



DYNAMIQUE DE L'ATTACHEMENT DE LA POPULATION AUX TRADIPRATICIENS EN ZONE RURALE ENCLAVÉE : CAS DU DISTRICT DE SOALALA, RÉGION BOENY, MADAGASCAR

Mr RANDRIANAHASINA Luc Narda (1), Mr SOILAHOUDDINE Ali Ahmed (2), Mr
OUSTADHUI Mohamed (3), Mr Bonne Aventure RANDRIANANTENAINA (4).

(1) - Doctorant à l'EDGVM et enseignant chercheur Université de Mahajanga, Madagascar.

(2) - Doctorant à l'EDGVM, Université de Mahajanga, Madagascar.

(3) - Doctorant à l'EDGVM, Université de Mahajanga, Madagascar.

(4) - Doctorant au Département de Commerce et de Gestion, Université d'Andhra,
Visakhapatnam, Andhra Pradesh, Inde.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.23257652>

Résumé

Cette étude analyse le recours aux tradipraticiens et les logiques sociales qui structurent les pratiques de soins dans le district de Soalala, région Boeny, Madagascar. Elle vise à comprendre la place de la médecine traditionnelle dans un contexte marqué par les difficultés d'accès aux services de santé, les représentations culturelles de la maladie et une offre biomédicale limitée. Une approche mixte, descriptive et analytique, a été menée auprès de 150 habitants et de 60 professionnels de santé. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide de questionnaires, tandis que les données qualitatives reposent sur des entretiens et l'analyse des discours des acteurs concernés. Les résultats montrent que 93,3 % des personnes enquêtées ont eu recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois. Par ailleurs, 58 % résident à au moins cinq kilomètres d'un centre de santé de base, dont 32 % à dix kilomètres ou davantage. Selon les professionnels de santé, les principaux facteurs expliquant le recours aux

tradipraticiens sont la proximité géographique, les croyances relatives à l'origine des maladies, le coût accessible des soins ainsi que l'indisponibilité ou l'éloignement des structures sanitaires. Le volet qualitatif met également en évidence une pratique thérapeutique plurielle associant soins corporels, plantes médicinales et dimensions rituelles, ainsi qu'une relation fondée sur la confiance, la proximité sociale et la transmission intergénérationnelle des savoirs. Ainsi, la médecine traditionnelle ne constitue pas seulement une réponse à l'insuffisance de l'offre biomédicale, mais s'inscrit dans un système local de soins reposant sur des dimensions géographiques, économiques, culturelles et sociales. L'étude souligne enfin l'intérêt d'une collaboration prudente, encadrée et respectueuse entre les tradipraticiens et les services de santé afin de mieux prendre en compte les pratiques thérapeutiques locales.

Mots-clés : tradipraticiens ; recours aux soins ; inégalités sociales ; accès aux soins ; pluralisme thérapeutique.

Abstract

This study analyzes the use of traditional healers and the social dynamics underlying healthcare practices in the Soalala District, Boeny Region, Madagascar. It aims to understand the role of traditional medicine in a context characterized by difficulties in accessing healthcare services, cultural representations of illness, and limited biomedical healthcare provision. A mixed-method, descriptive, and analytical approach was conducted among 150 residents and 60 healthcare professionals. Quantitative data were collected through questionnaires, while qualitative data were obtained through interviews and analysis of the views expressed by the actors concerned. The results show that 93.3% of respondents had consulted a traditional healer during the previous twelve months. Furthermore, 58.0% of respondents live at least five kilometers from a basic health center, including 32.0% who live ten kilometers or more away. According to healthcare professionals, the main factors explaining the use of traditional healers are geographical proximity, beliefs regarding the causes of illness, the affordability of traditional healthcare, and the unavailability or distance of healthcare facilities. The qualitative component also highlights pluralistic therapeutic practices combining bodily care, medicinal plants, and ritual dimensions, as well as relationships based on trust, social proximity, and the intergenerational transmission of knowledge. Thus, traditional medicine is not merely a response to inadequate biomedical healthcare provision; rather, it forms part of a local healthcare system shaped by geographical,

economic, cultural, and social factors. The study finally highlights the value of cautious, regulated, and respectful collaboration between traditional healers and healthcare services in order to better take local therapeutic practices into account.

Keywords: traditional healers; healthcare utilization; social inequalities; access to healthcare; therapeutic pluralism.

