



DYNAMIQUE DE L'ATTACHEMENT DE LA POPULATION AUX TRADIPRATICIENS EN CONTEXTE DE PLURALISME THERAPEUTIQUE : CAS DU DISTRICT D'AMBATOENY, REGION BOENY, MADAGASCAR

M^r RANDRIANAHASINA Luc Narda,

Doctorant à l'EDGVM et Enseignant-Chercheur à l'Université de Mahajanga, Madagascar.

Résumé

À Madagascar, le recours aux tradipraticiens reste important malgré le développement de l'offre de soins modernes. Cette étude analyse les raisons de cet attachement dans le district d'Ambatoboeny, où l'accès aux formations sanitaires est relativement satisfaisant. Une étude transversale, descriptive et compréhensive, combinant des approches quantitatives et qualitatives, a été réalisée auprès de 150 habitants, 89 professionnels de santé et de tradipraticiens en exercice. Les données quantitatives ont été analysées de manière descriptive et les entretiens selon une analyse thématique. Les résultats montrent que 86,7 % des enquêtés ont eu recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois, alors que 70 % vivent à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé de base. Selon les professionnels de santé, les principaux facteurs sont à la fois économiques et structurels (47,2 %), notamment le coût des soins et la proximité, et socioculturels et relationnels (52,9 %), notamment les croyances sur l'origine de la maladie, la confiance et la réputation du tradipraticien. Concernant la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle, 45 % des professionnels y sont favorables contre 39,3 % qui y sont défavorables. Les entretiens montrent que l'attachement aux tradipraticiens repose principalement sur leur capacité à expliquer l'origine du mal, sur une conception socialement observable de la guérison et sur leur adaptation aux nouvelles catégories de patients, notamment les jeunes et les populations urbaines. Ainsi, le recours aux tradipraticiens ne s'explique pas uniquement par les difficultés d'accès aux soins modernes, mais également

par des facteurs sociaux, culturels et relationnels. Toute politique d'intégration de la médecine traditionnelle devrait donc tenir compte de ces dimensions.

Mots-clés : médecine traditionnelle ; tradipraticiens ; pluralisme et itinéraire thérapeutiques ; recours aux soins.

Abstract

DYNAMICS OF POPULATION ATTACHMENT TO TRADITIONAL HEALERS IN A CONTEXT OF THERAPEUTIC PLURALISM: THE CASE OF THE AMBATOBOENY DISTRICT, BOENY REGION, MADAGASCAR.

In Madagascar, the use of traditional healers remains widespread despite the development of modern healthcare services. This study analyzes the reasons for this continued reliance in the Ambatoboeny district, where access to healthcare facilities is relatively satisfactory. A cross-sectional, descriptive, and comprehensive study combining quantitative and qualitative approaches was conducted among 150 residents, 89 healthcare professionals, and practicing traditional healers. Quantitative data were analyzed descriptively, while interviews were analyzed using thematic content analysis. The results show that 86.7% of respondents had consulted a traditional healer during the previous twelve months, while 70% lived within five kilometers of a basic health center. According to healthcare professionals, the main factors were both economic and structural (47.2%), particularly the cost of care and proximity, as well as sociocultural and relational factors (52.9%), including beliefs about the causes of illness, trust, and the reputation of traditional healers. Regarding collaboration between modern and traditional medicine, 45% of healthcare professionals were in favor, compared with 39.3% who were opposed. The interviews indicate that reliance on traditional healers is mainly based on their ability to explain the origin of illness, socially recognizable perceptions of healing, and their adaptation to new categories of patients, particularly young people and urban populations. Thus, the use of traditional healers is not explained solely by difficulties in accessing modern healthcare, but also by social, cultural, and relational factors. Any policy aimed at integrating traditional medicine should therefore take these dimensions into account.

Keywords: *traditional medicine; traditional healers; therapeutic pluralism and itinerary; health-seeking behaviour.*

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.23257558>

1. Introduction

La coexistence de la médecine traditionnelle et de la biomédecine constitue, en Afrique subsaharienne, une donnée structurelle des systèmes de santé plutôt qu'une survivance appelée à se dissoudre avec le développement sanitaire. Depuis les recommandations formulées par l'Organisation Mondiale de la Santé à la fin des années 1970, de nombreux États ont engagé des dynamiques de reconnaissance de la médecine traditionnelle et de ses praticiens, avec pour horizon leur intégration dans le système de soins officiel. Madagascar s'est inscrit dans ce mouvement en votant un ensemble de textes autorisant et encadrant l'exercice de la médecine traditionnelle, et en soutenant la structuration associative des tradipraticiens à l'échelle nationale.

Cette reconnaissance institutionnelle repose cependant sur un présupposé rarement interrogé : celui d'un recours aux soins traditionnels essentiellement déterminé par le défaut d'accès à la biomédecine. Dans cette lecture, l'éloignement des formations sanitaires, le coût des consultations et la faiblesse du plateau technique expliqueraient l'essentiel du phénomène ; la densification du maillage sanitaire devrait, mécaniquement, en réduire l'ampleur. Les travaux ethnographiques conduits à Madagascar invitent à la prudence à l'égard de ce schéma. Ils montrent que les pratiques de soins traditionnelles côtoient celles de la biomédecine et demeurent largement utilisées pour des raisons non seulement économiques et géographiques, mais également politiques, sociales, culturelles et religieuses, et que le choix du remède et du thérapeute s'opère selon le type de traitement recherché autant que selon le modèle étiologique supposé des symptômes ou de la maladie, dite « naturelle » ou « surnaturelle » (Didier, 2019).

