



Institut de Recherche pour le Développement (IRD)
Université Catholique de Madagascar (UCM)
Institut Pasteur de Madagascar (IPM)
Louvain Développement (LD) / Fanoitra / FAFED



Etude anthropologique
**« Santé reproductive, itinéraires thérapeutiques et recours aux
soins dans la région de Morondava-Menabe »**

Rapport final

Dolorès Pourette (IRD-UCM)
Carole Pierlovisi (Muséum national d'Histoire naturelle, Paris)
Ranja Randriantsara (LAPTT/Université d'Antananarivo)

Juillet 2015

Sommaire

I/ Introduction

II/ Méthodologie

III/ Principaux Résultats

1/ Les itinéraires de soins des femmes autour de la grossesse

a/ Itinéraires thérapeutiques des femmes au cours de leur grossesse et choix des recours aux acteurs de santé

b/ Facteurs influençant ces trajectoires thérapeutiques

c/ Les pathologies de la femme enceinte et les recours aux soins dans chaque cas

d/ Choix de l'itinéraire thérapeutique

e/ Le CSB comme dernier recours

2/ Les acteurs de santé : rôles, perceptions, collaborations

a/ Fonction et complémentarité des acteurs de la santé

b/ Perceptions des acteurs de santé les uns par rapport aux autres

c/ Expériences de collaboration

3/ Les pratiques

a/ Le lieu de l'accouchement

b/ Le déroulement de l'accouchement chez la matrone

c/ Traitement du placenta et du cordon

d/ Les soins donnés après l'accouchement

4/ Les perceptions populaires autour de la grossesse

a/ La conception du risque

b/ La notion de « complication »

c/ La perception du système de soins moderne

d/ Des visions diversifiées pour expliquer les problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile

I. Introduction

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique majeur au niveau international. La réduction de la mortalité maternelle fait partie des Objectifs du Millénaire pour le Développement des Nations Unies. Dans les pays en développement, le taux de mortalité maternelle est estimé à 290 décès pour 100 000 naissances vivantes (INED, 2010). A Madagascar, ce taux est estimé à 498 décès pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2008-2009). 21 % des décès de femmes malgaches en âge de procréer (15-49 ans) seraient dus à des causes maternelles (EDS 2008-2009).

Les données des dernières Enquêtes Démographiques et de Santé (2008-2009) montrent en outre que la majorité des femmes malgaches ne bénéficient pas d'un suivi prénatal optimal (composé de 4 visites prénatales selon l'OMS) et que la majorité d'entre elles accouchent à domicile (90% dans certaines régions), seules ou avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle. 35% des femmes ne reçoivent aucun soin postnatal (60 à 70% dans certaines régions).

De nombreux facteurs individuels, environnementaux, sociaux et économiques constituent des freins à l'adoption des recommandations nationales et internationales dans le domaine de la santé maternelle. Il est nécessaire de comprendre les déterminants des pratiques concernant le suivi de grossesse, les conditions d'accouchement, et les soins postnatals.

On estime par ailleurs qu'actuellement 70 à 80 % de la population malgache a recours à la médecine traditionnelle pour se soigner, en particulier en zone rurale et enclavée. Ce pourcentage s'explique par une meilleure accessibilité financière et géographique, mais aussi parce que cette forme de soin correspond à une réponse culturellement adaptée à la conception de la maladie et du malheur des populations locales.

Suite aux recommandations de l'OMS, l'Etat malgache a décidé, en 2006, de reconnaître officiellement l'exercice de la médecine traditionnelle et de réglementer sur le statut des tradipraticiens. Ces mesures ont pour principal objectif d'améliorer la couverture sanitaire du pays en renforçant les compétences des guérisseurs locaux, ainsi qu'en encourageant une collaboration entre médecine moderne et autochtone au niveau des CSB. Basées sur des paradigmes différents, force est de constater que ces deux formes de thérapeutiques peinent souvent à cohabiter sur le terrain.

Une bonne connaissance des différents acteurs de la santé en présence et des liens qui les unissent semble nécessaire. Ceci passe par une étude des perceptions et représentations que chacun se fait de l'autre, et par une meilleure compréhension des attentes de la population à l'égard de ces deux catégories d'acteurs.

Dans le cadre de son Programme Triennal 2014-2016 (PT3), Louvain Coopération encourage activement la mise en place de projets dans le domaine de la Santé dans la région du *Menabe*, à l'Ouest de Madagascar. Un des principaux objectifs de ces actions est d'améliorer le système de soins de santé local des populations de cette zone d'ici fin 2016, en nouant des partenariats avec des structures *in situ*.

Dans cette perspective et pour parfaire leurs connaissances des comportements thérapeutiques des populations locales, Louvain Coopération a proposé un partenariat à l'UCM, l'IRD et l'IPM pour mener une étude anthropologique dans la zone de Morondava-Menabe. En s'appuyant sur une collaboration avec les ONG malgaches FANOITRA et FAFED qui travaillent régulièrement sur ces sites, **l'objectif global de cette recherche est de mieux comprendre les recours thérapeutiques des femmes du Nord Menabe avant, pendant et après leur grossesse, en particulier les raisons pour lesquelles leur fréquentation des**

soignants traditionnels reste toujours bien supérieure à celles des CSB. Pour cela, deux thématiques principales ont été explorées : d'une part, les recours thérapeutiques de femmes ayant au moins un enfant en bas âge, et d'autre part, les perceptions et représentations que les acteurs de santé modernes et traditionnels développent les uns par rapport aux autres.

II. Méthodologie

La méthodologie utilisée est une enquête anthropologique par entretiens semi-directifs. Le terrain s'est déroulé du 6 au 19 juin 2014 dans des *fokontany* répartis sur la circonscription du Centre de Santé de Base d'Androvakely, situé à environ 11 Km de Morondava.

Des entretiens semi-directifs ont été menés dans des zones situées à 5, 15 et 25 Km du CSB, ce afin de saisir le poids des facteurs géographiques et de la distance par rapport aux structures sanitaires sur les recours aux soins pendant la grossesse et pour l'accouchement. Trois grilles d'entretien ont été élaborées lors de la préparation de la phase de terrain, chacune destinée à une catégorie particulière de la population villageoise :

- des femmes ayant un enfant de moins d'un an ;
- des personnes de leur entourage (conjoint, famille...) ayant joué un rôle déterminant dans le choix du recours thérapeutique adopté ;
- des acteurs de la santé issus du système de soins traditionnel (matrones et tradipraticiens - TP) et moderne (sages-femmes, médecins, agents communautaires - AC).

Au total, 61 personnes ont été enquêtées dans la zone d'étude. Le tableau suivant résume la répartition de cet effectif :

Personnes interrogées	Zone d'étude (distance par rapport au CSB d'Androvakely)			TOTAL
	5 Km	15 Km	25 Km	
Femmes	8	6	13	27
Entourage	5	5	0	10
Personnels de Santé	5	3	1	9
Tradipraticiens/ Matrones	7	4	4	15
TOTAL	25	18	18	61

Tableau 1: Tableau récapitulatif des personnes interrogées.

Le tableau suivant présente des données descriptives des villages enquêtés :

Description	Les Fokontany		
	Villages à 5km : Androvabe ⁽¹⁾ , Soanafindra ⁽²⁾ et Antsakamiroaky ⁽³⁾	Village à 15km : Troboambola	Village à 25km : Lovobe
Nombre des foyers	Environ 200 pour chaque village	Environ 200	238
Effectif de la population	Environ 2000 dont plus la moitié moins de 18 ans. La majorité des enfants sont scolarisés mais 80% ne finissent pas l'école primaire	Environ 450 dont à peu près 140 enfants non scolarisés	1088 dont 564 ont plus de 18 ans et 524 moins de 18 ans (environ 5 femmes sur 10 sont mères avant 18 ans)
Associations existantes	Deux associations paysannes pour l'amélioration de l'agriculture	Une association paysanne : « Tsinjo » pour l'amélioration de l'agriculture	Une association de pêcheurs : « Ankaotokamiray »
Etablissements scolaires	- 1 EPP - 1 CEG - 1 école primaire privée	Aucun établissement scolaire, les enfants doivent parcourir plus de 5 km à pieds pour aller étudier au village le plus proche dont l'accessibilité est impossible les 1/3 de l'année scolaire ; la majorité des enfants ne vont pas à l'école	- 1 EPP - 1 école privée catholique (PSa au CM1)
Distance du CSB	- à 5km du CSB d'Androvakely qui est leur centre de santé respectif avec une facilité d'accès	- à 15km du CSB d'Androvakely qui est son centre de santé respectif mais l'accès est quasiment impossible toute l'année - à 8km du CSB de Bemanonga que la population fréquente	- à 25 km du CSB d'Androvakely qui est son centre de santé respectif mais l'accessibilité est difficile et non sécurisé ; - à 9 km du CSB2 de Morondava que la population préfère
Temps et moyens de déplacement pour aller au CSB	30mn à pied ou 20mn en charrette	2h à pied ou 1h en charrette	2 à 3h à pieds et en pirogue
Présence du P.S.	2 AC dans chaque village, soit 6 au total	- 2 AC rattachés au CSB de Bemanonga - 2 AC rattachés au CSB d'Androvakely	2 AC
Présence des TP	4 ⁽¹⁾ + 2 ⁽²⁾ + 2 ⁽³⁾ matrones et 2 ⁽¹⁾ + 1 ⁽²⁾ + 2 ⁽³⁾ guérisseurs	4 matrones et 3 guérisseurs	3 matrones et 3 guérisseurs
Eglises présentes	EKAR, FLM	EKAR	FLM et EKAR
Lieu de culte traditionnel	Un arbre sacré à Androvabe	Un arbre sacré	Un lieu de sacrifice de zébu et un arbre sacré

Approvisionnement en médicaments	- chez les épiciers, - le « Toby » des AC, - un marchand ambulant	- chez les épiciers, - le « Toby » des AC, - un marchand ambulant	- chez les épiciers, - le « Toby » des AC, - Haja : un marchand ambulant
Activités liées à la médecine traditionnelle	Aucune	2 fabricants d'huiles essentielles de ricin	Aucune
« Fady » liés à la santé	- spécifique à chacun selon les recommandations du TP	- interdiction de manger les anguilles et les chèvres ; - spécifiques à chacun selon les recommandations du TP	Spécifique à chacun selon les recommandations du TP
Source de revenue principale de la population	Agriculture	Agriculture	Pêche
Nombre d'accouchements annuel	Environ 30 par fokontany enregistrés aux chefs fokontany	Environ 25 enregistrés au chef fokontany	Environ 30 enregistrés au chef fokontany
Infrastructures	5 épiceries, 1 vidéo, des puits, rizeries, aucun WC	1 épicerie, 1 rizerie, 2 bornes fontaines dont l'une n'est plus fonctionnelle, aucun WC	4 épiceries, 1 vidéo, un puits pour chaque carreau, aucun WC

Tableau 2 : Tableau descriptif des villages enquêtés

D'autre part, nous avons organisé, lorsque cela était possible, des réunions avec les chefs *fokontany* et les villageois afin de leur exposer les objectifs de notre recherche. Deux focus groups se sont ainsi tenus à Androvakely et Antasakamiroaky. En plus de faciliter notre introduction dans le village et, de ce fait, de contribuer au bon déroulement de nos enquêtes sur le terrain, ils furent aussi l'occasion de comprendre comment les populations locales percevaient la problématique de la mortalité maternelle et infantile.

Limites du terrain

Nous estimons avoir fait tout notre possible pour réaliser cette étude et répondre aux demandes de Louvain Coopération. Néanmoins, certaines limites sont à noter, et parmi elles :

- la durée assez courte que nous avons passée sur le terrain ;
- la réticence de certains dirigeants ou responsables à répondre à nos questions ;
- les préjugés développés par certains villageois concernant notre venue par rapport à d'autres projets menés avant le notre ;
- le manque d'habitude de certaines personnes interviewées à dialoguer avec des étrangers (le terrain a été mené par une anthropologue malgache maîtrisant le dialecte local et par une anthropologue française).

