

LES REPRÉSENTATIONS DE LA HONTE ET DE LA PAUVRETÉ DANS LES RELATIONS SOIGNANTS-SOIGNÉS EN MILIEU RURAL À MADAGASCAR

Elise HUYSMANS

Candidate au doctorat (PhD)

Laboratoire d'Anthropologie Prospective (LAAP), UCLouvain

Chiarella Mattern

Anthropologue, Institut Pasteur de Madagascar

Chercheuse associée UMR Ceped

IRD, Université Paris Cité, Inserm

Résumé : Cet article se base sur une étude anthropologique conduite à Madagascar en 2018 en santé maternelle. Nos résultats suggèrent qu'au niveau communautaire, la relation entre le soignant et le soigné est affectée par les représentations autour de la pauvreté des mères et parturientes. Cette pauvreté est associée essentiellement à un niveau économique faible et une incapacité pour celles-ci à se procurer du matériel de soins. En réponse à ces représentations, les parturientes développent des stratégies d'évitement de « la honte », notamment par la démonstration de leur capital matériel et financier lors de leurs consultations au centre de santé. Le recours aux soins prodigués par la matrone participe à ces stratégies permettant de « privatiser » la pauvreté.

Mots-clés : Madagascar – Anthropologie de la santé – Relations soignants/soignés – Pauvreté – Honte

Abstract: This article is based on an anthropological study conducted in Madagascar in 2018 in maternal health. Our results suggest that at the community level, the relationship between the caregiver and the cared-for is affected by representations around the poverty of mothers and parturients. This poverty is essentially associated with a low economic level and an inability for them to obtain health care materials. In response to these representations, parturients develop strategies to avoid "shame", by demonstrating their material and financial capital during their consultations at the health center. The use of care provided by the matron is part of these strategies to "privatize" poverty.

Keywords: Madagascar - Anthropology of health - Caregiver/cared for relationships - Poverty – Shame.

La santé de la mère et de l'enfant constitue une problématique majeure en santé publique à Madagascar. On y observe un taux de mortalité maternelle élevé, avec 478 décès sur 100 000 naissances vivantes en 2012¹. Par ailleurs, il est estimé qu'à Madagascar, 16 % des décès de femmes seraient dus à des causes liées à la grossesse, à l'accouchement et à ses complications. Une femme sur quarante-trois serait donc à risque de décéder pour cause maternelle durant sa vie générifique.

En outre, Madagascar est caractérisé par de faibles capacités de consensus politique qui marquent une économie délinquante² ayant considérablement affaibli son système de santé. Plus des trois quarts de la population malgache résident en milieu rural, et, en 2019, 75% des habitants de Madagascar vivaient sous le seuil de pauvreté³. Bien que le pays s'engage depuis les années 1960 à réformer son système de santé pour faciliter l'accès (entre autres financier) aux soins pour la population, les multiples crises politiques de ces dernières décennies ainsi que la crise sanitaire liée au coronavirus ont entraîné une fragilisation croissante du système de santé publique et de ses infrastructures⁴. Par conséquent, l'hôpital, et plus largement les formations sanitaires, constituent des lieux où se jouent un ensemble de tensions qui ont été longuement analysées au cours de ces dernières années, que cela soit à Madagascar⁵ ou dans d'autres contextes africains qui font écho à la situation présente sur l'île⁶.

Dans cet article, nous suggérons que la relation entre soignants et soignés en milieu communautaire est affectée par les représentations des soignants sur la pauvreté des soignés, plus particulièrement des mères et parturientes. Pour les soignants, cette pauvreté est associée essentiellement à un niveau économique faible ainsi qu'à une incapacité pour les mères, les parturientes et leurs familles à se procurer du matériel médical nécessaire pour les soins obstétricaux, ainsi que du linge neuf et de la nourriture en qualité et quantité suffisante. Ces représentations sont clairement explicitées par les soignants qui encouragent les mères à porter une attention particulière à leur apparence lors des visites aux centres de santé, justifiant l'impact que cette « négligence » peut avoir selon eux sur leur santé et celle de leurs enfants. En réponse à ces injonctions, les patients et les parturientes développent des stratégies afin d'éviter « la honte » et dans le but de ne pas rendre leur pauvreté publique au sein du centre de santé. Ce faisant, certaines familles qui en ont les moyens développent des logiques ostentatoires de démonstration de leurs possessions matérielles lors de moments clés du parcours de soins (hospitalisation, accouchement, soins postnataux et vaccination notamment). D'autres familles mettent en place des stratégies de « privatisation » de la pauvreté, en donnant à l'accouchement à domicile avec une matrone un sens nouveau : celui de rendre sa pauvreté invisible dans la sphère publique.

¹ INSTAT, 2013. Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Antananarivo, Madagascar. Il n'y a malheureusement pas de données plus récentes. Les derniers chiffres à l'UNICEF et à l'OMS datent également de 2012.

