HAL
open science

LES “ MATRONES ” A MADAGASCAR. RECONNAISSANCE LOCALE, DENI INSTITUTIONNEL ET COLLABORATIONS AVEC DES PROFESSIONNELS

Dolores Pourette

To cite this version:

Dolores Pourette. LES “ MATRONES ” A MADAGASCAR. RECONNAISSANCE LOCALE, DENI INSTITUTIONNEL ET COLLABORATIONS AVEC DES PROFESSIONNELS. Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées,, 2018. hal-02624551

HAL Id: hal-02624551

https://hal.science/hal-02624551

Submitted on 26 May 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Dolorès Pourette, Les « matrones » à Madagascar. Reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels. In D. Pourette, C. Mattern, C. Bellas Cabane, B. Ravololomanga (eds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, coll. Anthropologies & Médecines, 2018, pp. 115-126.

LES « MATRONES » A MADAGASCAR
RECONNAISSANCE LOCALE, DENI INSTITUTIONNEL ET COLLABORATIONS AVEC DES PROFESSIONNELS

Dolorès Pourette [*]

INTRODUCTION

La question des « accoucheuses traditionnelles » ou des « matrones » est un sujet sensible et épineux dans de nombreux pays du Sud ; elle est l'objet de débats dans ces pays et au niveau des instances internationales depuis de nombreuses décennies. Les questions qui traversent ces débats portent notamment sur la place de ces praticiennes au sein de systèmes de santé où la prise en charge de la grossesse et de la naissance est en voie d'être médicalisée : doit-on les intégrer ou au contraire les exclure de cette prise en charge, et comment (Hancart-Petitet, 2011a) ? En 1987, l'OMS a formulé la recommandation de former les matrones afin de lutter contre la mortalité maternelle. Constatant les échecs de ces formations en termes de réduction des taux de mortalité maternelle, les experts ont préconisé leur interruption (Hancart-Petitet, 2011b).

Les pratiques, savoirs et statuts des matrones ont fait l'objet d'une abondante littérature anthropologique internationale [1], mais peu d'écrits portent sur les matrones ou *reninjaza* [2] à Madagascar (Quashie *et al.,* 2014 ;

---

[*] Anthropologue, chargée de recherche, CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, Paris, France.

[1]. Voir notamment l'ouvrage dirigé par P. Hancart-Petitet (2011a) et les numéros 2-3 et 4 intitulés « Midwifery Part I » et « Midwifery Part II » du volume 20 de la revue *Medical Anthropology* (2001).

[2]. *Reninjaza* (littéralement « mère de l'enfant ») est le terme malgache désignant la « matrone » ou, dans sa dénomination institutionnelle, l'« accoucheuse traditionnelle ». Il s'agit d'une tradipraticienne (ou plus rarement d'un tradipraticien), sans formation médicale, prenant en charge les soins aux femmes enceintes, l'accouchement, et les premiers soins à la mère et au nouveau-né.

Ravololomanga, 1992). Cette littérature internationale a montré la diversité des pratiques et statuts des matrones et des modalités de rencontre avec le secteur biomédical. Elle a notamment analysé comment ces savoirs et pratiques font l'objet de contestation, réappropriation, modification, « reconfiguration » (Hancart-Petitet, 2011a), et parfois d'intégration dans le système biomédical (Cosmimksy, 2001 ; Lavra, 2011).

À Madagascar, le taux de mortalité maternelle est estimé à 478 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2012 (INSTAT, 2013), plaçant le pays parmi ceux où le risque de décéder de causes liées à la maternité reste élevé. On estime que 57 % des femmes malgaches ont accouché à domicile en 2012, seules ou avec une *reninjaza* (80 % dans la région Vatovavy Fitovinany) (INSTAT, 2013). Si les directives nationales préconisent que les femmes accouchent avec un personnel qualifié, la faiblesse du système de santé publique, ainsi que l'enclavement et l'appauvrissement d'une grande partie de la population malgache, s'opposent à leur mise en pratique. Une évaluation des soins obstétricaux d'urgence à Madagascar a ainsi montré qu'aucune région ne dispose du nombre recommandé de structures de santé pour les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Vice Primature chargée de la santé publique *et al.*, 2010). Cependant, les représentants des autorités sanitaires et certains professionnels de santé pointent régulièrement l'activité des *reninjaza* pour expliquer la persistance d'un taux de mortalité maternelle élevé dans le pays.