1. Introduction

Le recours aux thérapeutes traditionnels est fréquemment interprété, dans la littérature consacrée aux systèmes de santé d'Afrique subsaharienne, comme la conséquence d'un défaut d'accès à la biomédecine. Selon cette lecture, l'éloignement des formations sanitaires, la faiblesse des revenus et la rareté du personnel qualifié conduiraient les populations rurales vers une offre de substitution disponible sur place. L'extension du maillage sanitaire devrait, dans cette perspective, réduire mécaniquement l'ampleur du phénomène. Cette explication a le mérite de la simplicité, mais elle demeure rarement mise à l'épreuve. La difficulté tient au fait que les terrains où le recours traditionnel est le plus intense sont aussi généralement ceux où l'offre biomédicale est la plus rare : la corrélation observée ne permet donc pas de trancher entre une contrainte subie et une adhésion volontaire. Établir la part respective de ces deux logiques suppose de disposer de terrains contrastés du point de vue de l'accessibilité, au sein d'un même ensemble culturel. Le district de Soalala offre un cas de contrainte d'accès particulièrement marquée. Situé sur la côte occidentale de la région Boeny, il s'étend sur environ 6 578 km² pour une population estimée à 43 059 habitants en 2020, soit une densité de l'ordre de 6,5 habitants par kilomètre carré, très inférieure à la moyenne nationale. Il borde les districts de Mitsinjo au nord-est, d'Ambatoboeny à l'est, de Kandrehô au sud et de Besalamy à l'ouest. La population est majoritairement sakalava. L'accès terrestre est saisonnièrement interrompu, la desserte s'effectuant pour partie par voie aérienne et maritime. Si l'hypothèse de la contrainte est exacte, c'est dans un tel contexte que le recours traditionnel devrait atteindre son maximum. Trois objectifs sont poursuivis : le premier est de mesurer l'ampleur du recours aux tradipraticiens à Soalala et de la rapporter aux conditions objectives d'accessibilité ; le deuxième est d'identifier les motifs de ce recours tels que les perçoivent les professionnels de santé et d'établir la position de ces derniers sur une éventuelle collaboration ; le troisième est de restituer, à partir de la parole des tradipraticiens, les fondements relationnels et économiques de la relation thérapeutique traditionnelle. L'hypothèse testée est

que l'enclavement, s'il amplifie effectivement le recours, n'en constitue pas le principe : l'attachement observé devrait présenter des ressorts propres, irréductibles à la contrainte.

2. Matériel et méthodes

L'étude a été conduite dans le district de Soalala, région Boeny, dans l'ouest de Madagascar. Le district associe une commune urbaine, chef-lieu doté d'un port et d'un aéroport, et plusieurs communes rurales dispersées sur un vaste territoire faiblement peuplé. L'économie repose principalement sur la pêche, l'élevage bovin et l'agriculture vivrière. L'offre publique de soins s'organise autour de centres de santé de base de niveaux I et II, relayés par un réseau d'agents communautaires de santé. Les distances, l'état des pistes et leur impraticabilité saisonnière constituent des déterminants majeurs de l'accès effectif aux structures de soins. Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et compréhensive, associant un volet quantitatif et un volet qualitatif selon un devis mixte convergent. La collecte des données s'est déroulée au mois de juin 2024. La population générale a fait l'objet d'un échantillon de 150 personnes âgées de 18 ans et plus, résidant dans le district depuis au moins douze mois, recrutées selon une procédure par grappes au niveau des fokontany, avec sélection des ménages puis tirage d'un répondant par ménage. Le questionnaire destiné à la population comportait un module signalétique portant sur le sexe, l'âge, le niveau d'instruction, l'activité et la distance à la formation sanitaire la plus proche, ainsi qu'un module consacré aux itinéraires thérapeutiques, dont la variable centrale était le recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois. Le questionnaire destiné aux professionnels de santé portait sur leur qualification, leur perception des motifs de recours de la population et leur opinion concernant une éventuelle collaboration entre les deux systèmes de soins ; la question relative aux motifs appelait la désignation du motif jugé principal parmi huit modalités préétablies. Le guide d'entretien destiné aux tradipraticiens explorait leur parcours, l'acquisition des savoirs, le déroulement de la consultation, les modalités de rétribution et les perspectives de transmission. Les données quantitatives ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel SPSS version 27 et analysées de manière descriptive à partir des effectifs et des fréquences relatives. Le même regroupement analytique que dans le premier volet a été appliqué aux motifs de recours, distinguant les déterminants structurels liés à l'accessibilité géographique, financière et organisationnelle des déterminants socioculturels et relationnels associés aux représentations de la maladie, à la confiance et au lien social. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interlocuteurs, transcrits, traduits du malgache vers le français, puis soumis