² Mireille RAZAFINDRAKOTO, FRANÇOIS Roubaud, Jean-Michel WACHSBERGER, « Introduction thématique », *Afrique Contemporaine*. 251 (3), 2014, pp. 13-23.

³ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview#1>

⁴ <https://www.banquemondiale.org/fr/country/madagascar/overview#1>

⁵ Voir notamment Dolorès POURETTE, Chiarella MATTERN, Christine BELLAS-CABANE C., Bodo RAVOLOLOMANGA, (éds.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*. Paris, L'Harmattan, 2018. ; Claire MESTRE, *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, Paris, L'Harmattan, 2014. ; Chiarella MATTERN, *Le marché informel du médicament à Madagascar : une revanche populaire*, UCLouvain, Louvain-La-Neuve, 2017.

⁶ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDIN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

Par conséquent, nous proposons deux points de discussions. Tout d'abord, les enjeux sous-jacents à ces représentations envers les parturientes peuvent être déterminants pour la qualité de soins prodigués et influent donc sur les recours aux soins des mères. Ensuite, nous suggérons que ces logiques de « honte » de la pauvreté qui naissent dans les centres de soins publics obligent à repenser les rôles accordés aux matrones dans le cadre de l'accompagnement des accouchements à domicile. Les logiques de stigmatisation de la pauvreté et les ruses des parturientes et des jeunes mamans pour y échapper nous permettent d'avoir un nouvel éclairage sur les relations entre soignants et soignés en milieu rural à Madagascar.

Plusieurs concepts sont à définir afin de poser le cadre théorique de cet article. En effet, si la notion de pauvreté est une notion du sens commun qui semble claire, et si le lien entre pauvreté et maladie est établi⁷, l'utilisation scientifique de cette notion peut poser question⁸. Les liens entre pauvreté et maladie ont largement été démontrés notamment par les chercheurs en santé publique et en sciences sociales. Ces liens sont abordés sous l'angle des politiques publiques⁹, des maladies associées à la « misère »¹⁰, des logiques sociales de pluralités thérapeutiques dans les parcours de soins pour faire face à la précarité¹¹, etc. Par ailleurs, comme l'a démontré l'économiste Amartya Sen, la pauvreté ne se définit pas en fonction d'un calcul comptable du nombre de ressources matérielles et financières disponibles pour un individu¹², mais elle doit être perçue comme un niveau de « capacités ». C'est-à-dire, les possibilités pour les individus à poser des choix et de faire des choses qu'ils ont des raisons de valoriser. L'économiste entend donc se concentrer sur les libertés concrètes de vivre des individus susceptibles d'être entravés par la pauvreté.

Dans le cadre de cet article, nous mobiliserons le terme de « pauvreté » pour nous référer à la vulnérabilité et à la faible capacité de choix en termes de santé qu'elle peut induire dans la recherche de soins obstétricaux. Par ailleurs, nous allons nous attacher à décrire comment cette pauvreté s'inscrit dans un ordre social particulier¹³, lié aux soins en infrastructures médicales. Plus précisément, nous allons démontrer la manière dont la perception de la pauvreté prend place dans des logiques de défiance entre les parturientes, leurs familles et le personnel soignant. La pauvreté se cristallise dans ce contexte par le manque de matériel défini comme nécessaire pour les soins obstétricaux par le personnel soignant (linge propre pour la mère et l'enfant, alimentation, etc.). Nous verrons qu'au travers du manque de matériel, la pauvreté devient publique et symbolise la défaillance sociale¹⁴. Ce « matériel » sera donc analysé ici en tant que support d'un mode de vie social¹⁵ et vecteur d'un sentiment de « honte ».

⁷ Bruno MEESSEN, Zhang ZHENZHONG, Wim VAN DAMME, Narayanan DEVADASAN, Bart CRIEL, Gerald BLOOM, « Iatrogenic poverty », *Tropical Medicine and International Health*, 8 (7), 2003, pp. 581-584.

⁸ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

⁹ Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 2000, pp. 95-116.

¹⁰ Jeanne-Marie AMAT-ROZE, « Santé et tropicalité en Afrique subsaharienne : un système multirisque », in Gruénais & Pourtier (eds), *La santé en Afrique. Anciens et nouveaux défis*, La documentation française, numéro spécial, n°195, 2000.

¹¹ Yannick JAFFRE & Jean-Pierre OLIVIER DE SARDAN (Dir.), *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans les cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

¹² Amartya SEN, *L'idée de justice*. Paris, Flammarion, 2010.

¹³ Alain MARIE, « « Y'a pas l'argent » : l'endetté insolvable et le créancier floué, deux figures complémentaires de la pauvreté abidjanaise », *Tiers-Monde*, 142 (36), 1995, pp. 303-324.