L'objet de ce texte est, en premier lieu, de proposer une analyse des discours produits à l'égard des *reninjaza* et des initiatives développées à leur égard, et de montrer en quoi ces discours contradictoires tendent à produire une image faussée et stéréotypée des *reninjaza* tout en créant une « catégorisation » voire une hiérarchisation entre elles. Il s'agira en second lieu de montrer qu'il existe de multiples formes non officielles et informelles de collaboration entre *reninjaza* et professionnels de santé.

Ce texte se base sur des enquêtes ethnographiques menées entre 2013 et 2015 dans le cadre du programme de recherche « Risques et enjeux sociaux de la reproduction à Madagascar » [3] dans plusieurs régions : Alaotra Mangoro (en milieu rural et urbain), Vatovavy Fitovinany (en milieu rural), Menabe (en milieu rural), et dans la capitale Antananarivo. Des observations et des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 35 professionnels de santé et membres des autorités sanitaires, de 60 *reninjaza* et d'une centaine d'individus, 65 femmes et 35 hommes. La participation à des rencontres régulières entre responsables de programmes liés à la santé mère-enfant, ONG et membres de la société civile a également donné lieu à des observations qui nourrissent ce texte.

---

[3]. Programme de recherche dirigé par D. Pourette (partenariat IRD, Université catholique de Madagascar, Institut Pasteur de Madagascar).

AMBIVALENCE DES AUTORITES SANITAIRES A L'EGARD DES *RENINJAZA*

À Madagascar, la question de la place accordée aux matrones dans le « système de naissance » est loin d'être résolue et reste sensible. En effet, l'évocation des *reninjaza* rend toujours mal à l'aise nos interlocuteurs des autorités sanitaires. Le message qu'ils délivrent invariablement consiste à dire que le Ministère de la santé publique « ne veut pas impliquer les matrones » dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance. Certains vont plus loin en affirmant que les *reninjaza* sont responsables de la mortalité maternelle. Cependant, l'analyse des textes officiels montre une tout autre disposition à l'égard de ces praticiennes. Objet de discours dévalorisants qui la présentent comme responsable de la mortalité maternelle, la *reninjaza* est parfois aussi valorisée comme une tradipraticienne détentrice de savoirs ancestraux.

Une figure responsable de la mortalité maternelle : l'exemple des formations

> *Les matrones retiennent les femmes chez elles. Certaines matrones causent des complications car elles ne savent pas reconnaître les signes.*

Ces discours parmi tant d'autres ont été recueillis auprès de représentants des autorités sanitaires et de professionnels de santé.

Afin de lutter contre la mortalité maternelle, dont les *reninjaza* sont tenues responsables, des « formations » leur ont été dispensées au cours des années 1990 et 2000, de manière ponctuelle et localisée, dans plusieurs régions du pays. Ces formations ont été initiées par le Ministère de la santé publique, en collaboration avec des associations et des ONG internationales, dont le Fonds des Nations-unies pour la population (FNUAP). Les dernières vagues de « formations », au milieu des années 2000, ont été interrompues au motif qu'elles n'avaient pas d'impact sur la mortalité maternelle, à l'instar d'autres pays (Hancart-Petitet, 2011b). Revenir sur le contenu et l'organisation de ces « formations » permet d'entrevoir les incohérences de ces initiatives et surtout les enjeux de pouvoir sur lesquelles elles reposaient.