III. Principaux résultats

1. Les itinéraires de soins des femmes autour de la grossesse

a. Itinéraires thérapeutiques des femmes au cours de leur grossesse et choix des recours aux acteurs de santé

L'analyse des entretiens met en évidence que les femmes consultent à la fois docteurs/sages-femmes du CSB et matrones/tradipraticiens tout au long de leur grossesse, dont les rôles semblent perçus comme complémentaires, chacun d'eux intervenant à des moments particuliers ou dans des cas précis.

Lorsqu'une femme ressent certains symptômes qui lui font soupçonner qu'elle est enceinte (absence de règles, gonflement de la poitrine, nausées et vomissements...), elle consulte dans un premier temps une matrone ou éventuellement un tradipraticien qui pose son diagnostic. La grossesse est ensuite confirmée au cours d'une consultation au CSB avec la sage-femme. Cette démarche est généralement faite par la femme seule, sans qu'elle en parle à son mari ou à un membre de sa famille. Certaines femmes ont ainsi plus confiance dans les dires des sages-femmes que dans ceux de la matrone :

« Je vais voir la matrone et je lui demande de me consulter, et là elle m'annonce que je suis enceinte. Je vais la voir mais je doute encore, et puis j'ai décidé d'aller voir la sage-femme [...] elle fait le diagnostic et puis elle confirme que je suis enceinte, et là je suis rassurée que j'étais vraiment enceinte » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky).

Au cours de leur grossesse, les entretiens montrent que les femmes vont régulièrement au CSB pour faire une CPN : en général, elles consultent tous les mois ou les deux mois jusqu'à l'accouchement, et rares sont celles qui ne font pas ce suivi jusqu'au bout de leur grossesse. Elles s'y rendent généralement seules, ou accompagnées par leur mère ou une sœur. Les entretiens révèlent, au travers de leur bonne connaissance du nombre de CPN à faire au cours de la grossesse, des examens qui y sont faits et de l'intérêt de ces consultations, que les femmes sont relativement bien sensibilisées à l'importance des CPN dans le suivi d'une grossesse. La réalité concernant l'assiduité des femmes à faire des CPN est néanmoins assez difficile à évaluer. En effet, si la plupart des femmes interrogées dans les villages nous assuraient qu'elles vont régulièrement au CSB pour les CPN, le discours du personnel soignant du CSB est bien différent. Ainsi, selon eux, la plupart des femmes enceintes ne font pas les 4 CPN au cours de leur grossesse comme cela est recommandé. Elles viennent consulter tardivement, à partir du 4^{ème} mois, voir au 5^{ème} ou 6^{ème} mois, certaines même seulement à la fin de leur grossesse. Si le facteur de l'éloignement du CSB est souvent avancé pour expliquer la non fréquentation des centres de santé, nos entretiens ne montrent pas de différences notables entre le nombre de CPN et l'éloignement du village au CSB d'Androvakely.¹

Les médicaments qui sont prescrits au CSB sont généralement pris par la femme au cours de sa grossesse. Lorsque tous les comprimés sont consommés, c'est le signal qu'il faut de nouveau aller au CSB pour une nouvelle CPN. Pour les femmes, ces traitements consistent principalement en une supplémentation en fer qui est perçue comme servant à garantir la santé de la maman et celle du bébé jusqu'à la naissance. Seulement quelques femmes disent avoir pris un traitement préventif du paludisme pendant la grossesse. Au cours des CPN, la sage-femme fait des gestes, réalise des examens et utilise des

¹ Un biais s'est cependant certainement glissé dans notre étude. En effet, le village de Lovobe a été choisi car il se situe à 25 Km du CSB d'Androvakely, mais il n'est qu'à 1 ou 2h de pirogue de l'hôpital de Morondava.

appareils modernes qui ont un effet rassurant sur les femmes qui viennent consulter. L'accès à la modernité (matériel, médicament, analyse, échographie...) est très souvent évoqué au cours des entretiens et semble très apprécié et très rassurant par la femme enceinte et ses proches. Le CSB et ses représentants (sages-femmes, docteurs...) semblent symboliser cette modernité et représentent des éléments rassurants au cours d'une grossesse pour les populations rurales.

Parallèlement aux CPN, les femmes consultent préférentiellement la matrone et le tradipraticien pour soigner les maux quotidiens qu'elles ont au cours de leur grossesse.

Elles vont trouver une matrone quand elles ont mal au dos pour ses massages qui leur « donnent de la force », mais aussi pour s'assurer que le bébé est bien positionné dans le ventre de la maman. La matrone pourra aussi être consultée pour d'autres pathologies en lien avec la grossesse et pour lesquelles elle prescrira des décoctions de plantes médicinales. Parfois aussi, elle peut donner des tisanes de plantes médicinales en cas d'hémorragies au cours de l'accouchement, mais si ça ne fonctionne pas, la femme devra être évacuée au CSB ou à l'hôpital.

Pour d'autres pathologies, la femme enceinte consulte un tradipraticien, en particulier pour traiter les accès de fièvre (considérés comme du paludisme) mais aussi pour lui confectionner des protections contre les maladies surnaturelles, notamment les attaques d'esprits.

La différence entre tradipraticien et matrone est le domaine de compétence. Tout ce qui concerne « le ventre » est du domaine de compétence de la matrone, le reste est celui du tradipraticien.

En règle générale, les femmes accouchent le plus souvent chez une matrone et rarement au CSB en particulier si celui-ci est éloigné du village. Même pour les femmes des villages les plus proches du CSB (5Km), il est très rare d'aller accoucher au CSB. La raison essentielle semble être non pas l'éloignement mais le risque de l'absence de la sage-femme qui peut être en déplacement dans un autre village. Si l'accouchement se déroule normalement, il est du ressort de la matrone, mais en cas de complication (si l'enfant met trop de temps à sortir, en cas d'hémorragies non contrôlées par des décoctions de plantes...), la femme sera emmenée au CSB pour être prise en charge par une sage-femme (même si l'on n'est pas sûr de la trouver en arrivant). Ici encore, c'est principalement l'accès à du matériel moderne qui est perçu comme la solution pour mener à bien un accouchement difficile. Néanmoins, une femme pourra être amenée directement au CSB ou à l'hôpital si quelque chose au cours de sa grossesse est perçue comme anormale. Par exemple, une femme a décidé d'accoucher au CSB car son ventre était anormalement gros : il s'agissait en fait de jumeaux, ce qu'elle ignorait.

Après l'accouchement, la matrone lave l'enfant et la mère avec de l'eau tiède à laquelle on ajoute des plantes médicinales aux multiples vertus (voir plus bas). Elle donne le placenta à la famille qui le traitera d'une manière particulière en fonction de ses coutumes, et s'occupe des soins du cordon du nouveau-né. La matrone visite régulièrement la jeune mère : le jour de l'accouchement, elle lui se rend à son chevet toutes les heures, puis tous les deux jours. Elle s'assure ainsi que l'enfant et la mère se portent bien. Pour les femmes, c'est très important que la matrone soit proche et puisse prendre soin d'elles et de leur nouveau-né :

« Q : Et la matrone, est ce qu'elle vient te voir souvent ?

R : Elle habite près de chez moi et elle vient me voir très souvent, elle vient toutes les heures pour me consulter et pour voir aussi le bébé, et s'il y a une hémorragie, elle prend une feuille de manioc pour broyer et extraire le liquide, et puis elle me donne ensuite le liquide pour stopper l'hémorragie (...) et si tout va bien, elle ne revient que dans trois jours.

Q : Est ce que c'est important pour toi que la matrone soit là pour prendre soin de toi et de ton bébé après l'accouchement ?

R : Oui, c'est très important » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky).

Il semble donc exister une dichotomie entre ce qui est perçu comme normal et qui peut être pris en charge par une matrone, et ce qui est perçu comme anormal au cours de l'accouchement et qui sera alors du ressort d'un soignant moderne. Néanmoins, parmi les femmes qui ont accouché chez une matrone, beaucoup nous ont confié qu'elles auraient préféré que leur accouchement se déroule au CSB parce qu'on y trouve « des médicaments et des piqûres » qui permettent de parer à d'éventuelles complications.

b. Facteurs influençant ces trajectoires thérapeutiques

Même si elles ont régulièrement été au CSB pour y faire leurs CPN, la plupart des femmes enquêtées ont recours plus souvent aux soins d'une matrone, en particulier au moment de l'accouchement, et ceci pour différentes raisons.

La première raison est financière, puisqu'un suivi et un accouchement au CSB demandent un investissement financier beaucoup plus important que chez une matrone. En effet, le suivi de grossesse au CSB « *coute cher* » puisque même si la CPN est gratuite, les médicaments et vaccins prescrits sont payants et leur coût, en plus de la distance parcourue pour aller consulter (et qui correspond à du temps où la femme ne pourra pas travailler), représente un investissement financier important. Les femmes préfèrent alors aller voir une matrone où l'on ne paiera qu'une seule fois lors de la première consultation (généralement 1000 ou 2000 Ar maximum), les suivantes étant gratuites. De même, bien que l'accouchement soit payant chez la matrone (environ 5 000 à 10 000 Ar maximum, un prix qui diffère selon le sexe de l'enfant chez la matrone comme au CSB), celui-ci reste bien moins onéreux qu'au CSB.

D'autre part, « *le CSB ne fait pas de crédit, la matrone, elle, elle peut attendre un peu pour le paiement si on a des difficultés* » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky).

« Nous ne demandons jamais de salaire car c'est contraire à notre éthique. Quand on est tradipraticien on ne cherche pas à s'enrichir de ce métier. Notre ancêtre nous a confié le devoir de veiller à la bonne santé des autres sans s'attendre à des récompenses matérielles. Le fait d'avoir ce don est déjà un grand cadeau pour nous. Par contre si la mère et sa famille sont satisfaites de mon travail, elles me donnent des récompenses en argent ou en nature. Mais si elles n'ont rien on ne leur tient pas rigueur. Durant mes 45 années d'exercice, les gens sont toujours reconnaissants de mon travail, ils me donnent au minimum 5000 ariary », témoigne une matrone d'Androvabe.

Au CSB, il est impossible de s'arranger au niveau du paiement, le coût d'un accouchement est onéreux et difficile à assumer pour des populations de cultivateurs qui sont très pauvres et pour qui l'accouchement au CSB représente une somme conséquente. Une femme rapporte qu'elle a payé 25 000 Ar pour son accouchement au CSB (ce qui correspond d'après elle au prix des médicaments), alors que sa sœur aurait payé 200 000 Ar (elle a dû rester 2 jours au CSB).

La deuxième raison est une raison logistique et de proximité. Les personnels de la santé effectuent des visites prénatales mais le CSB n'est pas accessible à toutes les femmes enceintes du fait de l'éloignement géographique. Les femmes sont obligées de faire une longue marche à pied et traverser des rivières. Les femmes du village de Lovobe qui est à 25km du CSB, doivent faire des longues marches et traverser la mer deux fois en pirogue.

« Nous devons consacrer toute une journée pour aller au CSB à Morondava, c'est un défi à chaque fois quand- il n'y a pas de pirogue car nous sommes obligés de traverser les embouchures à pieds avec l'eau au-dessus de notre hanche » (une mère de Lovobe).

Le CSB est souvent loin du village, il faut du temps pour y accéder, et les accouchements sans complications se déroulent souvent très vite (2-3h d'après nos entretiens), ce qui correspond au temps moyen mis par les femmes pour se rendre au CSB. De plus, certains accouchements ont lieu la nuit, ce qui ne facilite pas le transfert de la femme au CSB, ou encore lors de la saison des pluies, une époque où les routes sont souvent impraticables : dans des conditions normales d'accouchement, il est alors beaucoup plus aisé de faire accoucher la femme directement au village par une matrone, d'autant plus que celle-ci est considérée comme légitime pour assurer les accouchements sans complications, qu'elle est proche et disponible à tout moment.