Le district d'Ambatoboeny offre un terrain particulièrement approprié pour éprouver cette question. Situé dans la partie nord-est de la région Boeny, sur la rive droite du fleuve Betsiboka, il constitue un carrefour économique reliant Mahajanga aux régions de l'intérieur. Il ne présente pas les caractéristiques d'un espace sanitaire isolé : le district dispose d'un réseau de centres de santé de base, d'agents communautaires de santé déployés dans les fokontany, et d'établissements de référence. Si l'attachement aux tradipraticiens s'y maintient à un niveau élevé, l'explication par la seule contrainte structurelle devient insuffisante et appelle une analyse des ressorts proprement socioculturels du recours.

La notion d'attachement mobilisée ici doit être précisée. Elle ne désigne pas un simple taux de fréquentation, mais la relation durable qu'une population entretient avec une catégorie de thérapeutes : la confiance qui lui est accordée, les motifs qui la fondent, les circonstances dans lesquelles elle est réactivée, et les transformations qu'elle connaît. Le qualificatif de

dynamique souligne que cette relation n'est pas figée. Elle se recompose sous l'effet de la mobilité des populations, de la scolarisation, de la monétarisation des soins, de la pression exercée sur les ressources végétales et de la concurrence interne au champ thérapeutique traditionnel.

La présente étude poursuit trois objectifs. Le premier est de mesurer l'ampleur du recours aux tradipraticiens dans le district d'Ambatoboeny et de la rapporter aux conditions objectives d'accès à l'offre biomédicale. Le deuxième est d'identifier et de hiérarchiser les motifs de ce recours tels qu'ils sont perçus par les professionnels de santé, en distinguant déterminants structurels et déterminants socioculturels. Le troisième est de restituer, à partir de la parole des tradipraticiens eux-mêmes, la logique interne de leur pratique et les transformations contemporaines de leur métier. L'hypothèse générale est que l'attachement observé procède moins d'une contrainte subie que d'une adhésion à un cadre d'interprétation de l'infortune que l'offre biomédicale ne prend pas en charge.

2. Matériel et méthodes

L'étude a été menée dans le district d'Ambatoboeny, région boeny, Madagascar. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et compréhensive, combinant des approches quantitative et qualitative selon un devis mixte convergent. La collecte des données s'est déroulée au cours du mois de juin 2024. Trois populations ont été étudiées : la population générale, les professionnels de santé et les tradipraticiens. La population générale était constituée de 150 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant dans le district depuis au moins douze mois. Les participants ont été sélectionnés par une procédure d'échantillonnage en grappes au niveau des fokontany, suivie d'une sélection des ménages et d'un répondant par ménage. Les professionnels de santé ont été recrutés de manière exhaustive parmi les agents présents dans les formations sanitaires du district au moment de l'enquête, soit 89 professionnels appartenant à différentes catégories. Les tradipraticiens ont été identifiés selon une procédure de recrutement fondée sur les réseaux relationnels et les recommandations successives, à partir de personnes-ressources communautaires, jusqu'à l'obtention d'une saturation thématique. Deux questionnaires structurés ont été utilisés : le premier, destiné à la population, portait sur les caractéristiques sociodémographiques et les itinéraires thérapeutiques, notamment le recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois ; le second, destiné aux professionnels de santé, portait sur leur qualification, leur perception des motifs de recours aux tradipraticiens et leur opinion sur une éventuelle collaboration entre

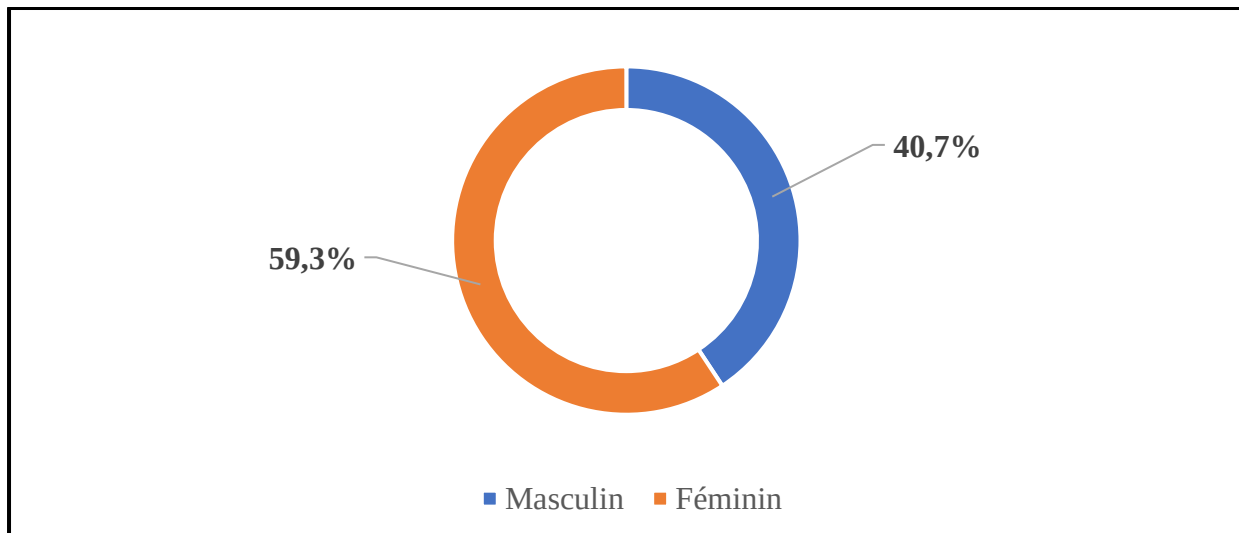
médecine moderne et médecine traditionnelle. Un guide d'entretien semi-directif a également été utilisé auprès des tradipraticiens afin d'explorer leur parcours, l'acquisition des savoirs thérapeutiques, les pratiques de consultation, les critères de guérison, l'interprétation des échecs et les transformations du métier. Les données quantitatives ont été saisies, traitées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 27. L'analyse descriptive a porté sur les effectifs et les fréquences relatives. Les motifs de recours ont été regroupés en deux catégories analytiques : les déterminants structurels, liés à l'accessibilité géographique, financière et organisationnelle des soins, et les déterminants socioculturels et relationnels, liés aux représentations de la maladie, à la confiance et aux relations sociales. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, transcrits intégralement, puis traduits du malgache vers le français avant de faire l'objet d'une analyse thématique de contenu selon une démarche inductive. Le protocole a reçu l'accord des autorités sanitaires, administratives et coutumières locales. Le consentement libre et éclairé des participants a été recueilli après explication des objectifs de l'étude, du caractère volontaire de leur participation et de leur droit d'interrompre l'entretien à tout moment. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été garantis durant toute l'étude.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population enquêtée