¹⁴ Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Naneré (Burkina Faso)*, EHESS : Marseille, 1999.

¹⁵ Maurice GODELIER, *L'idéal et le matériel : pensée, économies, sociétés*. Paris, Fayard, 1984.

II) MÉTHODOLOGIE

A. Collecte des données

Cet article repose sur un corpus de données de 80 entretiens semi-directifs et d'observations menées en 2018 dans le cadre de deux recherches complémentaires : le volet qualitatif du projet EDRAS (Étude des Déterminants des Recours Aux Soins des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans) conduit par l'Institut Pasteur de Madagascar et un mémoire de master 2 en anthropologie associé au projet¹⁶ réalisé par Elise Huysmans¹⁷. Plus précisément, nous utiliserons 59 de ces entretiens, réalisés dans une localité du sud-est de Madagascar. En complément, le mémoire portant plus spécifiquement sur la question du « faire lien » dans le parcours de soins a permis la réalisation de 21 entretiens d'approfondissement et a offert l'opportunité de la conduite d'observations localisées dans et autour d'un Centre de santé de base (CSB), soit le premier échelon de la pyramide sanitaire. La collecte des données dans le cadre de ce mémoire s'est effectuée dans la même zone que l'enquête EDRAS : la commune d'Amboanjo¹⁸, située dans le sud-est de Madagascar. Le groupe de chercheuses sur le terrain était constitué d'une superviseuse (anthropologue), d'une coordinatrice de projet (sociologue), d'une étudiante de master (anthropologue) et d'une interprète.

B. Entretiens semi-directifs

Les entretiens ont porté sur cinq thématiques principales : le recours aux soins pendant la grossesse, les lieux et les pratiques d'accouchement, le recours aux méthodes de planification familiale, les parcours de soins infantiles (y compris néonataux) et le recours à la vaccination pour les enfants de moins de cinq ans. Ils ont été menés en malgache, en présence d'une enquêtrice francophone ou bilingue malgache/français et d'une interprète si besoin. L'intégralité des entretiens a ensuite été retranscrite et traduite vers le français pour l'analyse des données. Les entretiens ont été menés auprès des catégories d'acteurs suivants : des femmes enceintes, des mères d'enfants de moins de cinq ans, des pères d'enfants de moins de cinq ans, des acteurs biomédicaux (médecin-chef, sage-femme) ainsi que des matrones (accoucheuses traditionnelles en milieu communautaire). Nous avons divisé le groupe des femmes enceintes et le groupe des mères d'enfants de moins de cinq ans en deux sous-groupes par catégories. Un sous-groupe était interrogé au CSB (consultations prématernelles et vaccination pour les enfants de moins de cinq ans). Nous avons réalisé des entretiens au domicile des mères et des femmes enceintes pour le deuxième sous-groupe.

C. Observations

Les observations ciblaient les parcours de soins des patients et patientes du centre de santé et des dynamiques d'accompagnement familial autour des séjours au CSB. Pour faciliter cette démarche, les chercheuses ont choisi de loger au sein du CSB afin de partager le quotidien du personnel et des patients. Cette démarche a permis d'assister aux accouchements, aux consultations prématernelles et aux soins postnataux. Le CSB, disposant

¹⁶ Elise HUYSMANS, *Quand la santé questionne les liens. Anthropologie de la santé maternelle et infantile en milieu rural dans le Sud-Est de Madagascar*. Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain, 2018.

¹⁷ Les directrices de ce mémoire sont Pr. Pierre-Joseph Laurent (UCLouvain) et Chiarella Mattern (IPM, CEPED).

¹⁸ Les lieux d'enquêtes ont été anonymisés.

également de logements pour l’entourage des patients et parturientes¹⁹, il nous a été possible de suivre leurs parcours autour de ces événements. Enfin, des visites à domicile des familles des patients et parturientes ont été réalisées lors de leur retour au sein de leur communauté.

D. Description de la zone d’enquête

Pour les besoins de cet article, nous ciblerons une localité en particulier, Amboanjo, dans laquelle nous avons réalisé les deux enquêtes. Amboanjo est une commune rurale de quinze mille habitants, répartis sur onze fokontany (villages²⁰), chacun séparé en plusieurs hameaux. Cette localité est représentative du milieu rural en termes de caractéristiques socioéconomiques, de types d’infrastructures et d’offres de soins disponibles. L’accès à l’eau potable et à l’électricité est un véritable enjeu pour les habitants. Deux pompes à eau se situent au niveau du chef-lieu de la commune. Il n’y a aucune latrine ou autre installation sanitaire. Concernant les activités génératrices de revenus, la plupart des ménages vivent de l’agriculture. La sécurité alimentaire constitue un autre enjeu pour les populations de cette commune. En termes climatiques, Amboanjo est situé au sein d’une région soumise à un climat tropical humide. Des risques climatiques importants (cyclones et fortes précipitations notamment) influencent tout au long de l’année les conditions de vie des populations locales²¹.