« Les gens n'ont pas du mal à venir me chercher à tout moment s'il y a un accouchement, que je sois à la maison ou dans les champs, dans la journée que dans la nuit. Parfois je reste un ou deux jours chez eux et je ne rentre pas chez moi que si je ne suis pas sûre que la mère et le bébé se portent bien. Après je leur rends visite tous les trois ou quatre jours durant les deux semaines qui suivent l'accouchement », affirme la matrone d'Androvabe.

Une troisième raison expliquant que la plupart des accouchements se déroulent chez la matrone et non au CSB vient du fait que la sage-femme est souvent absente du CSB.

« La plupart des femmes qui vont accoucher chez nous ne vont pas au CSB car c'est loin, et aussi la sage-femme n'est pas présente quelque fois, et c'est pour ça que nous devons accoucher chez la matrone » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky).

En effet, la sage-femme est obligée de se déplacer souvent pour aller dans les villages et, étant donné qu'il y a très peu de personnel soignant (elle est souvent toute seule au CSB pour soigner des centaines de personnes des villages environnants), le CSB se retrouve sans personnel soignant. Ainsi, les villageois ne prendront pas le risque de déplacer une femme qui est en train d'accoucher au CSB s'ils n'ont pas la certitude que la sage-femme est bien là-bas, sauf en cas de complication. Cette attitude est renforcée par le fait qu'un accouchement sans complication ne nécessite pas l'intervention de la sage-femme, la matrone étant perçue totalement qualifiée et légitime dans cette situation.

Enfin, le choix d'aller au CSB ou chez un acteur du soin traditionnel dépend aussi du domaine de compétence que l'on attribue à chacun d'eux. Par exemple, certaines pathologies relèvent implicitement de la compétence des acteurs du soin traditionnel, tels que les massages et les protections contre les mauvais esprits. De ce fait, les pathologies de la femme enceinte telles que le mal de dos, ou les vertiges et étourdissements, ne seront pas traités au CSB, mais directement chez la matrone ou le tradipraticien. A l'inverse, les accouchements compliqués doivent se dérouler au CSB car c'est là-bas qu'on trouve le matériel nécessaire pour éviter que la vie de la mère et/ou de l'enfant ne soit mise en danger.

Une des questions de recherche auxquelles nous souhaitons répondre au cours de notre enquête était d'étudier l'itinéraire thérapeutique des femmes en fonction de la distance qui séparait leur village du CSB dont il dépendait. Nous avons donc choisi de mener nos enquêtes dans des villages situés à 5, 15 et 25 Km du CSB d'Androvakely afin d'évaluer si l'éloignement constituait un facteur influençant les femmes dans le choix de leurs recours thérapeutiques au moment de la grossesse. Au cours de nos enquêtes, nous nous sommes aperçues que même si les villages dépendaient officiellement du CSB d'Androvakely, les habitants

se faisaient soigner dans la structure de soin la plus proche qui n'était pas toujours le CSB d'Androvakely, mais qui différaient en fonction des villages et de l'état des routes.

Ainsi, les femmes vivant à 5 Km du CSB d'Androvakely font effectivement leur CPN dans ce CSB auquel elles ont accès en moins d'une heure à pieds, ou en une trentaine de minutes en charrette. Si les femmes interrogées dans cette zone font régulièrement des CPN, elles ont toutes accouché chez une matrone. La principale raison évoquée est d'ordre financier, mais les femmes expriment aussi leurs craintes que la sage-femme soit absente du CSB au moment de l'accouchement.

Les femmes vivant à 15 Km du CSB d'Androvakely font, quant à elles, leurs CPN dans la structure de soin la plus proche de leur village qui n'est pas le CSB d'Androvakely, mais celui de Bemanunga qui est accessible en environ 2h de marche, ou 1h de charrette. Elles ont toutes fait un grand nombre de CPN.

Enfin, pour les femmes qui vivent à Lovobe, un village de pêcheurs situé à 25 Km du CSB d'Androvakely, la structure de soin la plus proche est le CSB de Namahora ou encore le dispensaire de Morondava. Ces derniers sont à 3h de marche à pieds, ou bien à 2h de distance quand on utilise une pirogue.

c. Les pathologies de la femme enceinte et les recours aux soins dans chaque cas

La principale pathologie est le mal de dos car la femme continue de travailler dans les champs pendant sa grossesse. Dans ce cas, elle ne va pas au CSB, car on ne « sait pas » comment traiter, mais elle va voir directement la matrone qui lui fait des massages : « les massages donnent de la force ». Les massages sont faits avec de l'huile de coco, aucune plante n'a été mentionnée pour les massages. Ici, c'est donc la technique de la matrone qui est gage d'efficacité et non pas l'usage de plantes médicinales. D'autre part, la matrone pourra aussi avoir recours à des herbes en décoction pour soigner certains maux de la grossesse.

Une autre pathologie fréquente de la femme enceinte est la fatigue, les vertiges et les étourdissements. Ces maux sont associés à des causes surnaturelles et nécessitent l'intervention d'un tradipraticien. Ce dernier confectionne alors des amulettes et des protections que la femme devra porter tout au long de sa grossesse

« Ma femme est allée voir un tradipraticien parce que c'est ce que notre coutume veut, il faut mettre des protections contre le vertige et des protections contre le mauvais jour de l'accouchement » (mari, 27 ans, Tromboambola).

Ces rituels servent à protéger la femme et l'enfant (car si la femme a des vertiges et qu'elle tombe, cela représente un risque vital pour l'enfant).

Certaines maladies malgaches sont aussi très présentes au cours de la grossesse. Celles-ci ne peuvent pas être traitées par un médecin du CSB et seuls un guérisseur malgache a les compétences pour la traiter. Certains symptômes qui ne s'améliorent pas après un traitement au CSB sont alors perçus comme des maladies surnaturelles dues au *mosavy*².

« A sept mois de grossesse, j'ai perdu beaucoup de sang. Pendant cinq jours, le sang ne s'arrête pas, alors je suis allée chez le médecin. Je suis apportée par une charrette et le sang traverse. Il m'a donné des tas de médicaments mais ça ne s'arrête pas. Alors je suis allée au gasy [guérisseur malgache] [qui m'a donné] des médicaments gasy, des ody gasy. C'est juste un médicament qu'on pose dans la maison, juste une bouteille qu'on place dans la maison et le sang s'arrête. Au bout d'une nuit, ça s'est arrêté. C'est du mosavy, c'est quelque chose que quelqu'un a fait. » (femme, 24

² *Mosavy* est un terme sakalava : chaque fois qu'un événement perçu comme surnaturel et dangereux se produit dans le village, on dit qu'il s'agit de *mosavy*. Il s'agit de sorts ou maléfices jetés par des sorciers.

ans, Tromboambola)

Concernant les fièvres, la femme va consulter un tradipraticien qui est spécialisé dans les fièvres et le paludisme. Pour beaucoup de villageois, la fièvre *tazo* est fréquemment associée au paludisme, et certains tradipraticien sont réputés pour être des spécialistes de cette pathologie.

Après l'accouchement, la femme doit rester enfermée chez elle au chaud pendant un temps déterminé pour éviter d'attraper un coup de froid ou pour éviter que l'air ne rentre dans son corps. Ce temps varie entre 1 et 3 mois. La matrone la visite régulièrement pour prévenir cette maladie, mais si la femme l'attrape, c'est un tradipraticien qui la soignera.

« On m'appelle au cas où la femme est atteinte de l'infection post-partum, elle fait des crises de convulsions. Ça arrive quand la maladie s'introduit dans le corps de la femme, ça vient après l'accouchement parce qu'il y en a qui s'en fiche des couvertures, alors elles prennent froid »
(tradipraticien, 89 ans, Androvabe)

En général, pour les maux quotidiens, ce sont donc les soignants traditionnels qui prennent en charge les femmes avant, pendant et après leur grossesse.

d. Choix de l'itinéraire thérapeutique

Quelle est la place du mari dans le choix de l'itinéraire thérapeutique ? celui de la mère ? cela dépend-il de l'âge de la femme enceinte ?

Le mari n'intervient que très rarement dans les choix de la femme pour aller voir une matrone ou consulter au CSB. C'est plutôt la famille qui lui donne des conseils, en particulier les femmes, notamment celles qui sont plus âgées, en priorité la mère mais aussi parfois la belle-mère. La mère est la première conseillère lorsque la femme attend son premier enfant, ou bien lorsqu'elle est très jeune. Les femmes semblent accepter docilement de suivre les recommandations de leur mère qui leur préconise où et quand elles doivent aller consulter. Le mari peut éventuellement donner son avis mais il n'intervient qu'en second plan. Tout ce qui touche à la grossesse et à l'accouchement semble donc plutôt être du domaine des femmes. Néanmoins, en cas de conflit important, c'est l'homme qui tranchera puisque « c'est le chef de famille ».

Les AC peuvent aussi donner des conseils à la femme enceinte pour une pathologie et orienteront généralement, d'après nos entretiens, vers une consultation au CSB.

D'après nos entretiens, il ne semble pas y avoir beaucoup de conseils donnés entre des femmes d'une même génération pour partager leur expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Qui accompagne la femme au cours de ces consultations ?

La confirmation de la grossesse est une démarche que la femme fait seule. Son mari n'est pas au courant qu'elle soupçonne une grossesse, elle se rendra donc seule chez la matrone et la sage-femme sans en informer son conjoint ou un membre de sa famille.

Les femmes ne font pas état de leur grossesse publiquement : « chez nous, les femmes malgaches se cachent quand elles sont enceintes, alors il n'existe pas de chiffre exacte. [...] souvent elles envoient juste un enfant pour venir chercher leur carnet de consultation ». Il s'agit de quelque chose que l'on fait discrètement.

Par la suite, elles vont se faire masser seules. Elles iront consulter la matrone ou se rendront au CSB pour la CPN seule, ou accompagnée de leur mère ou de leur sœur (en général un membre de la famille de

sexe féminin). Lors de l'accouchement, seules les femmes sont présentes, les hommes sont *fady*. Les femmes sont : la mère qui est très présente tout au long de la grossesse de sa fille, mais aussi éventuellement ses sœurs, ses tantes, sa belle-mère.

Qui décide du lieu d'accouchement ?

Dans la majorité des familles enquêtées, c'est la réunion familiale qui décide de l'endroit où se déroulera l'accouchement. La décision respecte l'avis et le conseil des plus âgés. Comme l'accouchement est une affaire des femmes, c'est la grand-mère, la mère et la belle-mère qui décident. Cela oriente largement les femmes à accoucher avec une matrone étant donné que la majorité de ces femmes âgées ne connaissaient que l'accouchement traditionnel.

« Pour mes trois enfants, j'ai accouché chez la matrone pour le premier et le dernier car c'est ma mère qui s'occupait de moi et qu'il n'y avait pas de problème particulier. C'est à mon deuxième accouchement que je suis allé au CSB à Betela Morondava ; j'avais des complications et ma grand-mère avait mobilisé toutes les femmes de la famille à m'y amener pour éviter le pire ».

« J'ai mis au monde mes six enfants avec l'aide de la matrone du village, tout comme ma mère et ma grand-mère ainsi que toutes les autres femmes de ma connaissance. Je ne vois pas aucune raison d'aller ailleurs, si c'est bon pour tout le monde cela devrait aller pour moi aussi. Quand ma fille accouchera à son tour, je me vois bien l'accompagner à notre matrone si elle sera toujours en vie ».

« Ma mère a accouché à l'hôpital et elle m'a toujours conseillé d'accoucher au CSB ou chez une sage-femme pour ne pas avoir des risques et j'ai suivi son conseil pour mes deux enfants ».

Le choix thérapeutique est ainsi une suite logique de décision dans la famille.

Parmi les parents, c'est celui qui débourse les dépenses qui a le dernier mot concernant le choix de l'endroit de l'accouchement et logiquement, les femmes expérimentées préfèrent que leur fille suive le même choix thérapeutique qu'elles. Il est à noter que plus de 90% des femmes en brousse n'ont pas d'activité génératrice de revenus propres mais elles aident seulement leur époux ou leurs parents dans les activités familiales, ce qui limite leurs possibilités.