En premier lieu, au vu du nombre important de femmes qui pratiquent des accouchements à Madagascar et qui peuvent être qualifiées de *reninjaza*, il était impossible de former l'ensemble des *reninjaza* d'un même district sanitaire. Une sélection a, de fait, dû être opérée. Certaines *reninjaza* ont été exclues des « formations » parce qu'elles étaient absentes au moment des recensements des *reninjaza*, d'autres n'ont pas été choisies pour être « formées » en raison de leur âge (jugé trop avancé), de leur analphabétisme ou d'autres critères [4] laissés à

---

[4]. Par exemple, le fait de ne pas « collaborer » avec le médecin ou la sage-femme du centre de santé, c'est-à-dire de ne pas leur référer les femmes enceintes pour l'accouchement.

l'appréciation des médecins chefs de Centres de santé de base (CSB), chargés du recensement et de l'identification des *reninjaza* à « former ».

En second lieu, l'organisation et le contenu de ces formations relevaient d'une certaine « inadéquation pédagogique » (Carton & Zerbo, 2011). Il s'agissait en effet de réunir, pendant quelques jours, plusieurs *reninjaza* du district, afin de leur délivrer des conseils et informations et parfois du petit matériel (gants, alcool, bougie). Les *reninjaza* n'étaient pas toujours rétribuées pour leur participation à ces « formations ». Les informations délivrées portaient sur la « reconnaissance des signes de dangers » au cours de la grossesse et pendant l'accouchement ; l'hygiène (l'apprentissage des « trois propres » : les mains, le matériel, le local) ; le déroulement des Consultations prénatales (CPN) au CSB (nombre de CPN recommandé, conseils sur l'alimentation, supplémentation en fer, vaccination) ; et enfin la référence nécessaire des femmes enceintes au centre de santé pour l'accouchement.

On peut noter l'ambiguïté de la terminologie utilisée pour désigner ces initiatives. Il était question de « formation » alors qu'il s'agissait en réalité d'ateliers organisés sur quelques jours, dont le contenu ne permettait pas d'acquérir une formation ni une qualification médicale. Ces initiatives étaient destinées à des « accoucheuses traditionnelles », selon la dénomination institutionnelle, alors que leur objectif était justement qu'elles cessent de pratiquer les accouchements et qu'elles réfèrent les femmes vers les centres de santé.

Quant aux *reninjaza*, elles sont satisfaites d'avoir participé à ces « formations », et celles qui n'en ont pas bénéficié le regrettent. Celles qui ont suivi une « formation » sont cependant déçues du caractère ponctuel de l'initiative et déplorent qu'elle n'ait pas été suivie d'ateliers réguliers pour réactualiser ou renforcer le contenu de la « formation ». Certaines affirment que ces séances de formation leur ont été utiles à court terme, mais qu'il aurait été nécessaire qu'elles soient renouvelées afin d'être profitables sur le long terme : par exemple, elles pensent que cela leur aurait donné la possibilité de poser des questions en cas d'incompréhension ou de doute face à une situation rencontrée. En l'état actuel, participer à une seule formation ne pouvait pas leur permettre d'appliquer les conseils qui leur étaient délivrés. Il ne s'agit pas en effet du seul problème de manque de connaissances. En matière d'hygiène par exemple, même si elles savent que la propreté de leurs mains, du matériel et de l'espace utilisés est requise, elles ne peuvent pas assurer cette propreté : l'accès à l'eau et au savon n'est pas toujours garanti, le matériel utilisé est rudimentaire et fourni par la femme, et l'accouchement se déroule parfois chez la femme ou dans sa famille, parfois chez la *reninjaza*, parfois – de manière plus exceptionnelle – aux champs ou au bord d'un chemin. Les *reninjaza* ne peuvent donc pas toujours contrôler l'hygiène des lieux. Si d'autres séances avaient été organisées, elles auraient pu aborder le problème et une discussion collective aurait pu aboutir à des solutions concrètes, dans un contexte où la prise de parole publique est

soumise à un fort contrôle social, notamment dans des situations d'inégalités statutaires (Dahl, 2006). Par ailleurs, les *reninjaza* ne peuvent pas appliquer la recommandation de référer les femmes enceintes pour accoucher au CSB car ce ne sont pas elles qui décident du lieu d'accouchement de la femme. Elles jouent un rôle important pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement pour repérer une situation inquiétante ou anormale et orienter la femme vers le CSB ou préférentiellement à l'hôpital. Mais si elles n'ont pas d'argument concret pour référer une femme dans un centre de santé, elles ne peuvent tout simplement pas le faire, au risque d'être décrédibilisées, et, même si elles le faisaient, elles ne seraient pas écoutées. Là encore, des séances complémentaires auraient peut-être permis aux *reninjaza* d'aborder cette question.