La répartition de la population enquêtée permet de décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude. Au total, 150 personnes ont été interrogées.

Figure I. Répartition de la population enquêtée selon le sexe (n = 150)



Source : Auteur juin 2024

La population enquêtée était majoritairement féminine, avec 89 femmes (59,3 %) contre 61 hommes (40,7 %). Les femmes représentaient ainsi la proportion la plus élevée des personnes enquêtées.

Tableau I. Répartition selon le niveau d'instruction atteint (n = 150)

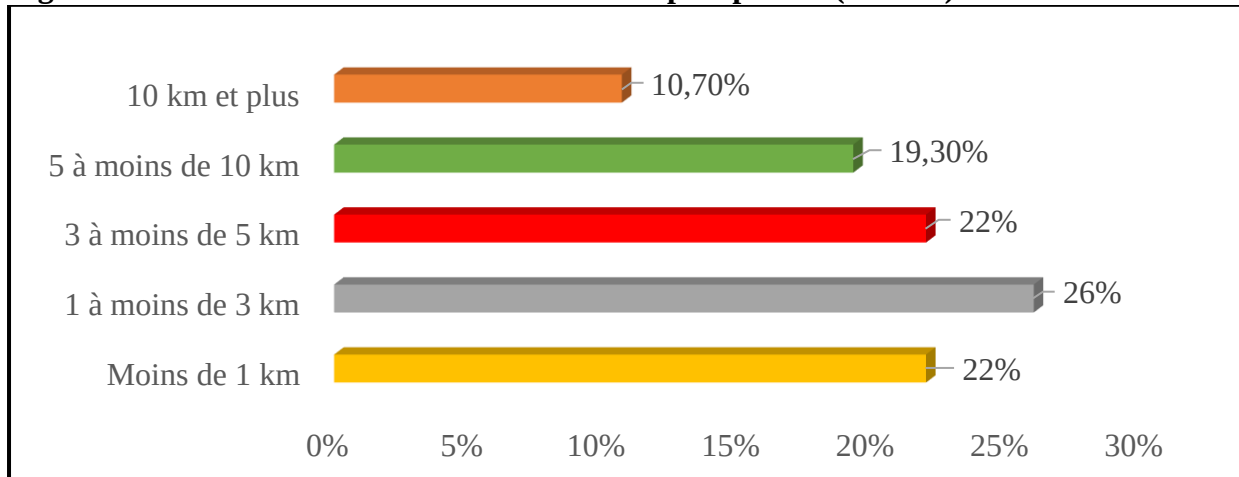
Niveau d'instruction	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Aucune scolarisation	54	36,0
Primaire	50	33,3
Collège	31	20,7
Lycée	12	8
Supérieur	3	2
Total	150	100

Source : Auteur juin 2024

La population enquêtée présente un niveau d'instruction relativement faible. 36 % n'ont reçu aucune scolarisation, tandis que 33,3 % ont atteint le niveau primaire. Le niveau collège concerne 20,7 % de la population enquêtée, contre 8 % ayant atteint le lycée et seulement 2 % le niveau supérieur.

3.2. Conditions d'accès à l'offre biomédicale

La distance entre le lieu de résidence de la population enquêtée et le centre de santé de base (CSB) le plus proche constitue un indicateur important de l'accessibilité géographique aux soins. La répartition de la population enquêtée selon cette distance est présentée dans le tableau III.