En ce qui concerne la santé, le centre de santé de base (CSB2²²) le plus proche, où exercent une femme médecin, une sage-femme et une dépositaire de médicaments²³ se situe au centre du chef-lieu de la commune. Les *fokontany* de la commune d’Amboanjo se situent à une distance de zéro à quinze kilomètres du CSB. En appui à ces prestataires de soins, les agents communautaires sont en charge de la PCIMEc – Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant au niveau Communautaire. Outre ces offres de soins officielles, les *reninjaza* (ou matrones) assurent plus de la moitié des accouchements. Leur intégration au sein du système de soins à Madagascar est complexe et conflictuelle étant donné qu’elles sont régulièrement la cible d’accusations de la part des soignants biomédicaux concernant la mortalité maternelle et périnatale²⁴.

E. Considérations éthiques

Cette étude a reçu la validation éthique du Comité d’Éthique pour la Recherche Biomédicale à Madagascar (CERBM) à la date du 19 septembre 2017.

¹⁹ L’existence de logements pour accueillir les familles n’est mis en place à Madagascar que dans quelques centres de santé soutenus par un programme de santé afin de favoriser le recours aux formations sanitaires.

²⁰ Définition légale : « une subdivision administrative de base au niveau de la Commune, [qui] selon l’importance des agglomérations, comprend des hameaux, villages, secteurs ou quartiers. » Voir le décret n° 2004-299 du 3 mars 2004 fixant l’organisation, le fonctionnement et les attributions du Fokontany <https://jwf-legal2.fr.gd/D-e2-crets-164.htm>

²¹ Isabelle DROY, Patrick RASOLOFO (dirs), *Pauvreté et développement socialement durable*, Bordeaux, Presses Universitaires de Bordeaux, 2003.

²² A Madagascar, les centres de santé de base se composent de deux niveaux : les CSB1 et les CSB2. Seuls les CSB2 sont dotés d’un médecin.

²³ La dépositaire de médicaments gère les stocks, les commandes et les distributions de médicaments auprès des patients et patientes du CSB.

²⁴ Hélène QUASHIE, Dolores POURETTE, Olivier RAKOTOMALALA, Frédérique ANDRIAMARO, « Tradithérapie, biomédecine et santé maternelle à Madagascar : paradoxes et pouvoirs autour des savoirs et pratiques des *reninjaza* », *Health, Culture and Society*, 7 (1), 2014, p. 1-15.

III) RÉSULTATS

A. Le soutien des familles est essentiel autour de l'accouchement

Le Centre de Santé de Base de la commune d'Amboanjo constitue une arène où se cristallisent les enjeux reliant santé et pauvreté. À l'instar du reste de la commune, le CSB ne dispose pas d'électricité ni d'eau courante. Il n'y a ni point d'eau pour se laver, ni éclairage. Si on retrouve dans certains CSB à Madagascar des bornes-fontaines, ce n'est pas le cas du CSB d'Amboanjo. Pour se laver les mains, la sage-femme fait habituellement apporter des seaux d'eau par l'entourage des patients et parturientes. Seul un panneau solaire permet d'alimenter le frigo de la salle de consultations où sont stockés les vaccins et autres sérums. Le centre de santé ne fait pas exception quant au manque de matériel qui touche la totalité des infrastructures de soins publiques à Madagascar. Par exemple, durant notre séjour au CSB (deux mois), la sage-femme n'a eu à sa disposition que deux paires de gants différents pour une vingtaine d'accouchements effectués, la conduisant à laver les gants à l'eau chaude et au savon (apporté par les familles) entre chaque naissance.

Face à ces multiples manquements, il convient aux familles de s'organiser pour pallier ces difficultés. Les patients et parturientes ne séjournent ainsi jamais seules et sont accompagnées de plusieurs membres de la famille qui se relaient pour assurer les tâches qui incombent aux « gardes-malade » ou des « rondes », selon le terme utilisé par nos interlocuteurs. L'entourage des mères représente tant un soutien moral, financier que logistique pour la gestion de la vie quotidienne : cuisiner, fournir du linge, se procurer les médicaments nécessaires, accueillir et nourrir les visiteurs. Obtenir les médicaments est souvent le plus coûteux pour ces familles. Si les prestations médicales et consultations ne sont pas facturées en tant que telles, tout le matériel et les médicaments manquants doivent être apportés par l'entourage du malade ou de la parturiente. À Amboanjo, quelques familles de médicaments (paracétamol essentiellement) sont disponibles dans les petits commerces de village (épiceries, etc.). Mais les ruptures d'approvisionnement qui touchent le centre de santé rendent ces médicaments non disponibles. Pour s'en procurer, les familles doivent alors partir plus d'une journée vers la ville voisine.