« Nous vivons avec mes beaux-parents et ce sont eux qui ont achetés le trousseau de naissance et l'accouchement. Je voulais au début accoucher tranquillement à la maison mais ils m'ont transportée en charrette jusqu'au CSB », explique une jeune mère de 17 ans à Soanafindra.

e. Le CSB comme dernier recours pour l'accouchement

La majorité des femmes et des familles enquêtées affirme qu'elles ne penseraient jamais à aller au CSB pour un accouchement sauf en cas de complications.

« J'ai fait mes visites prénatales au CSB mais j'ai toujours accouché au village avec la matrone de la famille étant donné que j'ai jamais eu de problème », affirme une mère à Lovobe.

« J'ai dû accoucher au CSB pour mon premier enfant car la matrone et la famille n'arrivaient plus à m'aider à sortir le bébé pendant toute une journée. Elles m'ont amenée à Betela Morondava et j'ai eu des injections pour faciliter la dilatation de mon col. Le bébé a vraiment

souffert mais la sage-femme a quand même réussi. Deux ans après, j'ai accouché de nouveau chez moi avec une matrone car il n'y avait pas de complication », explique une mère à Tromboambola.

Le CSB étant dans la majorité des cas le dernier recours, il n'est pas rare que les personnels de la santé doivent faire face à des situations délicates. Les complications entraînent parfois des séquelles graves pour la mère et des handicaps pour le bébé, et bien sûr des décès.

2. Les acteurs de santé : rôles, perceptions, collaborations

a. Fonction et complémentarité des acteurs de la santé

Les entretiens révèlent une séparation nette des rôles de chacun des acteurs du soin, traditionnels ou modernes, tout au long de la grossesse et au moment de l'accouchement. Leur fonction est souvent complémentaire, chacun semble avoir son propre domaine de compétence.

- La sage-femme et le personnel du CSB

La sage-femme et le personnel de santé sont essentiellement cités dans le cadre des CPN. Ils ont un effet « rassurant » sur les femmes enceintes qui apprécient l'emploi de tout un matériel moderne pour évaluer leur état de santé et celui de leur enfant. Pour beaucoup de femmes, mais aussi leur mari et leur famille, c'est la présence de « médicaments et de piqûres » qui permettent au personnel du CSB d'assurer les accouchements compliqués. Il est rarement fait allusion à leurs connaissances, mais principalement au matériel dont ils disposent. Le CSB fournit aussi des médicaments : ce sont les compléments en fer qui sont principalement cités. Selon les femmes, le fer participe au bon développement du bébé en lui permettant de grossir dans le ventre de la mer. Cette perception de l'effet du fer sur le bébé pourrait expliquer pourquoi certaines femmes détournent ces compléments alimentaires en les donnant à manger à leurs animaux (cochons...) pour les faire grossir.

Les femmes nous ont dit se sentir en confiance avec les sages-femmes du CSB et ne pas avoir peur de leur raconter leurs maux quotidiens. En revanche, l'une d'entre elle nous a confié qu'elle n'osait pas dire à la sage-femme qu'elle avait vu une matrone avant de consulter au CSB, reflétant un certain malaise sous-jacent à avouer aller consulter un soignant traditionnel. Au cours de nos entretiens, nous nous sommes rendu compte que les sages-femmes étaient souvent des infirmières qui avaient reçu une formation pour faire des accouchements. Notons qu'il y a très peu de personnel médical dans les CSB des zones enclavées, celui-ci est donc extrêmement sollicité et doit fréquemment se déplacer dans les villages.

Les personnels de la santé sont aussi chargés de faire gratuitement les vaccins des enfants et de proposer la contraception aux mères. Le chef du SCB d'Androvakely explique :

« L'établissement public comme le CSB prend en charge gratuitement tous les vaccins des nouveaux nés et nous profitons de cette occasion pour sensibiliser les mères à la contraception conventionnelle qui est aussi gratuite ».

Beaucoup de mères refusent cependant la vaccination, après avoir constaté le malaise des enfants après le vaccin, surtout les nourrissons. Elles pensent que le vaccin risque de provoquer des maladies. Une mère affirme :

« J'ai décidé de ne plus amener mon bébé pour se faire vacciner au CSB car il tombe malade à chaque fois qu'on y revient. Mais j'ai fini ensuite par revenir à ma décision quand notre AC m'a clairement expliqué que ce fait est normal avant que l'enfant retrouve ces forces pour lutter ».

contre les maladies ».

- **La matrone**

La matrone est un personnage de proximité qui est perçue comme détentrice de connaissances lui permettant de s'occuper de certains maux de la grossesse, de faire accoucher les femmes dans les villages et de suivre l'évolution de la santé de la mère et de l'enfant dans les semaines qui suivent la naissance du nouveau-né.

Les matrones reçoivent leur don d'un membre de leur famille. Le plus souvent, il s'agit de leur mère avec lesquelles elles ont appris en assistant aux accouchements. Mais il n'y a pas toujours de transmission de connaissances. Trois des matrones enquêtées affirment avoir acquis leur savoir-faire à partir de leur expérience personnelle. Elles ont réussi à accoucher seule plusieurs fois chez elles et pensent être capables de faire accoucher d'autres femmes³. Parfois, la matrone est choisie par la communauté car un membre de sa famille pratiquait les accouchements et qu'elle a déjà accouché une de ses filles.

« A mon premier accouchement, j'étais dans le champ, j'ai perdu les eaux en ramassant des bois de chauffe. Quand j'ai commencé à avoir des contractions, je suis descendue dans la rivière et je me suis assise dans l'eau. Au bout de quelques heures, les contractions sont de plus en plus fréquentes et je sentais que c'est tout près, je suis sortie de l'eau alors et je me suis agenouillée tout en écartant mes jambes. J'ai mis mon « lamba »⁴ par terre pour accueillir mon bébé. J'ai poussé, poussé quelques minutes et j'ai senti sa tête sortir, après j'ai tiré par ses épaules. J'ai coupé le cordon avec une espèce de palmier coupant que les matrones utilisent déjà. J'ai couvert le bébé avec le « lamba » et je l'ai mis à l'abri d'un tamarinier. Après je suis redescendue dans l'eau en poussant et massant mon ventre pour faire sortir le placenta. Je me suis ensuite reposée et j'ai allaité le bébé. Je suis rentrée au village à la tombée de la nuit pour que personne ne me voie. C'était aussi comme cela à mon deuxième accouchement. En concluant que je suis douée dans le domaine, les autres femmes font recours à moi pour les aider à accoucher... et maintenant je suis devenue la matrone du village », raconte une matrone à Troboambola.

Les villageois la sollicitent alors pour qu'elle fasse les accouchements, mais elle ne se sent pas toujours légitime pour pratiquer cela. Dans ce cas-là, la collaboration et la formation des matrones auprès du CSB semblent participer à leur valorisation au niveau local, mais surtout à leur donner davantage confiance en elles pour soigner et faire accoucher les femmes du village. Les formations assoient la légitimité des matrones et renforcent leur confiance en elles. Le suivi de formation par les matrones peut aussi asseoir leur légitimité auprès des femmes qui viennent la consulter :

« j'ai accouché chez la matrone, elle est très compétente car elle a été formée par un médecin »
(femme, 32 ans, Antsakamiroaky).

La disponibilité de la matrone et le faible coût de ses consultations en font la première personne qui est visitée pour traiter un problème en lien avec la grossesse. En effet, la matrone est toujours disponible (à la différence de la sage-femme du CSB qui est souvent en déplacement dans les villages) et le prix de ses soins est très faible.

³ Selon les critères du Ministère de la santé publique et de l'Association Nationale des Tradipraticiens de Madagascar (ANTM), pour être reconnu comme « tradipraticien », il faut que les savoirs constituent un patrimoine perpétué dans la famille et transmis de génération en génération. Selon ces critères, on ne pourrait donc pas être tradipraticien par accident ou par hasard.

⁴ « Lamba » : une étoffe de tissu que les femmes portent autour des hanches comme une jupe en portefeuille.

En amont de la grossesse, les femmes de la région du Menabe ont pour habitude de consulter une matrone pour une aide à la fertilité. Selon une matrone à Lovobe :

« Les femmes viennent me voir pour des problèmes de stérilité, je leur fait des massages une fois par semaine pour stimuler le corps et faciliter la fécondation. Je leur prépare aussi une décoction de plante pour donner de la chaleur à l'utérus. Si elle tombe enceinte, je l'envoie chez le guérisseur pour avoir des protections ou à l'hôpital pour des visites prénatales ».

L'image de la matrone est très souvent associée à la fonction du massage. En effet, c'est la personne que les femmes enceintes consultent quand elles ont mal au dos, une pathologie très fréquemment citée par des femmes qui exercent des taches difficiles tout au long de leur grossesse. La matrone va alors les masser afin de leur redonner de la force pour retourner à leurs activités. Le massage est aussi utilisé pour évaluer la position de l'enfant dans le ventre, et éventuellement le remettre en bonne position s'il bouge. Les femmes considèrent que seules les matrones possèdent les connaissances nécessaires pour faire ces massages, et pas les sages-femmes. Comme beaucoup de soignants traditionnels, les connaissances des matrones sont issues d'une transmission familiale, souvent héritées de leur mère, et relèvent d'un pouvoir surnaturel.

Le fait de connaître la matrone avant l'accouchement est une qualité importante pour les femmes qui accouchent :

« Q : Vous connaissiez cette matrone ?

R : Oui, je la connaissais avant de donner naissance à mes enfants.

Q : Est-ce important pour vous de la connaître ?

R : Oui, ce sont mes parents qui me l'ont présentée, et si jamais nous avons des problèmes, on va la voir. Et si elle ne peut pas traiter le cas, elle nous conseille tout de suite d'aller à l'hôpital » (femme, 32 ans, Antsakamiroaky).

Certaines matrones ayant reçu des formations font des sensibilisations pour encourager les femmes à aller au CSB pour les visites prénatales.

Après l'accouchement, les matrones donnent des décoctions à boire et avec lesquelles se laver pour éviter l'infection et faciliter la cicatrisation.



Matrone portant un tee-shirt avec l'inscription: "RENINJAZA VOAOFANA AHO" = "JE SUIS UNE MATRONE FORMÉE". Elle sensibilise les femmes à faire les visites prénatales optimales au CSB et les accompagne au CSB pour l'accouchement.

- Le tradipraticien

Le tradipraticien est un personnage qui ne semble pas intervenir, ou alors très rarement, dans les soins gynéco-obstétriques de la femme : ce n'est pas dans son champ de compétence, car « le ventre » est le domaine de la matrone. Son rôle est bien distinct de celui d'une matrone. Il soigne les maladies telles que les accès de paludisme, les fièvres, mais aussi les vertiges qui sont souvent perçus comme la conséquence d'une attaque d'origine surnaturelle. L'action du tradipraticien est curative mais aussi préventive puisqu'il est chargé de fournir des protections contre les mauvais esprits qui donnent des étourdissements à la femme et mettent ainsi en danger sa vie et celle de son enfant. Pour cela, il confectionne des amulettes (collier, bracelet, bâton...) que la femme porte tout au long de sa grossesse, souvent dans ses cheveux. Selon un tradipraticien Soanafindra : « le pouvoir qui m'est conféré ne consiste pas à soigner les femmes enceintes mais juste pour les protéger de tous les maux ». D'autre part, le tradipraticien est chargé de dire quel sera le bon jour pour fêter la naissance de l'enfant (qui dépend du vintana) afin que la famille puisse organiser une grande fête. Après l'accouchement, en plus des talismans de protection, le tradipraticien donne des plantes pour faire un masque de beauté appelé « tabaka » pour chasser les mauvais esprits et les maladies.

Le tradipraticien peut aussi intervenir pour assurer la fertilité : il ne donne pas de médicament mais fait le « Sikidy⁵ » et délivre un talisman en collier ou des poudres de bois sacré à mettre dans le bain de la patiente afin de chasser les mauvais esprits.