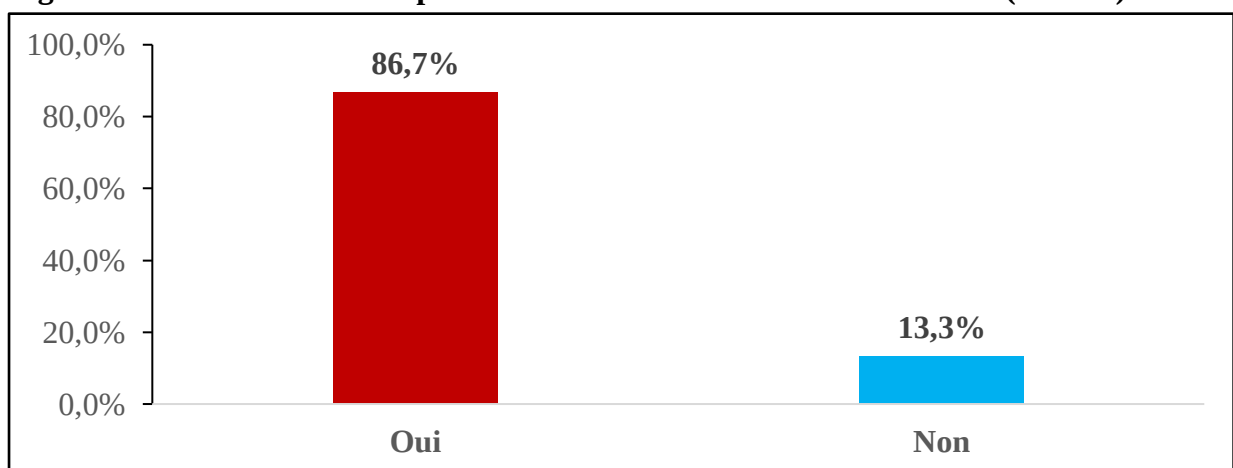
Figure II. Distance au centre de santé de base le plus proche (n = 150)


Source : Auteur juin 2024

La répartition selon la distance au centre de santé de base le plus proche montre que 26% de la population enquêtée résident entre 1 et moins de 3 km d'un CSB. Les personnes vivant à moins de 1 km et celles situées entre 3 et moins de 5 km représentent chacune 22 %. Par ailleurs, 19,3 % résident entre 5 et moins de 10 km, tandis que 10,7 % habitent à 10 km ou plus d'un CSB.

3.3. Ampleur du recours aux tradipraticiens

Le recours aux tradipraticiens constitue un indicateur important pour comprendre les pratiques thérapeutiques de la population enquêtée. Le tableau IV présente la proportion des personnes ayant eu recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois.

Figure III. Recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois (n = 150)


Source : Auteur juin 2024

Le recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois concerne 86,7 % de la population enquêtée, tandis que 13,3 % déclarent ne pas y avoir eu recours.

3.4. Le point de vue des professionnels de santé

3.4.1. Profil des professionnels enquêtés

La qualification professionnelle des agents de santé constitue un élément important pour caractériser la population enquêtée et apprécier la diversité des acteurs intervenant dans les formations sanitaires du district. Le tableau V présente la répartition des agents de santé enquêtés selon leur qualification professionnelle principale.

Tableau II. Qualification professionnelle principale des agents de santé enquêtés (n = 89)

Qualification	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Médecin généraliste	6	6,7
Médecin spécialiste	1	1,1
Sage-femme	17	19,1
Infirmier diplômé d'État	20	22,5
Aide-soignant	17	19,1
Agent communautaire de santé	28	31,5
Total	89	100

Source : Auteur juin 2024

La répartition des agents de santé enquêtés selon leur qualification professionnelle montre que les agents communautaires de santé sont les plus représentés avec 31,5 %, suivis des infirmiers diplômés d'État avec 22,5 %. Les sages-femmes et les aides-soignants représentent chacun 19,1 %. Les médecins généralistes constituent 6,7 % des enquêtés, tandis que les médecins spécialistes sont les moins représentés avec 1,1 %.

3.4.2. Motifs perçus du recours aux tradipraticiens

Le recours aux tradipraticiens peut être influencé par différents facteurs économiques, géographiques, socioculturels et relationnels. Afin de mieux comprendre les raisons de ce recours, les professionnels de santé ont été interrogés sur le motif qu'ils considèrent comme principal. Le tableau III présente la répartition de leurs réponses selon le principal motif de recours aux tradipraticiens.

Tableau III. Principal motif de recours aux tradipraticiens selon les professionnels de santé (n = 89)

Motif principal	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Coût accessible et souplesse du paiement	20	22,5
Croyances relatives à l'origine du mal	17	19,1

Motif principal	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Confiance et réputation du praticien	16	18,0
Proximité géographique	13	14,6
Qualité de l'écoute et du lien social	7	7,9
Pression ou tradition familiale	7	7,9
Éloignement ou indisponibilité de la formation sanitaire	6	6,7
Insatisfaction à l'égard du système de santé	3	3,4
Total	89	100

Source : Auteur juin 2024

Le principal motif de recours aux tradipraticiens selon les professionnels de santé est le coût accessible et la souplesse du paiement (22,5 %). Il est suivi des croyances relatives à l'origine du mal (19,1 %) et de la confiance et réputation du praticien (18,0 %). La proximité géographique représente 14,6 % des réponses. La qualité de l'écoute et du lien social ainsi que la pression ou tradition familiale concernent chacune 7,9 % des enquêtés. L'éloignement ou l'indisponibilité des formations sanitaires représente 6,7 %, tandis que l'insatisfaction à l'égard du système de santé constitue 3,4 % des réponses.