Du point de vue des autorités, ces « formations » n'ont pas eu les effets escomptés en matière de diminution de la mortalité maternelle – alors qu'il est reconnu que la mesure de la réduction de la mortalité maternelle est particulièrement difficile (Hancart-Petitet, 2011b). Elles ont cependant eu d'autres effets. En effet, la participation à ce type de « formation » a induit une certaine catégorisation, voire une hiérarchisation entre les *reninjaza* « formées » et celles qui ne l'ont pas été. Comme souligné plus haut, dans un même district, certaines *reninjaza* étaient choisies pour participer aux « formations » tandis que d'autres en étaient exclues. Près d'une décennie après l'organisation de ces formations, les *reninjaza* « formées » se distinguent des autres dans leurs discours, mais également dans leurs pratiques. Ainsi, les formations leur ont procuré une certaine reconnaissance officielle, qu'elles peuvent mettre à profit pour valoriser leurs pratiques et se faire valoir aux yeux de l'anthropologue, et aux yeux de la communauté. Ainsi, il arrive qu'une *reninjaza* formée soit plus exigeante que les autres envers leurs patientes, notamment en termes de rétribution. Par ailleurs, les résultats de nos terrains montrent que ce sont ces *reninjaza* « formées » qui sont davantage sollicitées par les médecins chefs de CSB pour « collaborer », et auxquelles ils accordent plus facilement leur confiance, les autres *reninjaza* leur inspirant davantage de méfiance.

Si les *reninjaza* sont l'objet de discours stigmatisants de la part des autorités sanitaires et d'une partie des professionnels de santé, elles sont cependant reconnues comme tradipraticiennes détentrices de savoirs locaux.

Une tradipraticienne détentrice de savoirs locaux

À Madagascar, le Ministère de la santé publique reconnaît officiellement et valorise la médecine traditionnelle (Pierlovisi & Pourchez, 2014). Au sein du Ministère, la Direction de la pharmacie, du laboratoire et de la médecine traditionnelle (DPLMT), qui abrite le Service de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle (SPMT), est en charge de promouvoir et intégrer les

aspects « positifs » de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans les services de santé. Le SPMT reconnaît les *reninjaza* comme tradipraticiennes. À ce titre, on leur reconnaît des savoirs et des compétences ancestrales, qui sont le plus souvent passés sous silence par nos interlocuteurs relevant des autres services du Ministère. En tant que tradipraticiennes, les *reninjaza* sont incitées à adhérer à l'Association nationale des tradipraticiens malgaches (ANTM), ce qui suppose l'adhésion à une association membre de l'ANTM (voir le chapitre de C. Pierlovisi dans cet ouvrage).

L'adhésion à une association de tradipraticiens induit une nouvelle catégorisation et une différenciation entre les *reninjaza* de la capitale, Antananarivo, et le reste du pays. D'une part, l'ANTM et les associations de tradipraticiens ont très peu d'écho et de reconnaissance dans les provinces. Ainsi, les *reninjaza* enquêtées en province ne connaissent pas l'ANTM. D'autre part, à Antananarivo, toutes les *reninjaza* n'ont pas les ressources financières et sociales pour adhérer à une association membre de l'ANTM. Ainsi, les entretiens réalisés dans la capitale font référence aux *reninjaza* « légales » et « illégales » pour distinguer celles qui adhèrent à l'ANTM et celles qui n'y adhèrent pas, introduisant une nouvelle notion d'illégitimité et une hiérarchisation dans un contexte où la pratique de l'accouchement est de toute façon illégale pour toute personne non qualifiée. Notons que les *reninjaza* de la capitale qui adhèrent à l'ANTM sont plutôt issues de milieux favorisés et mettent en avant d'autres pratiques que celles liées à l'accouchement : don de voyance, don pour traiter la stérilité, etc. Certaines disent que des femmes de statut social très élevé font appel à elles pour accoucher. Leur niveau de vie les distingue nettement des *reninjaza* vivant en milieu rural. Ces praticiennes détiennent les ressources pour, par exemple, suivre des formations para-médicales leur permettant d'être accréditées par l'État et ouvrir un cabinet de naturopathe ou de massage, au sein duquel il leur arrive de pratiquer des accouchements. Notons que ces *reninjaza* « aisées » représentent une infime part des *reninjaza* malgaches.