Femme portant le talisman (collier) délivré par le tradipraticien pour la protéger des mauvais esprits

⁵ « Sikidy » : nom malgache de l'astrologie et de l'art divinatoire.

et des maladies



Femme portant le masque de beauté pour éviter les maladies



Matrone collectant une plante médicinale pour faire une décoction pour sa patiente qui vient d'accoucher

- **L'agent communautaire**

Les agents communautaires interviennent aussi parfois en tant que conseillers au cours de la grossesse. Ils sont chargés de s'occuper des enfants de 1 à 5 ans mais participent aussi à la sensibilisation des femmes pour les inciter à faire régulièrement leur CPN au CSB. Quand une femme est enceinte, elle va voir l'AC qui lui donne un document afin d'aller consulter au CSB.

Ils sensibilisent aussi les mères pour qu'elles amènent leurs enfants au CSB pour la vaccination.

Selon certains personnels du CSB, les agents communautaires sont aussi des atouts précieux dans la collaboration entre le CSB et les matrones puisqu'ils servent souvent d'intermédiaires

« Ici nous travaillons avec les agents communautaires. Ce sont eux qui servent d'intermédiaires avec les matrones. On essaie de leur faire comprendre que c'est mieux que nous travaillons ensemble » (médecin, ans, Bemanonga).

b. Perceptions des acteurs de santé les uns par rapport aux autres

Concernent les acteurs de soins traditionnels, les matrones et les tradipraticiens ont des rôles très clairement définis : la sage femme masse et fait accoucher, elle s'occupe des soins de l'enfant et de la mère juste après l'accouchement.

Au cours des entretiens, les acteurs de soins traditionnels (matrones et tradipraticiens) semblent surtout se différencier du personnel du CSB au travers du matériel qu'ils utilisent plutôt qu'au travers de l'origine de leurs connaissances. De même, les uns utilisent des médicaments, les autres des plantes médicinales : « c'est pareil mais ça met plus de temps pour agir ». En effet, selon eux, la principale différence se situe au niveau du matériel qui est à disposition au CSB, un matériel qui permet de faire face aux complications de l'accouchement contre lesquelles les matrones se sentent assez démunies. Les matrones semblent voir les membres du CSB comme un recours qui leur permet de prendre le relais face à des situations d'urgence au moment de l'accouchement auxquelles elles ne savent pas toujours répondre.

Toutes les matrones nous ont dit qu'elles souhaiteraient pouvoir participer à des formations au CSB leur donnant la possibilité d'améliorer leurs pratiques au moment de l'accouchement. Ces formations ne concerneraient que l'accouchement à proprement dit puisqu'elles se sentent déjà légitimes pour traiter les maux quotidiens en pratiquant des massages ou en utilisant certaines plantes médicinales. L'accès aux formations pour améliorer la prise en charge des accouchements, en particulier en cas de complications, semble être une manière de se sentir valorisées, d'acquérir davantage de reconnaissance et de légitimité. Les matrones sont en effet généralement des personnes très appréciées dans le village, que l'on respecte, mais elles ne semblent pas légitimes pour pratiquer des accouchements compliqués : la formation leur donnerait cette légitimité et cette confiance en soi.

La position des sages-femmes est plus ambiguë concernant les compétences d'une matrone. Dans les CSB en brousse, le personnel médical mesure l'aide précieuse qu'apportent les matrones pour gérer les accouchements dans les villages. La réalité du terrain met en évidence la place incontournable des matrones dans la santé materno-infantile. Le manque de personnel au niveau des CSB est un problème crucial auquel il faut faire face en zone enclavée. Très souvent, les sages-femmes sont des infirmières qui ont reçu une formation complémentaire pour pratiquer les accouchements. Elles assurent les soins de centaines de personnes, distribuent des médicaments, font de la sensibilisation et des formations... En revanche, même si elles se rendent compte du rôle indispensable des matrones dans les villages, elles ne semblent pas intéressées par leurs connaissances et n'expriment par exemple aucune curiosité à savoir comment elles font leurs massages.

Par contre, au cours de nos entretiens avec le personnel des CSB des villes, les discours mettent en évidence des perceptions parfois dénigrantes envers compétences des matrones, même en ce qui concerne les massages qu'elles prodiguent :

« Q : Est ce que vous pensez qu'il y a des choses que la matrone sait mieux faire qu'une sage-femme ?

R : Je ne crois pas non, mais ce qui m'étonne chez elles, c'est qu'elles osent faire ça, qu'elles osent faire ça à mains nues, sans gants, et même des trucs difficiles elles osent faire ça, chez elles (...)

Q : Qu'est ce que vous pensez des massages que les matrones font aux femmes quand elles ont mal

au dos ?

R : C'est la matrone qui sait très bien pourquoi elle fait ce massage mais pour moi en tant que médecin c'est pas la peine !!

Q : Et les matrones qui font des massages pour remettre le bébé en place ?

R : Nooon !!! Pour moi, je l'ai déjà dit, c'est pas la peine pour les matrones puisqu'elles ne savent pas du tout pourquoi on fait les massages, des fois ça entraîne quelque chose qui n'est pas bon au moment de l'accouchement.

Q : Est-ce que cela vous ai déjà arrivé d'envoyer une femme enceinte chez une matrone ?

R : Non » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga)

Ainsi, si les sages-femmes interviewées acceptent que les matrones assistent à l'accouchement au CSB, aucune ne laisserait faire des manipulations à la matrone. Le CSB est l'endroit où finalement la matrone est tolérée mais ses connaissances ne sont pas suffisamment reconnues pour qu'elles puissent être utilisées. Si les matrones souhaiteraient collaborer avec le personnel du CSB et faire des formations avec lui pour améliorer leurs pratiques notamment face à une complication au moment de l'accouchement, la réciprocité n'est pas totalement vraie. En effet, les sages-femmes souhaiteraient collaborer avec les matrones, mais elles ne semblent ni curieuses ni désireuses de connaître leurs pratiques traditionnelles (notamment du massage) et de les apprendre. L'analyse des entretiens montre que les sages-femmes souhaitent surtout que les matrones amènent plus de femmes au CSB. Ici, semble apparaître le fait que cette collaboration soit unidirectionnelle, et qu'il ne s'agisse pas d'un échange de connaissances mais que la médecine moderne reste dominante. Cela peut s'observer dans les discours des deux acteurs : les sages-femmes ne pensent pas que les matrones doivent participer à l'accouchement, de même que les matrones ne semblent pas imaginer que leurs massages ou leurs connaissances puissent être d'intérêt au moment de l'accouchement au CSB.

Par ailleurs, les matrones n'utilisent pas leurs savoirs au moment de l'accouchement devant la sage-femme. Cela peut s'expliquer par une question de légitimité, mais aussi par un problème de rémunération puisqu'elles ne seront pas rémunérées pour leur action au moment de l'accouchement.

Pour le personnel de santé de CSB, le décalage entre le nombre de CPN et le nombre d'accouchement faits au CSB est dû à l'éloignement des villageois de leur CSB, mais surtout aux us et coutumes, aux tabous. C'est selon eux l'influence de la famille qui explique que les femmes restent chez elles avec les matrones et les *ombiasy* et qu'il y a beaucoup de complications et de problèmes :

« Q : Entre le nombre de CPN et le nombre d'accouchements au CSB, est ce que vous avez l'impression qu'il y a un décalage ?

R : Oui.

Q : Vous savez pourquoi ?

R : Primo, c'est l'existence des matrones et puis leur état d'esprit, des fois elles ont peur du centre de santé mais on ne sait pas pourquoi. Et puis il y a aussi des rumeurs, il y a des rumeurs : "Vous payez tout ça et elles sont méchantes !" et aussi cela dépend de la saison car à la saison des pluies il y a des routes qui ne sont pas accessibles. » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga)

« C'est toujours la famille qui s'occupe de la mère. Donc la matrone vient chez eux, et la mère ne sort pas de chez elle, mais la base de tout ça c'est la sensibilisation. Mais malgré nos efforts pour les éduquer sur les risques, il y a toujours les us et coutumes, c'est pas encore éradiqué » (médecin, 40 ans, Morondava)

Le personnel du CSB a aussi tendance à considérer que c'est l'intervention des matrones et des

tradipraticiens qui est responsable des complications :

« Q : Il y a beaucoup de complications ou de maladies graves au moment de l'accouchement ?

R : Oui, ça arrive, mais c'est pas à cause des médicaments, c'est à cause de leurs négligences [aux femmes]. Par exemple, elles ne viennent pas consulter alors qu'elles ont mal, il y a des retards de prise en charge parce qu'elles ne viennent pas, elles ne viennent que quand c'est grave.

Q : Et que font elles à votre avis, qui vont-elles voir quand elles ont mal ?

R : Des mpimazy. Des fois elles nous disent qu'elles sont allées voir des mpimazy. Elles leur donnent des tisanes, toujours, oui.

Q : Et ces tisanes, est ce que c'est dangereux pour leur santé ?

R : oui, c'est dangereux, bien sûr que ça l'est. On n'arrête pas de leur dir. » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga).

c. Expériences de collaboration

Différents types de collaboration peuvent être évoqués : en premier lieu les formations des matrones dispensées par le personnel de santé, et les expériences de collaboration effective - et leurs obstacles – entre matrones et personnels de santé.

Différentes initiatives de l'USAID et du Ministère de la santé publique organisent des formations pour les matrones et oeuvrent pour mettre en place un réseau de communication et d'échange (projet « Mahefa », le JSI. Au cours de ces formations, les matrones et les AC sont encouragés à accompagner leurs patients au CSB pour l'accouchement et/ou quand leurs compétences ne permettent pas de prendre en charge les malades. Les formations ont pour objectif d'aider les matrones et les agents communautaires à connaître les limites de leurs compétences. Pour faciliter le suivi et le transfert de la prise en charge des malades, un cahier de transmission a été mis en place.

Cependant, cette méthode n'est pas toujours suivie sur le long terme. Par exemple, une matrone de Lovobe explique :

« Après notre formation, j'ai toujours travaillé avec les personnels de la santé, je remplis mon cahier de rapport et j'accompagne mes patientes pour accoucher au CSB. Mais j'ai décidé de ne plus faire tout ça, je préfère travailler toute seule comme avant. En fait, on nous interdit pas mal de choses comme faire le massage du ventre. On perd notre temps à aller au CSB mais notre effort n'est pas reconnu du tout. C'est le médecin et la sage-femme qui encaisse l'argent, . . . et on nous accuse de causer la mort des mères et des bébés en les gardant trop longtemps au village alors que ce n'est pas le cas ».

De manière générale, les matrones affirment qu'elles souhaiteraient collaborer avec le personnel du CSB, mais plusieurs freins à cette collaboration existent :

- La distance qui les sépare du CSB
- Le fait de ne pas être rémunérées pour ce déplacement.

La question financière est très importante et revient à plusieurs reprises au cours des entretiens. Les matrones semblent en effet frustrées qu'on leur demande d'amener des femmes au CSB alors qu'elles ne seront pas rémunérées en contrepartie. Elles expliquent que si elles amènent les femmes au CSB, ce seront les sages-femmes qui percevront l'argent de l'accouchement et qu'elles n'auront rien.

« A l'hôpital les patients doivent payer alors qu'ici chez nous les femmes ne pensent pas à payer (...) A l'hôpital, les femmes payent immédiatement les piqûres qui coutent 3000 ou 4000 Ar. Ici, chez les guérisseurs traditionnels, les patients attendent 3 à 4 jours pour payer. Par rapport à cette situation, j'ai laissé tomber cette activité. (...) Lors de mon dernier accouchement, j'ai reçu 12000 Ar.

Mais parfois, je gagne 5000 Ar même si le nouveau né est un garçon !" (matrone, 50 ans, Tromboambola).

Même si elles semblent s'en dédouaner, matrones et sages-femmes se retrouvent en concurrence d'un point de vue économique. Cette raison est évoquée par le personnel comme le principal facteur freinant leur collaboration avec les matrones :

« Elles pensent que nous les gêpons pour leur permettre de rentrer de l'argent » (médecin, 50 ans, Bemanonga).