Tableau IV. Regroupement analytique des motifs de recours (n = 89)

Catégorie de déterminants	Modalités regroupées	Effectif (n)	%
Déterminants structurels	Coût et souplesse de paiement ; proximité ; éloignement de la FS ; insatisfaction	42	47,2
Déterminants socioculturels et relationnels	Croyances sur l'origine du mal ; confiance et réputation ; écoute et lien social ; tradition familiale	47	52,9
Total		89	100

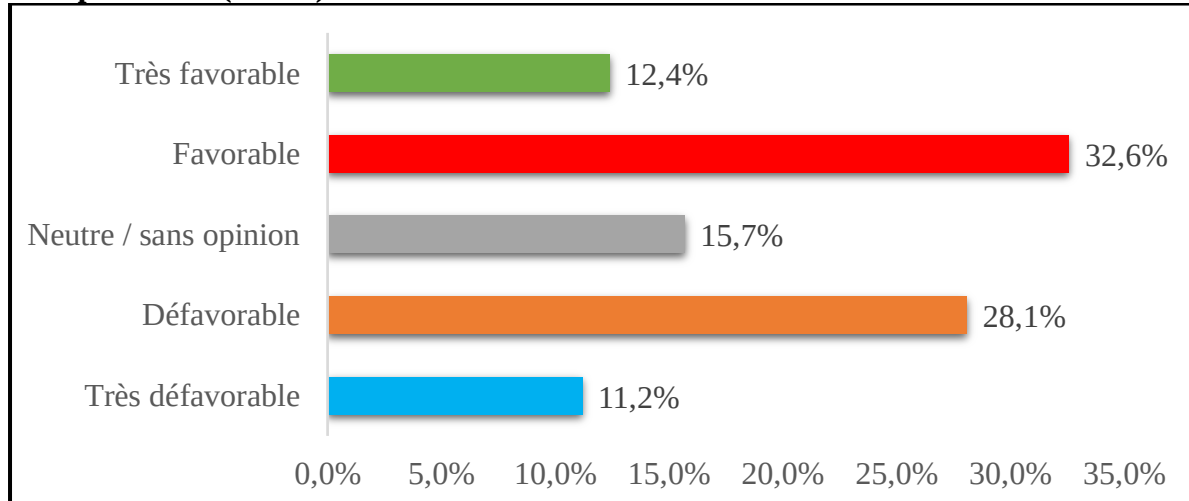
Source : Auteur juin 2024

Le regroupement analytique des motifs de recours montre que les déterminants socioculturels et relationnels sont les plus représentés, avec 52,9 % des réponses. Les déterminants structurels représentent quant à eux 47,2 %. Ces résultats indiquent ainsi que les facteurs socioculturels et relationnels occupent une place légèrement plus importante que les facteurs liés à l'accessibilité et aux conditions d'accès aux soins.

3.4.3. Position des professionnels de santé sur la collaboration

La collaboration entre les professionnels de santé et les tradipraticiens constitue un enjeu important dans le contexte du pluralisme thérapeutique. Afin d'apprécier la perception des professionnels de santé à ce sujet, leur opinion sur une éventuelle collaboration avec les tradipraticiens a été recueillie. Le tableau VIII présente la répartition des professionnels enquêtés selon leur niveau d'opinion.

Figure IV. Opinion des professionnels de santé sur la collaboration avec les tradipraticiens (n = 89)



Source : Auteur juin 2024

L'opinion des professionnels de santé sur la collaboration avec les tradipraticiens apparaît relativement partagée. 32,6 % des enquêtés sont favorables à cette collaboration et 12,4 % sont très favorables. À l'inverse, 28,1 % se déclarent défavorables et 11,2 % très défavorables. Par ailleurs, 15,7 % des professionnels restent neutres ou sans opinion sur cette question.

3.5. La logique interne de la pratique traditionnelle : apports du volet qualitatif

Les entretiens conduits auprès des tradipraticiens permettent de reconstituer, de l'intérieur, ce que le volet quantitatif ne fait qu'indiquer. Trois axes thématiques structurent le corpus.

3.5.1. Nommer la cause : un dispositif étiologique que la biomédecine ne propose pas

La consultation traditionnelle se déploie selon une séquence ordonnée dans laquelle le diagnostic étiologique précède et conditionne le traitement. Le recours à la divination par les graines le sikidy occupe une position centrale dans ce dispositif, et le tradipraticien s'en présente comme l'interprète plutôt que comme l'auteur :

« On ne se précipite jamais. D'abord on accueille, on laisse raconter. Ensuite je consulte le sikidy : ce sont les graines qui disent d'où vient le mal, pas moi. Quand la cause est nommée,

je l'explique, et seulement après je soigne. À la fin, je dis ce qu'il faut respecter pour que le mal ne revienne pas. » Tradipraticienne, Ambatoboeny (E04)

Quatre opérations distinctes se succèdent dans cet extrait : l'accueil et l'écoute du récit du malade, la détermination de la cause par un support divinatoire, l'explication de cette cause au patient, puis la prescription d'une conduite préventive. Le traitement proprement dit n'occupe qu'une position intermédiaire dans cette séquence. Ce qui est offert au malade dépasse la réponse symptomatique : c'est un récit de l'infortune, désignant une origine et prescrivant une conduite. L'énoncé « ce sont les graines qui disent, pas moi » remplit en outre une fonction précise, celle de déplacer l'autorité du diagnostic hors de la personne du praticien, ce qui le protège de la contestation tout en renforçant la crédibilité de la parole prononcée.