Dans ce contexte fragile, un épisode de soin majeur entraînant un recours au système de soin biomédical peut dès lors faire basculer une famille dans l'extrême précarité. Afin de préciser notre propos, nous allons reprendre ici l'histoire de Rasoa, une de nos informatrices sur le terrain. Rasoa a cinq enfants âgés de six à dix-huit ans. Elle nous dit que sa vie est « amère » (difficile) depuis de nombreux mois, notamment à cause des aléas climatiques qui ont impacté toute la région : « *on plante, mais on ne produit rien* ». Elle nous confie qu'il lui arrive de « *vivre sans manger* ». Dix mois avant notre enquête, sa fille de dix-huit ans a subi des complications à la suite de son accouchement. Elle s'est mise à convulser quelques heures après la naissance de son enfant et a dû être emmenée d'urgence au CSB où elle a séjourné plus d'une semaine. Rasoa nous raconte :

« En fait, il nous est arrivé beaucoup de choses. On a vendu jusqu'à notre dernière poule, jusqu'à notre dernier grain de riz [et] tous les stocks qu'on avait à la maison pour pouvoir acheter des médicaments pour elle. Le prix des médicaments était vraiment [...] Le prix des médicaments, des piqûres ... Ah ! Si on avait réfléchi, on aurait dû faire des économies. Mais à cause de notre pauvreté ... Parce que les enfants ont besoin d'être nourris, qu'est-ce qu'on pouvait faire ? Ma fille était enceinte et pourtant, il n'y avait rien. En une semaine, on a mangé tout notre riz [...] C'est ce que nous avons fait à ce moment-là, on a vendu jusqu'au dernier grain de riz » (Rasoa, mère de cinq enfants).

L'histoire de Rasoa est loin de faire exception parmi les familles d'Amboanjo. Cet extrait d'entretien nous montre ainsi à quel point un épisode de soin peut représenter un moment de « basculement » dans l'extrême pauvreté – surtout si les familles sont déjà dans une instabilité de revenus, de nourriture et de ressources avant l'épisode de soin. Le rôle de soutien endossé par la famille dans le parcours de soins, tant en termes de ressources humaines que de dépenses financières, produit un véritable effet de cascade, impactant souvent la famille au sens élargi. Pour pouvoir pallier les manquements structurels dont souffre le CSB d'Amboanjo (matériel, médicaments) et intervenir d'un point de vue logistique (appui pour l'alimentation de la mère, la prise en charge du nettoyage de la salle, du linge, la garde des enfants de la parturiente, etc.), l'équilibre fragile de l'entourage de la mère est mis en péril. Ces tâches sont habituellement à la charge de la mère qui, alitée au CSB pour une durée allant de zéro à deux jours, ne peut plus remplir ces responsabilités – durée variant selon les ressources dont la jeune mère dispose pour prendre en charge le séjour (alimentation des accompagnants, frais liés aux soins post-natals, etc.) Ces événements inattendus peuvent générer des coûts d'opportunité qu'il sera difficile d'absorber. En effet, les énergies sont mobilisées autour de la mère et mettent les activités essentielles à l'arrêt (agriculture, petits commerces, vente sur les marchés locaux ...). Emprunts et dettes sont légion dans ces situations de soins difficiles. Les conséquences de ces événements peuvent s'étendre sur des mois, voire des années.

Les manques structurels des centres de santé permettent d'éclairer partiellement cette « sur-responsabilisation²⁵ » des familles dans leur parcours de soins. En outre, nos résultats laissent également entendre la manière dont les relations entre soignants et parturientes viennent mettre en perspective l'explication purement économique des coûts des soins de santé et des accouchements.

B. Pouvoir dépenser : éviter la honte et être une mère « capable » aux yeux des soignants

Le personnel de santé travaillant au CSB d'Amboanjo est composé d'une médecine-chef (dokotera) et d'une sage-femme (rasazy). Toutes les deux viennent de grandes villes à plusieurs jours de voiture du village. La médecin-chef est responsable du centre, mais c'est avant tout la sage-femme qui s'occupe des soins et des consultations. Contrairement au médecin, la sage-femme porte toujours sa blouse blanche. La *dokotera*, quant à elle, est décrite par nos interlocuteurs comme « moderne » et « pas de chez nous », notamment dû à son style vestimentaire urbain. La démarcation entre les villageois et le personnel de santé se fait ainsi par des symboles visuels particuliers et matérialise la hiérarchie médicale²⁶. Les villageois, et surtout les mères, entretiennent un rapport particulier avec la sage-femme – figure centrale des soins à Amboanjo. En effet, pour aller voir *rasazy*, il faut « *se préparer pour être bien reçus* ». Landrine, mère de deux enfants, nous explique la manière dont elle se prépare en vue des séances de vaccination de routine de ses enfants :

²⁵ Par « sur-responsabilisation » nous voulons signifier que, face à la maladie et à la mort, ce sont les patients et leur entourage qui vont devoir « bricoler » et s'organiser pour pallier les manquements des infrastructures biomédicales. Manquements face auxquels les soignants adoptent une attitude d'experts, de transmetteurs de normes ou encore d'éducateurs/sensibilisateurs. Voir : Elise HUYSMANS, *Quand la santé questionne les liens. Anthropologie de la santé maternelle et infantile en milieu rural dans le Sud-Est de Madagascar*, Louvain-La-Neuve, Université Catholique de Louvain, 2018.