« Non, je ne crois pas qu'il [le CSB] veuille collaborer car il devrait partager l'argent avec nous s'il veut collaborer » (matrone, 50 ans, Tromboambola).

De même, quand elles doivent suivre des formations, elles souhaiteraient être rémunérées. Certaines matrones acceptent tout de même d'emmener leurs patientes pour qu'elles accouchent au CSB comme l'explique cette matrone qui a accompagné une patiente au CSB d'Androvakely :

« J'accompagne la femme de mon neveu ici au CSB pour accoucher avec une sage-femme. Je veux que tout se passe bien étant donné que c'est sa première grossesse et accouchement, donc elle ne sait pas encore comment pousser le bébé correctement. Je pourrais très bien la faire accoucher à la maison mais je préfère l'amener ici au cas où il y aura des complications ».

Le problème de la rémunération apparaît aussi lorsque les chefs *fotontany* sont appelés par le CSB pour des entretiens : le chef refuse de venir car il n'est pas rémunéré pour le temps qu'il va passer au CSB. Donc même si la volonté de collaborer est exprimée, la question de la rémunération des villageois, matrones et chefs de *fokontany* se pose lorsqu'on leur demande de participer à certaines tâches.

Une matrone d'Antsakamiroaky affirme aussi qu'elle refuse la collaboration avec les agents communautaires et les personnels de la santé, en raison de l'impact négatif que cela pourrait avoir sur ses capacités. Elle explique :

« Notre ? est une affaire de don et en relation direct avec les « Razana » et les sacrés. Une fois qu'on s'écarte du monde des « Razana » et des choses sacrées on perd ce don. Je respecte mes ancêtres et leur croyance étant donné que nous les tradipraticiens sont des gardiens de cette croyance. Travailler avec des gens qui ne croient pas les mêmes choses que moi m'est absolument impossible ».

Un autre tradipraticien de Lovobe explique également les raisons pour lesquelles il refuse de collaborer avec les personnels de santé :

« Depuis l'éternité, les Malgaches ont toujours utilisés la médecine traditionnelle pour guérir et prévenir les maladies avec succès et à moindre coût. On dépense une fortune et se fait trancher pour rien à l'hôpital. Nous, avec notre « sikidy » on peut tout diagnostiquer, le massage avec mes mains peut faire l'échographie de toutes les parties du corps humains. Les gens viennent ici quand le traitement chez le médecin ne fonctionne pas alors je leur dis de jeter ces pilules et de suivre mon traitement ».

Du côté des professionnels de la santé, certaines réticences ont été exprimées au sujet de la collaboration avec les matrones. Un personnel de santé de Morondava explique :

« J'ai toujours expliqué aux matrones qu'elles ne doivent pas garder ces femmes pour éviter les complications. Elles ne respectent pas les règles d'hygiène indispensables malgré les formations

et les sensibilisations qu'on leur donne. En plus, elles n'ont pas fait les études adéquates comme nous, donc c'est difficile voire même impossible de travailler avec elles. Leur rôle devrait être de conseiller aux femmes d'aller accoucher au CSB... mais elles sont têtues ces matrones.»

La perception de la collaboration entre matrone et sage-femme peut être comprise de façon différente entre les acteurs. Quand on parle de collaboration aux soignants traditionnels, ces derniers se réfèrent à des formations et un renforcement de leurs compétences. Or, pour le personnel de santé des CSB, la collaboration semble consister principalement dans une sensibilisation des matrones pour qu'elles orientent leurs patientes au CSB :

«Q : Y a-t-il une collaboration avec les matrones ?

R : Oui, puisqu'elle (la matrone) arrive, elle apporte la patiente parce qu'il y a un problème, elle l'amène et elle l'accompagne pendant l'accouchement.

Q : Elle vous aide à faire des gestes pendant l'accouchement ?

R : Non non, elle reste à regarder, elle ne participe plus à l'accouchement, c'est notre travail ici, c'est notre centre » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga).

En effet, une collaboration avec un échange et un partage de connaissances qui viserait à travailler ensemble au moment de l'accouchement semble difficilement envisageable pour le personnel du CSB.

« Q : Est ce que vous pourriez partager votre expérience avec les matrones ?

R : Heu... si c'est vraiment nécessaire, si ça peut aider oui, mais ce serait peut être de les orienter plus à amener les femmes au centre de santé, ne pas les retenir, parce que ça me fait un petit peu peur parce que s'il elles ont des conventions [formations ?], croyez vous qu'elles vont laisser les femmes venir au centre de santé. C'est ce qui me fait peur un peu » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga).

La collaboration ne consiste pas en un échange mutuel de connaissances et d'expériences, un partage entre deux détentrices de savoirs différents. Ainsi, au CSB, les matrones n'ont pas le droit de participer à l'accouchement, elles accompagnent la femme et regardent simplement le déroulement de l'accouchement. Leurs savoirs sont même parfois dénigrés :

« Q : Les matrones peuvent assister à l'accouchement ?

R : Oui, elles restent là.

Q : Est ce déjà arrivé que la matrone vous aide pendant l'accouchement ?

R : Non, je ne la laisse pas faire, elle en a déjà fait assez !! (rires) » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga).

La collaboration semble être envisagée par le personnel de santé du CSB comme la fin d'une activité pour les matrones des villages, et non pas d'une évolution de leurs statuts et compétences :

« La collaboration serait possible avec les matrones mais ce serait un peu difficile car elles n'accepteront jamais d'apporter leur cliente par ici. Parce que je crois que pour elles aussi c'est important d'être une matrone, alors si les femmes viennent à l'hôpital, qu'est ce qu'elles vont faire ? » (sage-femme, 23 ans, Bemanonga).

En brousse, la collaboration peut prendre la forme de discussion et de discours entre les tradipraticiens et les membres du CSB. Elle est importante pour le personnel du CSB car elle permet « d'éviter les complications, d'éduquer pour faire venir les gens au CSB mais pas garder les patients dans les cas qui n'ont pas été solutionnés par leurs décoctions » (médecin, Morondava). Ces discussions ne sont pas organisées mais se font lorsque le tradipraticien vient consulter au CSB ou bien lorsque le personnel du CSB

se déplace et visite le guérisseur pour discuter avec lui et le sensibiliser.

3. Les pratiques

a. Le lieu de l'accouchement

La plupart des femmes interrogées ont accouché dans leur village en sollicitant les soins d'une matrone. L'accouchement se fait généralement directement chez la femme ou chez sa mère. On envoie quelqu'un prévenir la matrone que le travail a commencé. Comme nous l'avons signalé, plusieurs raisons sont évoquées pour ne pas accoucher au CSB :

- L'éloignement
- La sage-femme n'est pas souvent présente (souvent en déplacement dans d'autres villages) et c'est prendre le risque d'aller au CSB et de n'y trouver personne alors que sur place, la matrone est toujours là
- En période de pluie, la route n'est pas praticable pour aller au CSB ou à l'hôpital.

Même pour les villages les plus proches du CSB (5Km), il est très rare d'aller accoucher au CSB. La raison essentielle semble être non pas l'éloignement mais le risque de l'absence de la sage-femme qui peut être en déplacement dans un autre village. En revanche, à la moindre complication, la femme enceinte est rapidement évacuée au CSB ou à l'hôpital (la plupart du temps en charrette, parfois en pirogue).

b. Le déroulement de l'accouchement chez la matrone

Lorsque la femme *sent* que l'accouchement arrive

La femme accouche en position allongée, par terre (jamais sur un matelas comme au CSB) sur une natte ou sur un drap que les matrones ont directement reçu pendant leur formation et qui n'est destinée qu'à l'accouchement.

Pendant l'accouchement, seules les femmes ont le droit d'être présentes aux côtés de la matrone. Tous les hommes sont *fady*. Les pères ne sont pas non plus toujours appelés lorsque la femme est en train d'accoucher : parfois, ils sont au champ, et ce n'est qu'à leur retour qu'ils ont « la surprise » de voir leur nouveau-né.

La matrone ne semble pas donner de plantes à la femme pendant l'accouchement mais uniquement après. Nous avons observé qu'au moment de l'accouchement, la sage-femme, quant à elle, lui laisse boire de la soupe de riz.

Le délai entre le moment où la matrone est appelée et celui de l'accouchement est perçu comme très court, même pour les femmes primipares. Il semblerait que l'enfant naisse au bout d'une ou deux heures après que la matrone ait été appelée. Si cela dure plus longtemps, cela peut être le signe d'une complication, de même que lors d'une hémorragie qui ne s'arrête pas. Il semble que la femme ne se décide à aller faire chercher la matrone que lorsque le bébé est sur le point de sortir. C'est au temps que prend le bébé à sortir du ventre que l'on évalue s'il y a complication, ou bien en cas d'hémorragie.

Le prix de l'accouchement est différent si c'est une fille ou un garçon : c'est plus cher quand c'est un garçon.

Après l'accouchement, il semble qu'une fête soit faite : le *fiboaha*. Il s'agit de fêter le jour de la sortie du bébé, c'est une fête où l'on boit de l'alcool notamment. La date de cette célébration est fixée par le tradipraticien.

Au CSB, l'accouchement se fait avec la sage-femme. La femme vient accompagnée de sa famille et

de sa belle-famille, le mari n'est pas toujours présent. Le temps de l'accouchement est assez rapide, mais si c'est trop long, le personnel du CSB adresse la femme à une structure mieux équipée pour gérer les complications : l'hôpital de Morondava, ou le CHRR qui est à 7-8 Km. La femme y sera amenée en charrette, ou en taxi brousse. La famille ne fait pas de rituel particulier lors de l'accouchement au CSB, mais il arrive parfois qu'elle demande à ce que la femme boive une tisane de plantes qui vient de chez le tradipraticien. Au moment de l'accouchement, aucun homme n'est présent au CSB, mais cela ne semble pas concerner le personnel médical du CSB. Quand les femmes accouchent, on les garde une à deux journées en fonction de son état. La sage-femme effectue les soins ombilicaux, la pesée et l'habillage du bébé. La femme se lave le bas du corps avec de l'eau tiède. Le placenta est rendu à la famille qui l'entertera.

c. Traitement du placenta et du cordon

Il existe plusieurs pratiques qui permettent de traiter les éléments tels que le placenta ou le cordon ombilical.

Le placenta est toujours traité avec soin. Que l'accouchement se soit déroulé au village avec une matrone ou bien dans un CSB avec une sage-femme, le placenta est toujours récupéré par la famille. Il est ensuite généralement enterré dans un lieu particulier, par exemple sous le portail de la maison ou sous la douche pour « marquer que c'est bien dans cet endroit qu'est né le bébé, c'est une sorte de marque de territoire » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky). D'autre part la coutume veut que la personne ne regarde pas ailleurs au moment où elle enterre le placenta de peur que l'enfant louche plus tard.

Le cordon est coupé par la matrone à l'aide d'une lame de rasoir à usage unique. Il met plusieurs jours à sécher et va faire l'objet de soins réguliers donnés par la matrone. Lorsqu'il tombe, le cordon sec est « emballé avec de petits cailloux et on le jette à la mer ou dans une rivière ». Le lieu où le cordon est jeté est essentiel car s'il est mal jeté, l'enfant pourra devenir fou. Il est souvent jeté dans l'eau pour éviter que les bêtes sauvages ne le dévorent. Il pourra aussi être jeté dans la mer ou dans une embouchure. Dans certains cas, cela peut être l'enfant qui ira jeter le cordon ombilical lorsqu'il aura environ 2 ans et demi. Cela peut aussi être jeté assez rapidement par la mère et son petit dans le fleuve par exemple. Dans tous les cas, le cordon est toujours jeté dans de l'eau de telle manière à ce qu'il ne soit mangé par aucun animal car si c'était le cas, la coutume veut que l'enfant devienne fou.

d. Les soins donnés après l'accouchement

La matrone tout comme la sage-femme s'occupe de la toilette de la femme juste après l'accouchement et de l'enfant qui vient de naître. Les soins sont assez semblables, à la différence que la matrone utilise des plantes médicinales dans de l'eau tiède, alors que la sage femme utilise seulement l'eau tiède sans rien y ajouter. Au CSB, la femme reste 1 ou 2 jours après l'accouchement, elle rentre ensuite dans son village et sera prise en charge par la matrone.