On saisit ici le fondement des 19,1 % de citations recueillies par la modalité « croyances relatives à l'origine du mal » et des 18,0 % obtenues par « confiance et réputation du praticien » dans l'enquête auprès des soignants. La consultation biomédicale, organisée autour de l'identification d'un agent pathologique, répond à la question du « comment » ; elle ne répond pas à celle du « pourquoi moi, pourquoi maintenant ». Le tradipraticien, lui, y répond explicitement. Le recours simultané aux deux registres, loin d'être contradictoire, apparaît alors comme une stratégie cohérente : chacun est sollicité pour ce qu'il sait produire.

3.5.2. Le critère de guérison et le traitement de l'échec

La définition de la guérison relève, dans le discours des tradipraticiens, de critères fonctionnels et sociaux plutôt que biologiques :

« Une accouchée, je sais qu'elle est guérie quand elle se relève, reprend l'enfant au sein et retourne piler le riz. Si la mère ou l'enfant s'en va, ce n'est pas toujours entre nos mains : parfois on me l'amène déjà fini, parfois un interdit a été rompu. Le mal n'était pas pour moi. »
Tradipraticienne, Ambato-Boeny (E10)

La guérison est ici attestée par la reprise des rôles sociaux ordinaires : se relever, allaiter, reprendre le travail domestique. Ce critère présente une propriété remarquable du point de vue de l'attachement : il est immédiatement observable par l'entourage, sans médiation technique. Là où l'amélioration biologique exige un examen ou un dosage pour être établie, la reprise du pilage du riz se constate publiquement. La preuve de l'efficacité est ainsi produite au sein même de la communauté, et alimente directement la réputation du praticien cette réputation que 18 % des professionnels de santé identifient comme motif principal de recours.

Le second segment de l'extrait présente un dispositif d'interprétation de l'échec tout aussi structurant. Deux explications sont mobilisées : l'arrivée trop tardive du malade et la rupture d'un interdit. Toutes deux situent la cause de l'échec en dehors de la compétence du praticien, la formule « le mal n'était pas pour moi » délimitant explicitement un domaine de compétence

dont l'échec constaté serait sorti. Ce dispositif rend le décès compatible avec le maintien de la confiance, et éclaire une propriété essentielle de l'attachement observé : l'échec thérapeutique, y compris dans ses formes les plus graves, n'entame pas nécessairement l'adhésion, car il est réinterprété avant d'être imputé. C'est là une différence majeure avec la biomédecine, où l'échec est immédiatement attribué au dispositif de soins ou à ses agents.

Il faut souligner la portée de santé publique de cet extrait. Il porte sur des situations obstétricales, domaine dans lequel le retard de recours à une prise en charge qualifiée constitue un déterminant direct de la mortalité maternelle et néonatale. Le tradipraticien reconnaît lui-même recevoir des patientes « déjà finies », ce qui atteste l'existence de trajectoires où la consultation traditionnelle précède, retarde ou remplace le recours à la formation sanitaire. Cette observation appelle une attention particulière dans la conception des dispositifs de collaboration.

3.5.3. Une profession en recomposition

Le troisième axe thématique concerne la transformation contemporaine du métier, saisie par ceux qui l'exercent :

« Le métier a changé, mais il n'est pas mort au contraire. Avant, c'étaient les vieux du village ; aujourd'hui, même des jeunes de la ville reviennent, en cachette, quand l'hôpital coûte trop cher. On m'appelle au téléphone. Mais les plantes se raréfient, et beaucoup se disent guérisseurs sans l'être, ce qui nous fait du tort. » Tradipraticien, Ambatoboeny (E19)

Cet extrait condense la dimension dynamique annoncée dans le titre de l'étude. Quatre transformations y sont énoncées. La première concerne la clientèle : elle s'élargit à des catégories jeunes et urbaines, contredisant l'hypothèse d'une érosion générationnelle du recours. La deuxième est la clandestinité relative de ce recours élargi « en cachette », qui suggère un décalage entre les pratiques effectives et leur déclarabilité publique ; ce point invite à considérer que le taux de 86,7 % relevé dans l'enquête pourrait constituer une estimation basse. La troisième est le rôle déclencheur du coût hospitalier, qui rejoint la modalité « coût accessible et souplesse du paiement » arrivée en tête des motifs perçus par les soignants (22,5 %). La quatrième est l'adoption du téléphone comme instrument d'accès au thérapeute, indice d'une modernisation des canaux de sollicitation sans transformation du contenu de la pratique.

Deux menaces sont enfin identifiées par le praticien lui-même : la raréfaction des ressources végétales, qui inscrit la médecine traditionnelle dans la problématique de la dégradation environnementale du Boeny, et la prolifération de praticiens autoproclamés, qui pose la question du contrôle interne du champ. Cette dernière préoccupation mérite d'être relevée : elle indique que la demande d'encadrement ne provient pas seulement des autorités

sanitaires, mais aussi des tradipraticiens établis, soucieux de préserver une réputation collective dont dépend leur activité. Elle constitue un point d'appui pour toute politique de reconnaissance.