²⁶ Cette démarcation visuelle dans les lieux de soins a également été analysée dans : Yannick JAFFRE, Alain PRUAL, « « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et Santé*, 9 (2), 1993, pp. 63-80.

« On se lave avec du savon et on se prépare. Parce que rasazy [la sage-femme] n'accepte pas les personnes sales. Il faut avoir des vêtements propres, les saletés dans les ongles doivent être enlevées. Elle n'accepte pas que le bébé soit sale. Les enfants qui ont le visage sale, elle ne les accepte pas. Elle dit qu'il faut être propre. Ce n'est qu'ainsi qu'on est en bonne santé. » (Landrine, deux enfants).

Cet extrait montre une ambiguïté autour de l'expression « être / se maintenir en bonne santé ». Selon les femmes, l'accès à des soins de qualité est déterminé par une certaine conformité aux attentes de la sage-femme en termes de propreté et de pouvoir d'achat. En effet, les mères indiquent la nécessité d'« avoir l'air propre », cela s'applique pour elles et leurs enfants. Le pouvoir d'achat des mères est également en jeu – à savoir, la capacité des mères à prendre en charge des frais non attendus liés aux soins (les seringues servant à l'administration de la vaccination pour les enfants par exemple, en cas de ruptures d'approvisionnement au CSB).

Ces attentes trouvent parfois des réponses favorables : c'est le cas par exemple de Landrine, informée des demandes spécifiques pouvant survenir lors des visites au CSB et en capacité matérielle d'y répondre. Certaines femmes au contraire, non préparées ou en incapacité de respecter ces injonctions se retirent des séances de vaccination quand une contribution leur est demandée, ou évitent de recourir à la *rasazy* pour leurs soins. Une nette différence dans l'accès aux soins se crée donc entre les mères. Ces logiques s'étendent à tous les types de soins, et en particulier ceux qui tournent autour de la grossesse et les maladies des jeunes enfants.

Par ailleurs, en prévision de l'accouchement, les mères entretiennent des liens courtois avec la sage-femme afin de s'assurer un accueil favorable en cas de difficultés liées à l'accouchement.

« Je suis toujours allée aux consultations prénatales [...] Elles ne te reçoivent pas pour accoucher si jamais tu ne le fais pas [...] Elles regardent le registre de consultations et si jamais il n'y a pas ton nom où que tu n'as pas ton carnet de santé pour aller accoucher là-bas, alors tu ne peux pas [...] Alors, tu meurs vraiment, même si tu ne dois pas mourir. Si, c'est le fait de ne pas avoir fait de [consultations prénatales] qui te tue. Donc forcément on y va. » (Justine, mère de trois enfants).

Les consultations prénatales constituent alors un enjeu de taille pour les mères, une assurance qu'une aide biomédicale leur sera fournie si nécessaire²⁷.

Le récit suivant, celui de l'accouchement de Rosine, va illustrer ce même besoin de démontrer au personnel de santé la capacité financière des mères et de leurs familles. Rosine se présente au CSB un jeudi matin aux alentours de 6h30. Elle est originaire de Besavoa, un *fokontany* à une vingtaine de kilomètres à pied et en pirogue d'Amboanjo et où il n'y a pas de centre de santé. Lorsque Rosine perd les eaux, elle se rend chez sa matrone (*reninjaza*). Celle-ci estime qu'au vu des complications que présente cette naissance²⁸, elle ne peut prendre en charge l'accouchement et réoriente donc vers le CSB le plus proche, celui d'Amboanjo. Pour faire face à cet événement inattendu, la famille de Rosine mobilise toutes les ressources disponibles. Entre la rupture de la poche des eaux et l'arrivée de Rosine

²⁷ Au moment de l'enquête, huit CPN étaient recommandées par l'OMS et les autorités de santé publique à Madagascar pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile.