Il est intéressant de noter qu'en dehors des associations de tradipraticiens, il n'existe pas à notre connaissance d'association ou de collectif de *reninjaza*, ce qui souligne l'absence de corporatisme lié à leur activité, à la différence d'autres pays (Koller, 2011).

Ces discours hétérogènes à l'égard des matrones tendent finalement à produire une figure stéréotypée de la *reninjaza*, comme une tradipraticienne dotée d'un certain pouvoir sur les femmes et d'un certain statut lui permettant par exemple de « retenir les femmes chez elle pour l'accouchement », ce dont elle tirerait des bénéfices sociaux ou financiers. Ces discours et initiatives ont été produits alors que les pratiques, statuts, motivations des *reninjaza* ont été peu questionnés et investigués, et alors que les facteurs qui motivent les femmes à accoucher avec une *reninjaza* ont été peu analysés (Pourette *et al.*, 2015), et

dans un contexte sanitaire où l'offre de soins ne permet pas à toutes les femmes malgaches d'accoucher dans une structure de santé, soulignant l'échec de la médicalisation de la naissance pour une grande partie de la population malgache.

En réalité, qui sont les reninjaza *?*

Il s'agit principalement de femmes (et exceptionnellement d'hommes) qui font partie de la communauté villageoise et qui ont été désignées par elle pour prendre soin des femmes enceintes, les accompagner au moment de l'accouchement, et accueillir les nouveau-nés. Elles sont généralement choisies pour exercer cette fonction, soit parce que leur mère, grand-mère ou un membre de la famille était déjà *reninjaza*, et qu'on les considère comme les héritières d'un savoir familial ou ancestral, soit parce qu'elles possèderaient un don de Dieu, dont elles ont déjà fait preuve, par exemple en aidant une femme à accoucher. Toutes les femmes interviewées soulignent qu'elles n'ont pas choisi d'être *reninjaza*, mais qu'il s'agit pour elles d'une obligation vis-à-vis de la communauté. Les savoirs et savoir-faire des *reninjaza* bénéficient donc d'une forte reconnaissance sociale locale. Cependant, elles n'ont aucune reconnaissance professionnelle ni économique. Être *reninjaza* ne constitue pas leur activité principale et ne leur permet pas de vivre. Ce sont avant tout des agricultrices, des vendeuses, etc. Elles sont peu ou pas rémunérées pour les soins qu'elles prodiguent. Lorsque les femmes ont suffisamment de moyens, elles leur donnent une modique somme d'argent ou, le plus souvent, une rétribution en nature (légumes, poulet). Mais, dans la majorité des cas, les *reninjaza* ne sont pas rétribuées pour cette activité, et elles n'ont pas la possibilité d'imposer une rétribution minimale (hormis les rares *reninjaza* officiant dans des cabinets privés de la capitale).

Par ailleurs, en évoquant seulement l'accouchement, la désignation « accoucheuse traditionnelle » utilisée par les institutions est très réductrice par rapport à la pluralité des soins dispensés par la *reninjaza*. Elle est en effet sollicitée tout au long du processus de la reproduction, depuis la conception jusqu'aux jours suivant la naissance. En amont de la grossesse, on la consulte pour favoriser la survenue d'une grossesse. Au début de la grossesse, on la consulte pour confirmer celle-ci. Si la femme perçoit certains signes lui faisant penser qu'elle peut être enceinte (arrêt des règles, nausées), elle doit s'assurer que ces symptômes ne sont pas ceux d'une maladie et que, si la grossesse est confirmée, elle attend bien un enfant et pas « autre chose » [5]. Au cours de la grossesse, la *reninjaza* est sollicitée pour soulager les douleurs (dos, ventre) par des massages et des *tambavy* (tisanes), donner des conseils autour de la nutrition, et pratiquer des rituels pour la protection de la femme enceinte et du