4. Discussion

4.1. Un attachement qui n'est pas un effet de la contrainte

Le principal apport de cette étude tient à la dissociation qu'elle établit entre l'ampleur du recours aux tradipraticiens et le degré de contrainte d'accès à la biomédecine. Dans un district où 70 % des enquêtés résident à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé de base, 86,7 % ont consulté un tradipraticien au cours de l'année écoulée. Ce résultat prive de fondement empirique la lecture selon laquelle la médecine traditionnelle occuperait un espace laissé vacant par l'offre publique, appelé à se réduire à mesure que celle-ci se densifie.

Ce constat rejoint les observations formulées à partir d'autres terrains malagasy. Les travaux conduits dans la région Analanjirofo ont montré que les individus consomment aussi bien des remèdes à base de plantes médicinales que des médicaments allopathiques, par automédication, sur prescription d'un médecin ou de personnel soignant ou sur conseil de guérisseurs, et que la recherche de soins peut s'analyser comme une forme d'automédication différée (Didier, 2019). Nos données confirment ce modèle en contexte de Boeny nord-occidental et lui apportent une assise quantitative : le pluralisme thérapeutique n'y est pas une pratique marginale mais la norme.

La comparaison avec des travaux africains conduits en milieu urbain et semi-urbain va dans le même sens. Une étude menée dans la commune périphérique de Kisenso à Kinshasa a établi que si les populations choisissent les soins offerts par le tradipraticien, c'est parce qu'elles l'estiment seul compétent pour le type de maladie dont elles souffrent, et que la présence d'un tradipraticien spécialisé dans la prise en charge de types de maladies précis constitue un atout majeur pour l'acceptabilité du premier échelon des soins de santé primaires (Manzambi Kuwekita et al.). Le déterminant décisif y est la spécialisation perçue, non la disponibilité par défaut.

4.2. La structure duale de l'attachement

Le regroupement des motifs en deux ensembles d'un poids presque égal 47,2 % de déterminants structurels contre 52,9 % de déterminants socioculturels et relationnels suggère de concevoir l'attachement comme une réalité à deux composantes, dont les temporalités et les leviers d'action diffèrent.

La composante structurelle est sensible aux politiques publiques. Le coût accessible et la souplesse du paiement, qui arrivent en tête des motifs perçus (22,5 %), renvoient à une

caractéristique organisationnelle du soin traditionnel le paiement différé, fractionné, parfois en nature que la formation sanitaire ne peut offrir dans son mode de fonctionnement actuel. C'est un point sur lequel une réforme du financement de la santé aurait prise. La composante socioculturelle, en revanche, ne relève pas de la même logique : elle procède de la capacité du tradipraticien à produire un sens de la maladie, et aucune amélioration de l'offre biomédicale ne la rendrait caduque, puisque la biomédecine ne se donne pas pour objet de répondre à la question à laquelle le tradipraticien répond.

Cette distinction a une portée opérationnelle directe. Une politique qui n'agirait que sur la composante structurelle gratuité, rapprochement des structures, disponibilité des médicaments obtiendrait un effet réel mais partiel. Elle laisserait intacte la moitié des motivations. Inversement, une politique qui prétendrait agir sur la composante socioculturelle par la seule sensibilisation méconnaîtrait le fait que les représentations en cause ne sont pas des erreurs à corriger mais un cadre d'intelligibilité cohérent, articulé à l'organisation sociale et au rapport aux ancêtres.

4.3. Une profession qui se transforme sans se dissoudre

Le volet qualitatif documente une recomposition qui contredit l'hypothèse de l'obsolescence. L'élargissement de la clientèle à des jeunes urbains, la sollicitation téléphonique, et la clandestinité relative du recours dessinent une pratique qui s'adapte aux conditions contemporaines. Cette plasticité a été observée ailleurs à Madagascar : le processus de reconnaissance officielle a conduit à l'émergence de praticiens intégrés à des structures associatives nationales, dont la pratique s'infléchit au contact des exigences institutionnelles (Didier, 2017).

Le constat relatif aux praticiens autoproclamés mérite d'être versé au débat sur l'encadrement. Il révèle une demande de régulation interne au champ, formulée par des praticiens établis dont la réputation constitue le capital professionnel. Les travaux consacrés à la gouvernance des plantes médicinales à Madagascar ont par ailleurs montré que, si les tradipraticiens ont fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics, les herboristes demeurent marginalisés dans le processus d'intégration (Befinoana et Ranarijaona, 2024). Nos données suggèrent que la question de la raréfaction des ressources végétales lie étroitement ces deux catégories d'acteurs et devrait être traitée conjointement.

4.4. Implications pour la politique sanitaire du district

Trois orientations se dégagent de ces résultats.

La première concerne la formation du personnel de première ligne. La polarisation observée dans les opinions sur la collaboration 45,0 % de favorables contre 39,3 % de

défavorables indique qu'un dispositif imposé sans travail préalable auprès des équipes se heurterait à une résistance substantielle. Les agents communautaires de santé, qui constituent le tiers de l'effectif enquêté et sont enracinés dans les communautés, apparaissent comme le point d'appui le plus approprié pour construire cette articulation.

La deuxième concerne la santé maternelle. L'extrait relatif aux accouchements met en évidence l'existence de trajectoires où la prise en charge traditionnelle intervient en amont d'un recours tardif à la formation sanitaire. Un dispositif d'orientation précoce, construit avec les matrones et les tradipraticiens plutôt que contre eux, constituerait une réponse plus réaliste que l'interdiction, dont les données montrent qu'elle ne serait pas suivie d'effet.