²⁸ L'équipe de recherche n'a pas pu avoir connaissance du type de complications, ni auprès de la mère, ni auprès de la sage-femme. Comme nous le verrons, les complications seront expliquées par le fait que la mère n'était pas financièrement et matériellement prête.

au centre de santé, plus de 24 heures s'écoulent et, malheureusement, le bébé présente un grand risque d'infections. Le travail est long et difficile, mais le bébé finit par sortir et pousser son premier cri. La sage-femme demande à la famille où se trouve le linge de l'enfant. La grand-mère lui tend un sachet et *rasazy* y découvre du linge rose, alors que le bébé est un petit garçon. « *Vous n'avez rien d'autre ?* », demande alors la sage-femme d'un ton réprobateur et moqueur. Par ailleurs, la famille n'a apporté ni alcool ni fils pour « nouer » le nombril de l'enfant. Ils n'ont pas de quoi effectuer une suture après l'épisiotomie non plus. La sage-femme monte le ton : « *mais où est le fil ?* ». Ce à quoi la mère de Rosine répond : « *nous n'en avons pas* ». Il en va de même pour chaque matériel estimé nécessaire pour les soins. Finalement, le nombril du nouveau-né est ligaturé avec un bout de fil à coudre et la mère et l'enfant partent dans la salle des accouchées.

Quelques heures plus tard, le nouveau-né décède, probablement à la suite d'une infection qui n'a pu être traitée faute de moyens pour acheter les antibiotiques nécessaires. En questionnant la sage-femme sur cette issue malheureuse, celle-ci nous dit : « *Elle ne voulait pas son enfant. Elle n'avait aucun matériel. Rien qui n'était prêt pour venir* ». Ne pas avoir de matériel est, dans le discours de la sage-femme, la démonstration d'un manque de volonté et de capacité pour la mère et sa famille de prendre soin d'un nouveau-né. Cela suggère dès lors que le besoin de matériel exprimé par nos interlocuteurs dépasse par ailleurs le simple besoin de combler les manques structurels du système de soins à leur disposition. Une autre jeune femme enceinte de son premier enfant, Juliette, nous confie ses inquiétudes pour son accouchement :

« *Il faut emmener de la bonne nourriture. Ayant ça, tu peux aller là-bas [au CSB], car cela ne te fait pas honte. En plus il faut aussi avoir des vêtements propres parce que sinon la sage-femme va nous gronder ou bien dire qu'ici à l'hôpital, pour avoir une bonne santé il faut être propre* ».

Ainsi, pour vaincre la honte, il faut posséder quelques objets qui constituent autant de preuves matérielles de la capacité d'être « parents » : des couvertures neuves, des vêtements neufs et propres pour la femme et l'enfant (au plus il y en a, au mieux c'est), une bouteille de désinfectant bien remplie, du fil à coudre, des bandages... Si la famille peut apporter sa propre moustiquaire afin d'y faire dormir la maman et le nouveau-né, c'est encore mieux. Juliette et Rosine racontent que ces regards réprobateurs proviennent des autres mères également : la honte est ainsi engendrée par le regard de leurs semblables²⁹ autour de l'absence de matériel.

C. La matrone et la privatisation de la pauvreté

Une majorité des mères interviewées à Amboanjo privilégient un accouchement à domicile et sont accompagnées par une matrone³⁰. Le rôle de la matrone dans cette commune est incontournable et reste le recours privilégié pour des raisons géographiques (proximité), économiques (les mères se représentent l'accouchement à domicile comme moins coûteux, notamment du fait des moindres frais « imprévus ») et sociales (proximité

²⁹ Dolorès POURETTE, Elliot RAKOTOMALALA, Chiarella MATTERN, « Donner naissance à Madagascar. Articulation des recours « traditionnels » et biomédicaux autour de la naissance », in Laurence POURCHEZ (dir.), *Naître et grandir. Normes du Sud, du Nord, d'hier et d'aujourd'hui*, Éditions des archives contemporaines, France, 2020.

³⁰ Sur les activités et la place des matrones à Madagascar (et leur lien avec le système biomédical) voir Dolorès POURETTE, « Les « matrones » à Madagascar : reconnaissance locale, déni institutionnel et collaborations avec des professionnels », in Dolorès POURETTE, Chiarella MATTERN, Christine BELLAS CABANE & Bodo RAVOLOLOMANGA, (dir.), *Femmes, enfants et santé à Madagascar. Approches anthropologiques comparées*, Paris, L'Harmattan, 2018, pp. 115-126.

sociale de la matrone avec les mères sur plusieurs générations). La matrone est issue du même milieu de vie que les mères, qui ressentent moins de jugement de sa part sur leur habillement et leur mode de vie. En outre, elles partagent les mêmes représentations autour de la naissance, à savoir l'impossibilité de préparer à l'avance le matériel de naissance, car cela peut porter malheur, les positions « permises » pour l'expulsion du bébé, etc.

Par ailleurs, la matrone permet aux femmes et aux familles d'accueillir une nouvelle naissance en toute discréction et offre l'anonymat impossible à assurer au Centre de Santé. Accoucher à domicile, « *ça, c'est ce qui se passe dans la maison de chacun !* ». Tandis qu'un accouchement au centre de santé, lieu éminemment public « *c'est comme aller à l'Église ou au marché !* ». Cacher sa pauvreté au CSB n'est pas possible dans ces conditions.