---

[5]. L'« autre chose », appelée *biby* (animal), désigne le fœtus de nature non humaine, et que les femmes peuvent observer lors des fausses couches.

bébé. Au moment de la naissance et dans les jours qui suivent, elle rend visite à la mère et au nouveau-né, prodigue des conseils pour l'allaitement et l'alimentation, veille à la bonne santé de la femme et de l'enfant. Il s'agit aussi souvent d'un relai important pour conseiller aux femmes enceintes d'effectuer au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse dans un centre de santé, et pour y orienter celles qui rencontrent des complications au moment de l'accouchement. Il faut noter que les savoirs et pratiques des *reninjaza* ne recouvrent pas un champ uniforme. Ils sont particulièrement diversifiés, varient d'une région à une autre, et d'une *reninjaza* à une autre.

Si les *reninjaza* sont décriées par une partie des professionnels de santé et jugées responsables de la mortalité maternelle, il n'en demeure pas moins que ceux exerçant dans les provinces et les zones enclavées reconnaissent qu'ils ne peuvent pas prendre en charge tous les accouchements. Pour eux, l'activité des *reninjaza* est importante et nécessaire. De fait, de nombreuses formes de collaboration entre professionnels et *reninjaza* existent. Elles ont été mises au jour dans toutes les régions enquêtées.

COLLABORATIONS ENTRE *RENINJAZA* ET PROFESSIONNELS DE SANTE

Ces collaborations ne sont généralement pas institutionnalisées. Il s'agit plutôt d'initiatives isolées mises en place à la suite des « formations » qui ont permis aux médecins chefs de CSB de prendre contact avec des *reninjaza*, ou, dans les zones où de telles « formations » n'ont pas eu lieu, d'initiatives personnelles impulsées par un médecin ou une sage-femme. Ces collaborations ne suivent pas un cadre formel, elles reposent parfois sur des relations de proximité entre une sage-femme et une *reninjaza* qui partagent des informations sur une patiente ou échangent des conseils sur sa prise en charge.

Plusieurs formes de collaboration ont été identifiées. Un premier type de collaboration indirecte est à l'initiative des *reninjaza*, lorsqu'elles conseillent aux femmes enceintes de se rendre au CSB pour effectuer une ou plusieurs consultations prénatales. Certaines *reninjaza* affirment même qu'elles refusent de prendre en charge les femmes enceintes qui ne se rendent à aucune CPN. Ce type de collaboration permet aux praticiennes de se protéger d'éventuelles représailles des autorités en cas de complications graves au moment de l'accouchement, et d'une éventuelle dépréciation sociale.

Une autre forme de collaboration consiste à accompagner certaines femmes au CSB au moment de l'accouchement : les femmes dont l'accouchement présente des complications, ou les femmes jugées jeunes ou au contraire âgées, qui risqueraient de rencontrer des difficultés selon la *reninjaza*. Dans ce cas, elle joue un rôle d'accompagnatrice, au même titre qu'une personne de la famille, et n'intervient pas dans le déroulement de l'accouchement. Dans certains centres de santé, ce rôle d'accompagnatrice se double d'un rôle d'assistante : le médecin

ou la sage-femme confie à la *reninjaza* certaines « petites tâches » qui ne nécessitent pas de savoir technique (lavage du matériel par exemple). Dans l'un des centres de santé enquêtés, la collaboration va jusqu'à une prise en charge complète de l'accouchement par la *reninjaza* lorsque le médecin est absent (deux jours par semaine). La clé du CSB est laissée à la disposition de deux *reninjaza* du *fokontany* [6] de manière à ce qu'elles puissent pratiquer les accouchements au CSB en l'absence du médecin. Il y a là une délégation des tâches, mais celle-ci n'est pas officielle et ne remet donc pas en cause la hiérarchisation du savoir médical.