Les soins du bébé se déroulent comme suit. On le lave avec de l'eau chaude dans laquelle on a fait une décoction avec une plante cueillie près des rivières et des rizières (son nom vernaculaire : *Sondrokoaky*). On lave son ventre et cela permet aussi de traiter l'indigestion.

Pour les soins de la mère, différentes décoctions sont utilisées. Le *katrafay* est la plante la plus fréquemment citée dans les entretiens. Elle est utilisée en bain après l'accouchement, mais aussi parfois en décoction, et permet de redonner de la force aux femmes. D'autres plantes peuvent aussi être utilisées après l'accouchement. Parmi elles, on nous a cité :

- *baironto* pour nettoyer le sang qui reste à l'intérieur du ventre de la femme, ainsi que pour stimuler son appétit
- *bozaka* pour éviter l'introduction de l'air dans le ventre de la femme

- *vaimainty* qui est utilisé comme plante contraceptive
- les feuilles de manioc broyées pour traiter l'infection...

Ces soins sont réguliers et durent plusieurs jours. La matrone va généralement voir toutes les heures la femme juste après l'accouchement (le jour même), puis elle passe évaluer la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que faire les soins du cordon, tous les 2 ou 3 jours. Pour les femmes, la proximité de la matrone et ses visites fréquentes sont une grande source de réconfort après l'accouchement.

« J'apprécie bien qu'elle vienne me voir pour prendre soin de moi et de mon bébé aussi, elle me prévient aussi s'il y a des problèmes et on peut prendre des mesures à partir de cela aussi » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky)

« Ça me plaît que la matrone vienne régulièrement me voir pour que je puisse aussi lui demander à propos de tout ce qui ne va pas, pas exemple s'il y a un problème de montée de lait. » (femme, 37 ans, Antsakamiroaky)

La matrone est donc perçue comme un interlocuteur qui prévient, prend soin, et est disponible. Son champ d'action est à la fois curatif et préventif.

Par la suite, pendant 1 à 2 mois, voire jusqu'à 3 mois après l'accouchement, la femme n'a pas l'autorisation de sortir de son lit, sauf pour aller aux toilettes ou se laver. Elle doit rester coucher, au chaud dans son lit pour éviter d'attraper une pathologie post accouchement. On nomme souvent cette maladie l'infection post-partum qui correspond à une entrée d'air froid dans le corps de la femme, et qui justifie que celle-ci reste donc au chaud dans sa maison et qu'elle n'ait pas le droit de sortir, sauf pour faire sa toilette. L'interdiction de la femme de sortir justifie aussi que pendant les semaines qui suivent l'accouchement, elle n'ira pas consulter au CSB, qu'elle n'accompagnera pas son bébé pour les premières vaccinations au CSB, c'est la sœur ou la mère de la jeune maman qui auront cette charge. Il n'y a donc aucun suivi médical de la jeune mère au niveau du CSB, seule la matrone, grâce à ses visites régulières, pourra évaluer sa santé.

4. Les perceptions populaires autour de la grossesse

a. La conception du risque

L'analyse des entretiens nous montre qu'il est difficile de savoir si les femmes réalisent vraiment qu'une grossesse est une situation qui présente un risque, notamment chez les plus jeunes.

Tout d'abord, il semble exister un tabou et un paradoxe face au nombre de naissances qui se sont soldées par la mort de l'enfant ou de la mère. Il est impossible d'avoir un chiffre, ou encore de savoir si c'est un phénomène fréquent dans un village. En revanche, lorsqu'en focus group, on parle de l'importance d'agir pour la santé de la mère et de l'enfant au cours de la grossesse, il semble exister un consensus et tout le monde s'accorde sur la priorité de ce type d'actions. Mais comment ces femmes conçoivent le risque d'une grossesse ?

D'après les échanges exprimés dans les focus groups, il semble que ce soit surtout les jeunes femmes mères qui soient considérées comme des personnes à risques. Elles même cependant ne ressentent pas du tout leur grossesse comme une source d'angoisse ou une situation à risque. Beaucoup de leurs amies du même âge ont déjà eu des enfants, et pour elles, cette situation est normale.

"Non je n'ai pas eu peur quand ma fille a accouché parce que j'ai vu beaucoup de jeunes qui sont enceintes à l'âge de 14 à 15 ans, et en plus ma fille a déjà 17 ans." (mère, 40 ans, Tromboambola)

Au cours de nos entretiens, nous avons rencontré beaucoup de jeunes mères qui avaient 16-17 ans. Dans ce cas, c'est principalement leur propre mère qui révèle que la grossesse de leur fille a été une source d'angoisse mais les jeunes filles n'en ont, apparemment, aucune conscience.

Selon les villageois, le problème vient des jeunes filles qui n'écouteront plus les conseils de leurs parents et seraient trop légères. Leurs grossesses sont donc une source d'angoisse pour eux.

b. La notion de « complication »

Au cours des entretiens, la cause d'une complication est toujours attribuée à une origine sociale et/ou culturelle et non biologique, en particulier liée à l'infidélité du mari. La croyance « Sakalava »⁶ insinue que la complication de la grossesse et de la naissance est due au « Tsiny »⁷ des hommes pour leur infidélité : la croyance est que si l'homme était infidèle à sa femme pendant sa grossesse, elle peut avoir des complications pendant l'accouchement. L'homme est à ce moment-là prié de demander pardon à sa femme en exécutant des rituels.

« Les complications sont rares sauf si le mari est infidèle : dans ce cas, l'accouchement s'annonce mal. Alors on prend une roche blanche, on trace un trait autour du ventre, et le mari infidèle doit passer par-dessus tout en avouant qu'il a été infidèle et il prononce le nom de son amante. Tout ce rituel se fait devant toute la famille. Vous savez, il y en a même qui doivent se mettre à poils !!

Q : Ensuite, il y a des problèmes dans le village ?

R : Oui, mais il faut le faire car une vie est en danger » (mère, 40 ans, Tromboambola)

« J'ai eu beaucoup de mal en mettant au monde mon premier fils, j'avais des contractions affreuses pendant deux jours. La famille et la matrone ne savaient plus quoi faire pour me soulager et faire sortir le bébé. Au dernier moment, ils ont fait venir mon mari que je n'ai pas vu depuis quelques mois puisqu'il est allé travailler la terre chez ses parents, mais en réalité il est allé voir une autre femme pour ne pas nuire à ma grossesse, dit-il ! Il est arrivé deux heures après, tout nu, devant moi et d'autres femmes et là j'ai compris qu'il regrette ce qu'il a fait. Alors, selon la tradition il passe tout nu au-dessus de mon ventre en demandant pardon et en suppliant le bébé de sortir sans faire du tort à la mère, et il a ensuite promis de ne plus refaire la même bêtise. A la naissance de mon deuxième fils, tout s'est passé très bien, sans problème car mon mari m'était très fidèle », raconte une mère de 31 ans à Androvabe.

Ce rituel agit comme une pression envers l'homme pour qu'il démontre à sa femme qu'il peut être faible parfois même si c'est lui le chef de la famille et de redonner la confiance à la femme que son mari tient encore à elle et que c'est elle qui détient le pouvoir de la transmission de la vie. Cette pression psychologique aide ainsi la femme à réussir l'accouchement.

Selon une autre croyance, la complication pendant l'accouchement peut aussi être causée par la « non-bénédiction des parents ». Si l'un ou les deux parents n'approuvent pas l'union du couple ou qu'il y a eu une dispute entre eux, la mère peut avoir des complications, dans ce cas la matrone ou la sage-femme appelle les parents pour qu'ils donnent leur bénédiction. Au cas où l'accouchement se passe mal même après cette bénédiction, on ne cherche plus d'autre motif de la complication. Tout le monde en conclut que c'est « la destinée ». Une mère de 25 ans à Antsakamiroaky explique :

⁶ « Sakalava » : nom de l'ethnie de la région du Meanabe.

⁷ « Tsiny » : croyance malgache désignant une sorte de malédiction qui se présente comme une punition par rapport à

« Il y avait beaucoup de dispute entre mes parents et moi, ils ne voulaient pas que je me marie à mon âge (15 ans) surtout avec un homme d'une ethnie différente que la nôtre. Il est cultivateur et nous sommes des pêcheurs. J'ai perdu mon premier bébé au troisième mois de la grossesse, j'ai aussi perdu mon deuxième enfant à sa naissance un an plus tard et j'ai failli mourir. Nous avons donc décidé de faire une pause en attendant que mon mari trouve de l'argent pour acheter des zébus pour notre mariage traditionnel afin d'avoir la bénédiction de mes parents. Deux ans après, j'ai mis au monde une fille sans le moindre problème ».

La non-acceptation des « Razana⁸ » de l'union du couple et de la continuité de la descendance à travers eux est aussi perçue comme une cause de complications pendant l'accouchement. Cette croyance est fondée sur le fait que ce sont les ancêtres « razana » qui ont transmis la vie et ils ont aussi le pouvoir d'accepter ou non la continuité de cette vie. Dans le cas de l'union d'un couple de deux ethnies différentes ou de milieu social différent, la famille ne cherche pas d'autre explication aux complications de l'accouchement. La seule solution est de demander le pardon et la bénédiction de leur ancêtre à travers des rites et prières.

« Pour nous, le mariage traditionnel est très important pour mettre les deux familles d'accord sur plusieurs choses, voir les « fady » et la manière d'élever l'enfant selon la tradition du père. En étant le chef de la famille, le père a un pouvoir de domination sur sa famille s'il est accompagné par les esprits de ses ancêtres et retrouve sa place dans la société. Si tout se passe ainsi, sa famille est sereine et il aura plusieurs enfants : sept filles et sept garçons comme le souhaite la tradition. Si non, si l'union de l'homme n'est pas bénite, sa vie ne sera pas escorter par l'esprit de ses ancêtres et il ne pourra jamais avoir d'enfant », explique une mère à Antsakamiroaky.

Les complications sont perçues comme quelque chose que la matrone ne sait pas gérer :

« Les gens disent que c'est important d'aller au docteur. En plus l'accouchement peut être à certains moments difficile, et c'est pour ça que je dois conseiller à ma fille d'aller au CSB. La matrone nous le conseille aussi, même si elle fait la consultation » (mère, 40 ans Tromboambola).

Les complications s'évaluent en fonction de la durée de l'accouchement :

« Selon la durée de l'accouchement : s'il est très rapide elle [la femme] reste ici [au village, avec la matrone], si c'est long, elle va à l'hôpital. » (femme, 24 ans Tromboambola).

c. Les perceptions du système de soins moderne

Les entretiens mettent en évidence un manque de connaissance des femmes du système de soins modernes. En effet, la majorité de ces femmes n'ont pas fini l'école primaire, elles ne mesurent pas la signification et les avantages du système de soins moderne, faute d'une éducation sanitaire appropriée. Leurs opinions sur le sujet sont fondées par des idées erronées et des rumeurs, et les conduisent à des pratiques pouvant être néfastes pour leur santé : certaines femmes détournent les comprimés de fer ou les

un acte fautif que la personne a fait volontairement ou non.

⁸ « Razana » : nom malgache attribué aux ancêtres défunts qui sont élevés au rang de « Dieu médiateur et

pilules contraceptives de leur usage initial ou refusent de prendre les médicaments donnés dans les structures sanitaires, certaines personnes refusent le matériel « vazaha ».... Une mère de 15 ans (à Antsakamiroaky) explique :

« La sage-femme m'a donné du fer en comprimé pendant la grossesse comme toutes les mères enceintes qui vont au CSB. Je les ai pris correctement car ma belle-mère est une AC et elle me surveille de près mais la plupart de mes amies les jettent ou les donnent à manger aux cochons : elles racontent que la prise de ces pilules favorise l'hémorragie pendant l'accouchement alors que ma belle-mère m'a dit que ce n'est pas vrai et que ces pilules aident en fait à la croissance de l'enfant et à la bonne santé de la mère ».