à une analyse thématique de contenu selon une démarche inductive. Enfin, le protocole a reçu l'accord des autorités sanitaires régionales ainsi que des autorités administratives et coutumières locales. Le consentement libre et éclairé de chaque participant a été recueilli oralement, l'anonymat a été garanti et aucune donnée nominative n'a été conservée.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques de la population enquêtée

Dans cette partie, nous allons présenter les principales caractéristiques de la population enquêtée, notamment son niveau d'instruction. Le Tableau I présente la répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction atteint.

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

Niveau d'instruction	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Aucune scolarisation	75	50
Primaire	47	31,3
Collège	21	14
Lycée	6	4
Supérieur	1	0,7
Total	150	100

Source : enquête auprès de la population, district de Soalala.

La moitié des personnes enquêtées (50 %) n'a aucune scolarisation. Le niveau primaire représente 31,3 % des enquêtés, suivi du collège avec 14 %. Le niveau lycée concerne 4 % des personnes enquêtées, tandis que le niveau supérieur ne représente que 0,7 %.

3.2. Une contrainte d'accès objectivée

Cette partie présente la distance séparant la population enquêtée du centre de santé de base (CSB) le plus proche. La distance constitue un indicateur important pour apprécier les conditions d'accès géographique aux services de santé dans le district de Soalala.

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

Distance au CSB	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Moins de 1 km	12	8
1 à moins de 3 km	21	14
3 à moins de 5 km	30	20
5 à moins de 10 km	39	26

10 km et plus	48	32
Total	150	100

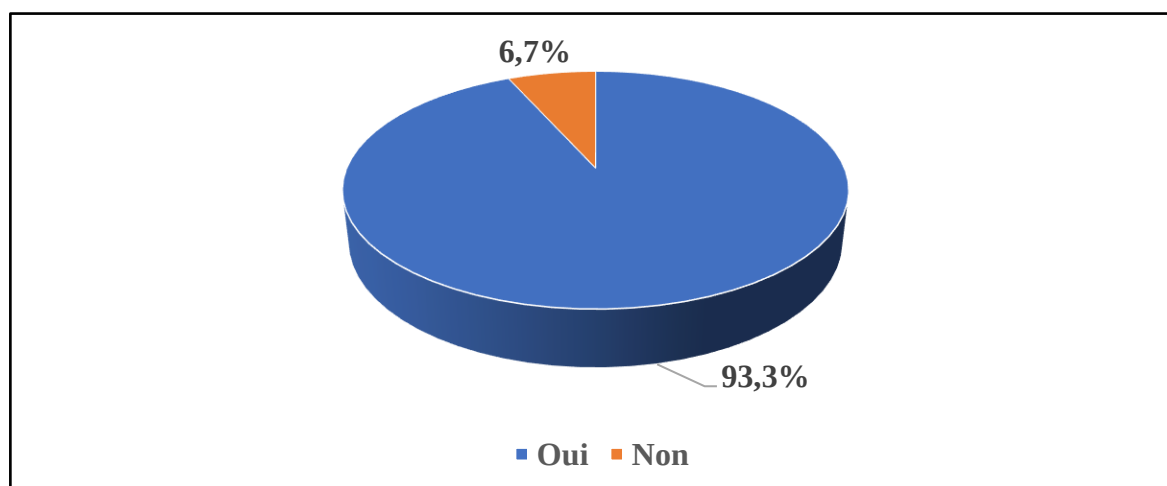
Source : enquête auprès de la population, district de Soalala.

Parmi les personnes enquêtées, 32 % résident à 10 km ou plus du CSB le plus proche, 26 % entre 5 et moins de 10 km, 20 % entre 3 et moins de 5 km, 14 % entre 1 et moins de 3 km et 8 % à moins de 1 km. Au total, 58, % résident à au moins 5 km d'un CSB, ce qui traduit une accessibilité géographique relativement limitée aux services de santé.

