et le registre biomédical. Cet article s'appuie sur des terrains ethnographiques menés 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, 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* et 14 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.

L'analyse des parcours de soins au cours de la grossesse, au moment de la naissance et dans les jours qui suivent, montre comment la co-existence des registres thérapeutiques « traditionnels » et biomédicaux donne lieu à la production de normes sociales inédites (autour du suivi de grossesse et de la vaccination des jeunes enfants), et comment l'articulation de ces deux registres laisse entrevoir des zones de frictions, en particulier autour de l'accouchement.

1 Au cours de la grossesse : des recours articulant le registre « traditionnel » et le registre biomédical

La survenue d'une grossesse n'est jamais un événement anodin et donne lieu, chez la femme qui ressent les premiers signes d'une grossesse ou qui suppose être enceinte, à un certain nombre d'interrogations : suis-je vraiment enceinte ? Comment va se dérouler cette grossesse ? Va-t-elle aboutir à une naissance ? Quelles en seront les conséquences ?

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 »[2]. Le premier recours qu'elle met en œuvre est d'aller consulter une *renin-*

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

2. 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 (Pourette *et al.*, 2018).

jaza ou matrone : 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 du fait qu'elle n'a pas de formation médicale [3] (Pourette, 2018 ; Quashie *et al.*, 2014). 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), ce recours est primordial. Dans les tous 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 ou le malheur). 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. Si la grossesse est confirmée, la *reninjaza* prodiguera des massages à la femme pour soulager ses douleurs au cours de sa grossesse, et éventuellement pour positionner le fœtus en vue de l'accouchement. 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, puis se rendre à une consultation prénatale (CPN).

Au moment de ces recherches, la politique de santé malgache préconisait la réalisation d'au moins quatre visites prénatales pour toutes les femmes enceintes, suivant ainsi les recommandations de l'OMS. Dans les faits, comment les femmes perçoivent-elles les consultations prénatales, pour quelles raisons s'y rendent-elles et qu'en attendent-elles ?

Les femmes enquêtées témoignent d'une large connaissance des messages de sensibilisation incitant à effectuer des visites prénatales : *« il faut aller voir le docteur pour la santé de la femme et de l'enfant », « il faut aller chez le médecin à partir de 4 mois »* sont des discours récurrents. La quasi-totalité des femmes enquêtées connaissent l'existence des CPN et savent qu'elles sont destinées aux femmes enceintes. Il apparaît cependant qu'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. L'observation de CPN ou d'autres consultations médicales montre la faible communication verbale entre la sage-femme ou le médecin effectuant la consultation et la femme, ainsi que l'absence d'explication sur les soins et les médicaments donnés. Sur les 52 femmes enquêtées, 47 ont fait au moins une visite prénatale dans un centre de santé au cours de leur grossesse. Les raisons qu'elles évoquent pour expliquer pourquoi elles se sont rendues à ces CPN ne sont généralement pas liées à la préservation de leur santé et de celle du foetus. La majorité des femmes affirment avoir effectué des visites prénatales pour « faire comme les autres femmes » : *« j'y vais car toutes les femmes enceintes y vont ».* Il s'agit donc pour elles de ne pas se distinguer des autres femmes en respectant une pratique devenue une norme sociale, en soulignant ainsi l'influence des femmes de l'entourage. L'aspect normatif de cette pratique s'exprime notamment dans sa dimension collective observée dans quelques communes étudiées : les femmes enceintes se déplacent à plusieurs vers la ville où se situe le centre de santé, le jour de la semaine où sont effectuées les CPN.

3. La reninjaza détient ses savoirs et savoir-faire d'une transmission familiale et de son expérience personnelle, ou d'un « don ».