Table de travail de la sage-femme après un accouchement.
Centre de Santé d'Amboanjo, Juin 2018 (Cliché auteure)

Les matrones permettent ainsi la privatisation de la pauvreté. Elles participent alors au « secret du ménage ». Outre les facteurs favorisant l'accouchement à domicile tels qu'énoncés plus haut, accoucher chez soi avec la matrone c'est aussi une stratégie d'évitement de la honte et de ses conséquences. Faire naître caché du regard des autres permet en ce sens de ne pas exposer sa pauvreté, de ne pas risquer de finir au banc des accusés, comme c'est le cas de Rosine.

CONCLUSION

Cet article a proposé une analyse des liens entre pauvreté et maladie comme étant une problématique éminemment politique telle que définie par l'anthropologue Didier

Fassin³¹ : comment la pauvreté traduit-elle l'incorporation de l'inégalité ? Ou plus concrètement, comment l'offre de soins peut-elle être impactée par les indicateurs visibles de la pauvreté, à l'image de l'apparence physique, de l'incapacité à absorber les coûts d'un événement en santé inattendu telles que les complications de l'accouchement ? Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé la notion d'« évitement de la honte », en tant que reconnaissance publique de la défaillance de l'individu à faire face à ses obligations morales et sociales³² par rapport à sa santé ou à celle de ses enfants.

Defier la honte dans un contexte tel que celui décrit dans notre article soulève deux enjeux de taille : celui d'éviter l'exclusion par le personnel soignant et se conformer aux attentes des pairs en milieu communautaire. Cette exclusion s'articule autour de la question des possessions matérielles dont les logiques parfois ostentatoires forment les règles du jeu. Plus les familles se démarquent, notamment par sa capacité à mobiliser rapidement des sommes nécessaires pour faire face à des événements attendus ou inattendus, plus leur relation de soins est perçue comme facilitée et sécurisée. Ainsi, les relations au CSB entre le personnel soignant et les personnes qui le fréquentent se caractérisent par des logiques de défiance. C'est-à-dire que le lien social (et par extension thérapeutique) est conditionné par des rivalités et un jeu de face-à-face³³ où la question de l'argent et de la possession de « matériel » est centrale. « Ne pas avoir de matériel » prend ainsi une signification nouvelle. En effet, moins un calcul comptable qu'un objectif de sécuriser ses liens et faire face à la honte, cette question montre en réalité combien la maladie, la grossesse et l'accouchement mobilisent du matériel avec une signification symbolique particulière qui devient alors le support d'un mode de vie social³⁴.

L'enchevêtrement des cultures médicales et la pluralité des acteurs de soins prennent alors une dimension inattendue : le rôle déjà central de la matrone dans les parcours de soins des femmes et mères se renforce, car il permet la « privatisation » de la pauvreté à travers l'exercice de la pratique de soins en toute discréction. La matrone permet l'évitement de la honte, tant face aux soignants qu'aux autres membres de la communauté. Les tensions entre les différents systèmes de soins révèlent une multitude d'enjeux antagonistes où la recherche de sécurité sociale et économique est essentielle pour tous les acteurs concernés. En effet, c'est par le regard des autres que la honte va prendre forme et engendrer des conséquences sociales³⁵.

En conclusion, cet article examine deux dimensions de la dispensation des soins obstétricaux à Madagascar : l'accès aux soins et la question des moyens financiers afin de rendre les soins *possibles* (fils, aiguilles, pansements, désinfectant, médicaments ...). La deuxième dimension concerne la qualité perçue des soins qui répondent à l'attente du patient sans l'atteindre dans sa dignité. C'est cette dernière dimension qui renvoie plus particulièrement aux relations soignants-soignés et à la représentation de la pauvreté comme impactant les soins reçus.

³¹ Didier FASSIN, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24 (1), 2000, pp. 95-116.

³² Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Naneré (Burkina Faso)*, Marseille, EHESS, 1999.

³³ Pierre-Joseph LAURENT, « La modernité insécurisée ou la mondialisation perçue d'un village Mossi du Burkina Faso », in Charlotte BREDA, Marie DERRIDER, Pierre-Joseph LAURENT (dir.), *La modernité insécurisée : anthropologie des conséquences de la mondialisation*, Louvain-La-Neuve, Academia-L'Harmattan, 2013.

³⁴ Maurice GODELIER, *L'idéal et le matériel : pensée, économies, sociétés*, Paris, Fayard, 1984.

³⁵ Fatoumata OUATTARA, *Savoir vivre et honte chez les Senufo Naneré (Burkina Faso)*, Marseille, EHESS, 1999.