Une dernière forme de collaboration, qui semble relativement fréquente, émane de sages-femmes qui reconnaissent aux *reninjaza* un certain savoir-faire qu'elles seraient les seules à détenir en matière de massage des femmes enceintes. Il est fréquent que, en cas de mauvais positionnement du fœtus en vue de l'accouchement ou en cas de doute sur sa position, des sages-femmes orientent les femmes enceintes concernées vers les *reninjaza* afin qu'elles prodiguent des massages destinés à corriger la position du fœtus.

Ces différentes formes de collaboration, non institutionnelles et informelles, souvent passées sous silence, ne remettent pas en cause le pouvoir médical, qui s'appuie pourtant bien sur les *reninjaza* pour assurer la prise en charge des femmes enceintes, des parturientes et des accouchements. Ces collaborations sont peu visibles, elles ne sont pas évoquées dans les discours publics, et ne sont pas prises en compte par les autorités en charge de la santé mère-enfant. Elles ne sont pas généralisées : certaines sages-femmes perçoivent les *reninjaza* comme des concurrentes et refusent tout contact avec elles, dans un contexte où le pouvoir médical est déjà mis en question par la population (Mattern & Pourette, 2018), et fragilisé par les autorités sanitaires (faible rémunération, affectation des personnels médicaux dans des zones éloignées ou isolées).

En marge des collaborations avec les professionnels de santé, des collaborations entre les autorités et les *reninjaza* sont aussi observées. Une partie des *reninjaza* enquêtées remplissent, pour les accouchements qu'elles effectuent, un cahier où sont mentionnés la date de naissance de l'enfant, le nom des parents, et éventuellement le prénom de l'enfant [7]. Ce document est remis au chef de *fokontany* afin de procéder à la déclaration de naissance des enfants.

Ces exemples de collaboration montrent toute la complexité des enjeux de pouvoir au sein de la sphère médicale et notamment autour de la naissance, et toute la complexité de l'articulation et de l'intrication des pratiques de santé, biomédicales, traditionnelles et néo-traditionnelles à Madagascar.

---

[6]. Le *fokontany* désigne la plus petite unité administrative à Madagascar. Une commune est constituée de plusieurs *fokontany*.

[7]. Selon les régions, le prénom de l'enfant n'est pas toujours donné le jour de sa naissance.

CONCLUSION

La Feuille de route 2015-2019 pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar mentionne peu les *reninjaza*. Elle prévoit cependant de :

> *[…] renforcer les compétences des Agents de santé, des Agents communautaires et des matrones en matière de SONU (Soins obstétricaux et néonataux d'urgence) de base, de SMN (Santé maternelle et néonatale), de prise en charge des violences sexuelles, de prévention et PEC (Prise en charge) du cancer du col utérin et en matière de SR (Santé de la reproduction) en situation humanitaire.*
>
> (Ministère de la santé publique, 2014 : 36)

S'agissant des *reninjaza*, l'objectif est que, en 2019, 80 % des *reninjaza* « réfèrent et accompagnent les parturientes à l'hôpital et contribuent aux soins à domicile des nouveau-nés » (Ministère de la santé publique, 2014). Aucun document à notre connaissance ne définit les moyens mis en œuvre pour atteindre ces objectifs, et nous n'avons pas obtenu d'informations à ce sujet. Si ces objectifs sont tout à fait louables, ils nécessitent une refonte en profondeur du système de santé et notamment l'amélioration notable du système de prise en charge de l'accouchement, en termes de capacités matérielles, en personnels soignants et en intrants.