Outre le respect de cette norme sociale, les femmes évoquent également le fait que certaines *reninjaza* leur demandent d'effectuer au moins une CPN, précisant parfois que, dans le cas contraire, elles refuseraient de les aider à accoucher. Certaines femmes affirment également avoir recours à une CPN 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. Les femmes attendent finalement peu de choses du contenu des consultations prénatales, mais pour elles, s'y rendre signifie respecter un certain consensus et surtout se garantir l'accès aux soins de la *reninjaza* et à ceux de la sage-femme ou du médecin en cas de difficultés au moment de l'accouchement (Pourette *et al.*, 2018).

2 L'intimité de l'accouchement

Les discours sur le choix du lieu d'accouchement et des personnes sollicitées pour accompagner la femme dans ce moment hautement signifiant (Jaffré, 2011), soulignent la complexité de l'articulation entre l'aspect technique et la dimension risquée de l'accouchement, et l'aspect symbolique et émotionnel de la naissance. Si les femmes enquêtées sont nombreuses à affirmer 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 »*, la majorité ont accouché à leur domicile. 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 seule (2 femmes) ou avec une sage-femme (3 femmes), ou dans une structure de santé (13 femmes).

De nombreuses raisons expliquent que la majorité des femmes malgaches n'accouchent pas dans une structure sanitaire avec du personnel qualifié : le centre de santé est trop éloigné ; les services y sont jugés ou perçus comme étant trop onéreux ; la femme risque de n'y trouver personne (surtout si la naissance survient en fin de semaine) ; elle craint d'être mal reçue. Se rendre dans un centre de santé pour accoucher implique en outre de mobiliser une ou plusieurs personnes (qui devront de fait abandonner momentanément leurs activités), pour accompagner la femme, lui préparer ses repas et lui apporter tout ce dont elle a besoin pendant la durée de son séjour. Accoucher dans une structure sanitaire représente ainsi un certain coût social. Ce coût social est accentué pour les femmes qui se trouvent dans l'impossibilité financière de préparer le trousseau de naissance [4] demandé par le personnel de santé ou qui ne peuvent pas préparer ce trousseau en raison d'interdits locaux (dans certaines régions, préparer un trousseau risquerait de porter malheur au fœtus). Ces dimensions renforcent le sentiment d'infériorité ressenti par les femmes et la distance sociale qui marque les relations avec les personnels médicaux à Madagascar (Mestre, 2014) comme dans d'autres contextes (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Surtout, le moment de l'accouchement et celui de la naissance sont perçus par les femmes comme des événements éminemment intimes, requérant la présence d'un mi-

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

nimum de personnes : une ou deux femmes de l'entourage. Le moment de l'accouchement est un moment à haut risque pour la femme, pas seulement en terme médical, mais surtout en terme social. C'est le moment où elle peut être jugée, notamment par les autres femmes susceptibles d'être présentes : la femme est jugée sur sa force, dont témoigne sa capacité à donner naissance sans crier ni se plaindre, et sur sa capacité à donner naissance à un enfant « normal ». Une anomalie physique présentée par le corps de l'enfant risque d'être interprétée comme une transgression sociale ou morale commise par la femme. Dans l'une des régions étudiées, accoucher de jumeaux est signe de malheur. Jusqu'à une période récente, la mise au monde de jumeaux impliquait de les abandonner dès leur naissance car leur présence au sein du foyer portait inévitablement malheur à la famille (Fernandes *et al.*, 2010) [5]. Dans un tel contexte, l'intimité de l'accouchement prend toute sa signification lorsqu'il s'agit, pour les parents et la famille, de décider du sort donné aux nouveau-nés.