La troisième concerne le financement. La prééminence du motif financier parmi les motifs perçus invite à examiner les modalités de paiement en vigueur dans les formations sanitaires du district, et notamment la possibilité d'y introduire une souplesse comparable à celle qui rend le soin traditionnel financièrement praticable pour des ménages à revenus irréguliers.

4.5. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent être signalées. La taille de l'échantillon de population, fixée à 150 personnes, autorise une description mais ne permet pas d'inférence robuste à l'échelle du district, dont la population est considérablement plus nombreuse. La procédure d'échantillonnage n'étant pas strictement probabiliste, la généralisation des résultats doit être conduite avec prudence.

L'analyse présentée est de nature descriptive. En l'absence de traitement des données individuelles croisées, aucun test d'association n'a été conduit entre le recours aux tradipraticiens et les variables sociodémographiques ou d'accessibilité. Les relations suggérées dans la discussion notamment entre distance et recours reposent sur la confrontation de distributions marginales et non sur une analyse bivariable ou multivariable. Une exploitation ultérieure du même corpus, incluant une régression logistique, permettrait d'établir la contribution propre de chaque déterminant.

La variable des motifs de recours procède de la perception des professionnels de santé et non de la déclaration des usagers eux-mêmes. Elle informe sur la représentation que le système de soins se fait des motivations de sa population autant que sur ces motivations elles-mêmes. Une enquête symétrique auprès des usagers, portant sur les motifs qu'ils énoncent, constituerait un complément nécessaire. Le recours déclaré sur douze mois est enfin exposé à un biais de mémoire ainsi qu'à un biais de désirabilité sociale dont le sens n'est pas univoque : la mention par un tradipraticien de consultations effectuées « en cachette » suggère une sous-

déclaration possible, tandis que la présence d'enquêteurs perçus comme extérieurs pourrait au contraire inhiber l'aveu du recours. Ces deux effets jouent dans la même direction et incitent à considérer le taux de 86,7 % comme un minorant plausible.

5. Conclusion

L'étude menée dans le district d'Ambatoboeny montre que le recours aux tradipraticiens concerne 86,7 % de la population enquêtée, alors que 70% des personnes résident à moins de cinq kilomètres d'un centre de santé de base. Ce résultat montre que le recours à la médecine traditionnelle ne s'explique pas uniquement par les difficultés d'accès aux soins modernes. Les motifs identifiés par les professionnels de santé mettent en évidence une légère prédominance des déterminants socioculturels et relationnels (52,9 %) par rapport aux déterminants structurels (47,2 %). Les données qualitatives montrent notamment que les tradipraticiens jouent un rôle important dans l'explication de l'origine du mal, dans la définition socialement observable de la guérison et dans l'accompagnement des patients face à l'échec thérapeutique. Par ailleurs, la médecine traditionnelle évolue avec l'adaptation des praticiens aux nouvelles générations, l'utilisation du téléphone pour maintenir le contact avec les patients et l'évolution de leurs pratiques, malgré certaines difficultés telles que la raréfaction des ressources végétales et la concurrence de praticiens non reconnus. Ainsi, la médecine traditionnelle dans le district d'Ambatoboeny ne constitue pas une pratique figée, mais un système thérapeutique qui s'adapte aux transformations sociales. Les politiques visant à rapprocher médecine traditionnelle et médecine moderne devraient donc reconnaître cette dimension sociale et culturelle, renforcer le rôle des agents communautaires de santé comme relais entre les deux systèmes et accorder une attention particulière aux situations nécessitant une prise en charge médicale rapide, notamment les urgences obstétricales.

REFERENCES

- [1] BEFINOANA M., RANARIJAONA H. L. T., 2024. Gouvernances des plantes médicinales à Madagascar : place des herboristes dans le processus d'intégration des médecines traditionnelles aux médecines modernes. 2èmes Assises Internationales des Médecines Traditionnelles de l'AUF, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 16-18 septembre 2024.
- [2] DIDIER P., 2015. Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales. Thèse de doctorat en anthropologie sociale, Université de Bordeaux, 2015BORD0145.

- [3] DIDIER P., 2017. Valorisation de la médecine traditionnelle à Madagascar : place des tradipraticiens dans les recherches et formations sur les plantes médicinales. Autrepart, n° 81, p. 159-172. DOI : 10.3917/autr.081.0159.
- [4] DIDIER P., 2019. Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar. Anthropologie & Santé, n° 18. DOI : 10.4000/anthropologiesante.4903.
- [5] INSTAT, 2021. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2021 (EDSMD-V). Antananarivo, Institut National de la Statistique et Ministère de la Santé Publique.
- [6] KASPROWICZ D. et al., 2025. Patterns of Morbidity in Ambatoboeny District, Northern Madagascar: A 12-Month Study. Journal of Clinical Medicine, vol. 14, n° 17, article 6329. DOI : 10.3390/jcm14176329.
- [7] MANZAMBI KUWEKITA J., MBADU KIVUIDI V., BALULA SEMUTSARI M.-P., MAYAMBA KILELA J., ELOKO EYA MATANGELO G., BRUYÈRE O., REGINSTER J.-Y. Le rôle du tradipraticien dans l'offre des soins de santé de proximité en zones de santé semi-rurales : résultats d'une étude menée dans la commune périphérique de Kisenso à Kinshasa, Congo. Université de Liège, École de Santé Publique.
- [8] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2013. Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014-2023. Genève, OMS.