Les différentes formes de collaboration entre *reninjaza* et professionnels de santé observées à Madagascar suggèrent une complémentarité possible des approches biomédicale et traditionnelle dans le champ de la naissance à Madagascar, comme dans d'autres contextes culturels (Cosmimksy, 2001). Dans leurs discours, les *reninjaza* ne s'opposent pas aux professionnels de santé et ne remettent pas en question leur pratique de la médecine. Elles savent au contraire qu'elles ne sont pas capables de prendre en charge certaines pathologies et les complications de la grossesse et de l'accouchement. Mais elles offrent des soins complémentaires, qui n'appartiennent pas au même registre que les soins médicaux, et qui les complètent. Lorsque les femmes expliquent pourquoi elles accouchent avec une *reninjaza*, elles soulignent aussi qu'elles préféreraient accoucher dans une structure médicale, mais que les structures existantes accessibles ne correspondent pas à leurs attentes, notamment en termes de qualité d'accueil et relationnels (Pourette *et al.,* 2015). Les femmes un peu mieux dotées d'un point de vue financier choisissent d'accoucher à domicile avec une sage-femme de leur réseau de connaissances, qu'elles rémunèrent davantage qu'une *reninjaza* et qui allie les qualités relationnelles de la *reninjaza* et des compétences médicales. Le fait d'accoucher à domicile plutôt qu'en structure de santé répond aussi à un enjeu social important : la présence des proches pour prendre en charge la mère et l'enfant, et les tâches afférentes à sa venue au monde.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

CARTON M., ZERBO R., 2011. « Des matrones face à la "maternité sans risque", le cas de Barsalogho, Burkina Faso ». In : P. HANCART-PETITET (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Descartes, Faustroll, p. 143-67

COSMIMKSY S., 2001. « Midwifery across the generations: A modernizing midwife in Guatemala », *Medical Anthropology*, 20, 4, 345-78

DAHL Ø., 2006. *Signes et significations à Madagascar. Des cas de communication interculturelle*, Paris, Présence Africaine.

HANCART-PETITET P., 2011a. *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Descartes, Faustroll.

HANCART-PETITET P., 2011b. « Les matrones et la réduction de la mortalité maternelle, une contribution au débat », *Global Health Promotion*, 18, 4, 31-4

KOLLER P.M., 2011. « Que font les matrones en temps de guerre ? Études de cas dans le Chiapas mexicain et au Burundi ». In : P. HANCART-PETITET (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Descartes, Faustroll, p. 259-291

INSTAT, 2013. « Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013 », Antananarivo, Madagascar, 208 p.

LAVRA P., 2011. « Portraits de matrones en Martinique et construction sociale et symbolique des pratiques de soins ». In : P. HANCART-PETITET (dir.), *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*, Descartes, Faustroll, p. 83-112

MATTERN C., POURETTE D., 2018. « Défiance et défaillance : des stratégies en marge de l'offre de soins publique. Recours aux matrones et au marché informel du médicament à Madagascar », In : M. GAIMARD (dir.), *Actes du colloque international : Vulnérabilités et territoires*, 27es journées scientifiques de la Société d'écologie humaine, Dijon, 2016.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2014. « Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale à Madagascar 2015-2019 », Antananarivo, Madagascar, 62 p.

PIERLOVISI C., POURCHEZ L., 2014. « Traditional Medicine in Madagascar − Current Situation and the Institutional Context of Promotion », *Health, Culture and Society*, 7, 1, 16-27

POURETTE D., PIERLOVISI C., RANDRIANTSARA R., 2015. *Étude anthropologique : Santé reproductive, itinéraires thérapeutiques et recours aux soins dans la région de Morondava-Menabe*, *Rapport final*, Antananarivo, Institut de recherche pour le développement, Louvain Développement Coopération, Institut Pasteur de Madagascar, Université catholique de Madagascar, Madagascar, 39 p.

QUASHIE H., POURETTE D., RAKOTOMALALA O., ANDRIAMARO F., 2014. « Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : Paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des *reninjaza* », *Culture, Health & Society*, 7, 1, 1-15

RAVOLOLOMANGA B., 1992. *Être femme et mère à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.

VICE PRIMATURE CHARGEE DE LA SANTE PUBLIQUE, UNFPA, UNICEF, WHO, AMDD, MSIS, 2010. *Évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonatals d'urgence à Madagascar, Rapport final*, Antananarivo, UNFPA, Madagascar, 220 p.