Lorsqu'elles expliquent pourquoi elles redoutent d'accoucher dans une structure de santé, les femmes mettent en avant, d'une part, l'absence d'intimité et la présence d'autres femmes susceptibles de les entendre donner naissance et de porter leur regard sur l'enfant, et d'autre part, leur peur de subir une césarienne et de ses conséquences sur les futures grossesses. « L'opération » serait en effet systématiquement pratiquée sur les femmes accouchant à « l'hôpital » [6]. Les femmes ont par conséquent une perception très négative de l'accouchement en formation sanitaire publique. Elles préfèrent largement accoucher à domicile avec une *reninjaza*, voire avec une sage-femme de leur connaissance pour les femmes qui ont les moyens de la rémunérer. En cas d'absence de la *reninjaza*, il arrive que les femmes accouchent seules, plutôt que dans un centre de santé. Elles mettent en avant la proximité sociale, voire familiale, de la _reninjaza _et sa proximité 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 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, qui demandent une prise en charge particulière et pour lesquels elles sont emmenées dans un centre de santé, voire à l'hôpital. De la part des femmes, on observe 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.

5. Dans d'autres régions malgaches, on attribue aux jumeaux la capacité de soigner les fractures, les foulures et de faire des massages (Didier, 2015).

6. « L'hôpital » désignant toute structure sanitaire.

3 Après la naissance : la vaccination comme norme sociale

Après la naissance, la femme doit observer une période de confinement pendant laquelle elle ne doit pas sortir : le *mifana*, littéralement « rester au chaud » (Ravololomanga, 1992 ; Rakotomanana, 2016). L'objectif de cette période de confinement, allant de un à trois mois, est le repos, afin que les organes féminins retrouvent leur position et leur force initiales, et surtout l'évitement du froid : le froid ne doit pas s'engouffrer dans le corps après l'accouchement. La maladie appelée *sovoka* résulte de la pénétration du froid à l'intérieur du corps de la femme et peut lui être fatale. Au cours de cette période, elle peut éventuellement avoir la visite de la *reninjaza* qui l'a aidée à accoucher, mais elle n'effectue aucune visite post-natale dans un centre de santé.

Pendant la période de confinement, la femme reste le plus souvent allongée, avec le nouveau-né, qu'elle maintient emmitouflée contre elle, même en période de grande chaleur. Le nouveau-né ne sort qu'exceptionnellement au cours de cette période : lors de sa présentation à la famille et au voisinage, et pour qu'il soit emmené au centre de santé dans le cadre de la vaccination « de routine » [7].

Les parents enquêtés s'accordent sur la dimension nécessaire et utile de la vaccination pour les enfants. De ce fait, une organisation est trouvée par la famille pour emmener le nouveau-né au centre de santé, dans un contexte où sa mère ne peut pas l'emmener elle-même en raison du respect du *mifana*. C'est généralement la grand-mère ou la tante, voire le père, qui emmène le nouveau-né au centre de santé. Pour les parents enquêtés, la vaccination sert à « renforcer » l'enfant, mais ils n'ont pas de connaissance précise des maladies concernées par les vaccins. Par ailleurs, si les vaccinations « de routine » sont généralement bien acceptées, il en va autrement des vaccinations « de masse » organisées de manière ponctuelle, qui sont perçues comme dangereuses pour les enfants et font l'objet de nombreuses rumeurs (Ramaroson et Pourette, 2018).

A l'instar de la consultation prénatale pour les femmes enceintes, il semble que la vaccination de routine des nouveau-nés soit devenue une norme sociale à laquelle on adhère pour le bien-être de l'enfant dans le cadre d'une démarche collective. Mais le caractère occasionnel et fortuit de la vaccination de masse interroge et est peu accepté par la population.

4 Conclusion

Entre préconisations nationales émanant du Ministère de la Santé publique malgache, injonctions sociales au respect des normes locales, réalités de l'offre de soins et des possibilités concrètes d'y accéder, les femmes enceintes et leurs proches doivent composer avec de multiples enjeux, biologiques et sociaux, lorsqu'il s'agit de donner naissance. Ces compositions donnent lieu à des parcours de soins pluriels, empruntant à des univers symboliques et à des registres thérapeutiques syncrétiques (Dozon, 1987) qui font sens pour les populations. Alors qu'à Madagascar la politique de santé actuelle tend à ne pas tenir compte des *reninjaza* et autres tradipraticiens intervenant dans

7. Vaccination effectuée dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination (PEV), comprenant les vaccins prévus dans le calendrier vaccinal des enfants.

le champ de la naissance, les expériences des femmes et les réalités auxquelles les populations sont confrontées soulignent toute l'importance que représentent ces recours, dans un contexte où l'offre de soins officielle est plus que défaillante et à laquelle on fait surtout appel en contexte d'urgence.