Une autre mère de Soanafindra raconte :

« A chaque fois qu'on tombe enceinte accidentellement, nous rassemblons toutes les pilules contraceptives de nos amies pour avorter ou dissoudre l'embryon, cela nous évite de payer de l'argent chez la sage-femme pour l'intervention. Nous préférons aussi ces pilules à la décoction car c'est plus discret et c'est gratuit en plus ».

Une autre croyance liée au « fady » (tabou) interdit l'utilisation de matériels médicaux modernes considérés comme étrangers à leur coutumes et pouvant avoir des effets néfastes sur le sacré de la médecine traditionnelle. Un père d'Androvabe raconte :

« Notre « ombiasy⁹ » nous a formellement interdit d'utiliser des choses « vazaha¹⁰ » pendant le traitement des maladies et la grossesse pour ne pas compromettre l'intervention des esprits pendant les processus de guérisons et de protections ».

Un tradipraticien de Troboambola explique :

« Notre croyance ne nous permet pas d'utiliser des matières artificielles pour guérir nos patients : la vie appartient à la terre et à la nature, c'est donc logique et plus facile pour notre organisme d'assimiler les produits et méthodes naturels pour se guérir plutôt des produits chimiques et déformés ».

Une mère d'Androvakely raconte :

« Même si on est hospitalisé au CSB, nous n'acceptons pas toutes les choses données par les personnels de la santé. On fait semblant de les avaler et nous donnons toujours en cachette des décoctions pour notre famille malade. Nous enlevons temporairement aussi notre talismans pour ne pas rendre le médecin furieux mais nous le remettons une fois chez nous ».

Par ailleurs, les rumeurs jouent un rôle important et peuvent être à l'origine d'un refus de recourir aux structures sanitaires. La peur d'accoucher à l'hôpital à la suite du décès d'une proche et les rumeurs sur le fait qu'on l'on subit toujours une opération de césarienne lorsqu'on accouche à l'hôpital peuvent être un obstacle à l'accouchement en milieu hospitalier. Ainsi s'exprime une mère de 18 ans à Lovobe :

« La raison pour laquelle je refuse catégoriquement d'aller accoucher à l'hôpital est qu'une fois là-bas on doit être opéré et j'ai une peur bleue pour cela, ma sœur elle-même est décédée après avoir été opérée pour accoucher de son deuxième fils ».

protecteur ».

⁹ « Ombiasy » : nom malgache désignant le « guérisseur traditionnel ».

¹⁰ « vazaha » : nom malgache désignant tout ce qui est étranger, tout ce qui n'est pas d'origine ou de n'est pas de fabrication malgache.

d. Des visions diversifiées pour expliquer les problèmes liés à la mortalité maternelle et infantile

Les acteurs médicaux et religieux avancent des arguments différents pour expliquer l'importance de la mortalité maternelle et infantile dans leur région. Les médecins enquêtés mettent en avant deux types de causes : l'importance des grossesses précoces et le manque de soins médicaux au moment des accouchements du fait que les femmes accouchent en dehors des centres sanitaires. Les chefs de CSB insistent davantage sur l'insuffisance des ressources humaines, la déscolarisation précoce des jeunes filles et le manque d'infrastructures.

« Chez nous, dans les zones rurales, comme dans mon cas dans un CSB1, il n'y a qu'un personnel. Je suis à la fois le chef, l'infirmière, la sage-femme, la secrétaire, la dispensatrice, l'aide-soignante et la femme de ménage. Je fais tout. Je ne peux pas être fonctionnelle à tout moment pour tous ces postes même si j'essaie de bien cadrer au maximum mon agenda. Voyez-vous que le CSB est fermé plusieurs jours par mois quand je dois monter à Morondava pour les formations, les réunions, les rapports d'activités, la perception de ma paie, l'approvisionnement en médicaments... Alors dans ces moments-là, les malades rentrent bredouilles chez eux après avoir parcouru des kilomètres à pieds. Si cette déception se répète deux ou trois fois, ils ne veulent plus revenir ici. Et dans le cas des accouchements, les femmes se tournent vers les matrones et vous savez que cela peut finir mal s'il y a des complications. (...) Un autre facteur de ce problème dans notre région est que les filles quittent l'école trop tôt, sans même finir l'école primaire. Comme il n'y a rien à faire ici, sans activités d'encadrement, sans distraction ; elles sont mères à 12 ou 13 ou 14 ou 15 ans. Le plus embarrassant est que la majorité de ces grossesses précoces présentent des risques mais nous ne disposons pas de tous les équipements nécessaires, donc je les envoie à Morondava... mais la plupart rebrousse le chemin et préfèrent appeler les matrones ou accouchent seules », explique la chef du CSB d'Androvakely.

Quant aux chefs traditionnels et religieux, ils rendent responsables l'acculturation des jeunes et l'irresponsabilité des parents, comme l'exprime le chef traditionnel du village d'Androvakely :

« Le fond de ce problème dans notre société à nos jours est que les parents et les enfants ne se respectent plus. D'un côté les jeunes d'aujourd'hui ne considèrent plus la valeur de la sagesse des anciens ; à force de regarder les films sans faire le tri, ils veulent expérimenter tout ce qu'ils ont vu dans les vidéos : l'insolence, l'habillement vulgaire, le sexe... D'un autre côté, les parents n'assument plus leur responsabilité à cause de la difficulté de la vie, ils délèguent tout le devoir d'éducation aux enseignants quand les enfants sont encore à l'école, ils ne se préoccupent que de leurs biens matériels. Et une fois que ces enfants quittent l'école, ils leur demandent de travailler comme les grands, voire même être dépendants. Cette indépendance insinue d'avoir sa propre vie d'où son propre foyer. Le mariage et la grossesse précoce sont donc une suite logique de la pauvreté et du déclin de l'éducation ».

Si ces explications paraissent différentes, elles se réfèrent toutes au problème de la précocité des grossesses et, de manière sous-jacente, au manque d'éducation des jeunes filles et à leur déscolarisation précoce. Le problème du manque d'infrastructures scolaires et sanitaires apparaît clairement comme l'une des premières causes de la mortalité maternelle.

IV. Conclusion-Recommandations

Ce travail permet de mettre en évidence le parcours de soins habituel des femmes pendant leur grossesse et pour leur accouchement. Au cours de leur grossesse, elles recourent à la fois à la matrone (pour la confirmation de la grossesse et pour les massages) et au personnel de santé du CSB (pour les CPN). Pour l'accouchement, elles font appel à la matrone, qui les assistera à leur domicile et qui prodiguera les premiers soins à la mère et au nouveau-né. En cas de complications (accouchement long, hémorragie), la femme sera évacuée au CSB, voire à l'hôpital, sur les conseils de la matrone.

Les matrones et tradipraticiens d'une part et les personnels de santé d'autre part sont perçus par la population comme ayant des rôles bien distincts et complémentaires. La matrone est un acteur de proximité, perçue comme détentrice de connaissances lui permettant de s'occuper de certains maux de la grossesse, de faire accoucher les femmes dans les villages et de suivre l'évolution de la santé de la mère et de l'enfant dans les semaines qui suivent la naissance du nouveau-né. Par contre, elle n'est pas perçue comme étant en mesure de prendre en charge les complications de l'accouchement. Le tradipraticien est chargé de fournir des protections contre les mauvais esprits qui donnent des étourdissements à la femme enceinte et mettent ainsi en danger sa vie et celle de son enfant. Quant à la sage-femme et au personnel de santé, ils sont surtout caractérisés par l'utilisation et la maîtrise de matériel moderne (médicaments, piqûres...) et ils interviennent dans le cadre des CPN et des complications de l'accouchement. Au cours des CPN, ils ont un effet « rassurant » sur les femmes enceintes qui apprécient l'emploi de matériels modernes pour évaluer leur état de santé et celui de leur enfant. Il est rarement fait allusion à leurs connaissances, mais principalement au matériel dont ils disposent et qu'ils savent utiliser.

Un certain nombre de raisons a été avancé par les personnes enquêtées pour expliquer pourquoi les femmes n'accouchent pas dans les structures sanitaires :

- la proximité géographique, sociale et affective des matrones
- le coût du déplacement et le coût de l'accouchement en structure sanitaire, perçu comme plus élevé qu'avec la matrone
- le risque de ne trouver aucun personnel de santé au CSB
- l'éloignement du centre de santé, et surtout son inaccessibilité en saison des pluies ou lorsque les routes sont fermées par exemple.

Certaines pratiques et perceptions populaires peuvent entraîner un retard à la prise en charge médicale des complications au moment de l'accouchement. Ainsi, les populations ne conçoivent pas la grossesse comme un moment à risque (sauf éventuellement pour les jeunes filles, mais ce sont plutôt leur mère qui s'inquiète pour elles, sans que cette inquiétude soit suivie de comportements de recours aux soins particuliers). Par ailleurs, les causes des complications de l'accouchement sont avant tout perçues comme étant sociales. On essaye donc en premier lieu de régler les choses par des rituels, et ce n'est que par la suite, si les symptômes persistent, que la femme sera évacuée au CSB. L'enquête a aussi mis au jour des conduites à risque autour de la prise des médicaments, qui peuvent être détournés, refusés, mal utilisés..., ces conduites exposent donc la femme à des risques pour sa santé et pour celle de l'enfant.

Concernant les collaborations entre matrones et personnels de santé, les perceptions diffèrent entre ces deux catégories d'acteurs. Les matrones ne sont pas contre une collaboration avec les personnels de santé, mais elles souhaiteraient être davantage reconnues et rémunérées. Quant aux personnels de santé enquêtés, ils ne semblent pas prêts à accepter une telle collaboration, surtout ceux qui exercent en ville. Leurs discours montrent en effet qu'ils ne semblent pas prêts à reconnaître certaines compétences ou aptitudes aux matrones. Elles sont perçues comme des concurrentes. Certains personnels de santé rendent

responsables les matrones des complications au moment des accouchements et de la mortalité maternelle.

Recommandations :

A partir de ces constats, plusieurs recommandations peuvent être formulées.

- Il semblerait utile d'assurer une présence plus régulière et en plus grand nombre des personnels de santé dans les CSB. Cela inciterait les patients et les parturientes à se rendre plus systématiquement au centre de santé, sans craindre de n'y trouver aucun personnel. Une autre solution serait éventuellement de développer des « équipes mobiles » de personnels de santé qui se déplaceraient dans les zones enclavées.
- Il serait utile de réfléchir aux moyens de développer les collaborations entre matrones et personnels de santé en valorisant les savoirs des uns et des autres et en montrant leur complémentarité, afin de ne pas remettre en question l'identité professionnelle des personnels de santé tout en ne dénigrant pas les savoirs et savoir-faire des matrones. Les villageoises ont une grande confiance envers la matrone. Cette confiance peut aider la matrone à convaincre la mère et sa famille de se rendre au CSB pour les CPN ou pour y accoucher si la matrone collabore avec les personnels de la santé. Il serait utile d'améliorer la sensibilisation du personnel médical (surtout au niveau des CSB situés dans les villes) sur le rôle des matrones et leur importance en brousse dans le suivi de la grossesse, et de favoriser une collaboration et des échanges mutuels, et pas seulement unidirectionnels.
- Afin d'inciter les matrones à accompagner les femmes au CSB pour qu'elles y accouchent, il serait justifié de les rémunérer. Une meilleure sensibilisation des chefs fokontany serait également nécessaire, en augmentant les rencontres avec les représentants du CSB, et en assurant un dédommagement financier à ces personnes pour le temps qu'elles investissent dans ces rencontres et ces actions de sensibilisation.
- Une meilleure information et une meilleure éducation de la population sont nécessaires, notamment sur l'utilité et les modes d'utilisation des médicaments prescrits pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance (fer, traitement préventif intermittent contre le paludisme, pilule contraceptive...) pour éviter les pratiques à risques et pour atteindre les effets recherchés des traitements.
- Développer des programmes de sensibilisation sur les risques liés aux grossesses précoces serait également recommandé.