Bibliographie

Didier, P., 2015, *Médecine traditionnelle et" médecine intégrative" à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales* , doctorat d'Anthropologie sociale et ethnologie. Université de Bordeaux.

Dozon, J.-P., 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », *Politique Africaine*, 28, p. 9-20.

Fernandes, G., Rakoto, I., Ranaivo Rabetokotany, N., 2010, « Les jumeaux de Mananjary. Entre abandon et protection ». Antananarivo : UNICEF.

Fremigacci, J., 2014, « Madagascar ou l'éternel retour de la crise », *Afrique contemporaine*, 251, p. 125-142.

Institut National de la Statistique, 2013, « Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013 ». Antananarivo.

Jaffre, Y., 2011, « L'utilité d'une anthropologie comparative des pratiques populaires d'accouchement et des conduites liées à la maternité », in Hancart Petitet P. (éd.), *L'Art des matrones revisité*. Paris : Faustroll & WHEP/GID, p. 293-304.

Jaffre, Y., Olivier de Sardan, J.-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*. Paris : APAD, Karthala.

Mattern, C., 2015, « Les circuits de distribution des médicaments pharmaceutiques industriels à Madagascar, L'automédication et ses déterminants », *Actes des Rencontres scientifiques Nord/Sud à Cotonou, Bénin 2015*, http ://automed.hypotheses.org/cotonou2015/mattern

Mattern, C., Pourette, D., Raboanary, E., et al, 2016, « *Tazomoka* is not a problem. Local perspectives on malaria, fever case management and bed net use in Madagascar », Plos One, 11 (03), http ://journals.plos.org/plosone/article ?id=10.1371/journal.pone.0151068.

Mestre, C., 2014, *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*. Paris : L'Harmattan.

Ministère de la santé publique de Madagascar, 2015, « Plan de développement du secteur santé (2015-2019) ».

Pourette, D., 2018, « Les "matrones" à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels », in Pourette D., Mattern C., Bellas-Cabane C., Ravololomanga B., (éds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, p. 115-126.

Pourette, D., Pierlovisi, C., Randriatsara, R., Rakotomanana, E., Mattern, C. 2018, « Avoiding a "big" baby : Local perceptions and social responses toward childbirth-related complications in Menabe, Madagascar », *Social Science & Medicine*, 218, p. 52-61.

Quashie, H., Pourette, D., Rakotomalala,. O., Andriamaro, F., 2014, « Tradithérapie, Biomédecine et Santé Maternelle à Madagascar », *Health, Culture and Society*, 7, 1, 15p.

Rakotomanana, E., Mattern, C., Randremanana. R., Piola, P., 2016, "Identification of the sociocultural determinants of stunting. Qualitative analysis in three disctricts of Madagascar". Antananarivo : Institut Pasteur de Madagascar, USAID.

Ramaroson, H.J.V., Pourette, D., 2018, « Perception des vaccinations de routine et de masse par les mères. Cas du fokontany de Namahora, Menabe », in Pourette D., Mattern C., Bellas-Cabane C., Ravololomanga B., (éds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris : L'Harmattan, p. 173-184.

Ravololomanga, B., 1992, *Etre femme et mère à Madagascar*. Paris : L'Harmattan.

Sharp Lesley A., 1993, *The Possessed and the Dispossessed : Spirits, Identity, and Power in a Madagascar Migrant Town*. Berkeley : University of California Press.