3.3. Ampleur du recours aux tradipraticiens

Cette partie présente le recours aux tradipraticiens au cours des douze derniers mois parmi les personnes enquêtées. La Figure I met en évidence une forte fréquence de recours à cette forme de prise en charge.

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



Source : enquête auprès de la population, district de Soalala.

Le recours aux tradipraticiens concerne 93,3 % des personnes enquêtées au cours des douze derniers mois, contre 6,7 % qui n'y ont pas eu recours.

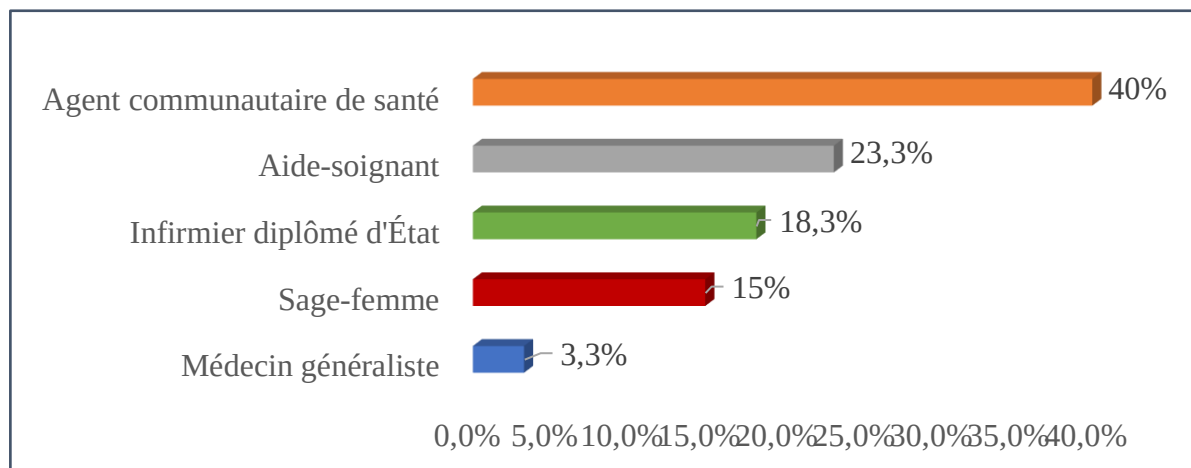
3.4. Le point de vue des professionnels de santé

Cette partie présente le point de vue des professionnels de santé enquêtés dans le district de Soalala. Elle vise à compléter les informations recueillies auprès de la population et à mieux comprendre les réalités liées à l'accès aux soins, aux pratiques de recours aux soins et aux principales difficultés rencontrées dans la prise en charge sanitaire.

3.4.1. Profil des professionnels enquêtés

Dans cette partie, nous allons présenter les principales caractéristiques professionnelles des agents de santé enquêtés. La Figure II montre leur répartition selon leur qualification professionnelle principale.

Figure II. Qualification professionnelle principale des agents de santé enquêtés (n = 60)



Source : enquête auprès des professionnels de santé, district de Soalala.

Les agents communautaires de santé représentent 40% des professionnels enquêtés, suivis des aides-soignants avec 23,3 % et des infirmiers diplômés d'État avec 18,3 %. Les médecins généralistes représentent 3,3 %.

3.4.2. Motifs perçus du recours aux tradipraticiens

Cette partie présente la perception des professionnels de santé concernant les principaux motifs qui conduisent la population à recourir aux tradipraticiens. Le Tableau V met en évidence plusieurs facteurs d'ordre géographique, économique, culturel et relationnel.

Tableau III. Principal motif de recours aux tradipraticiens selon les professionnels de santé (n = 60)

Motif principal	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Proximité géographique	14	23,3
Croyances relatives à l'origine du mal	11	18,3
Coût accessible et souplesse du paiement	10	16,7
Éloignement ou indisponibilité de la formation sanitaire	10	16,7
Confiance et réputation du praticien	7	11,7
Pression ou tradition familiale	4	6,7
Qualité de l'écoute et du lien social	3	5

Insatisfaction à l'égard du système de santé	1	1,7
Total	60	100

Source : enquête auprès des professionnels de santé, district de Soalala.

La proximité géographique représente 23,3 % des motifs de recours, suivie des croyances relatives à l'origine du mal avec 18,3 %. Le coût accessible et la souplesse du paiement ainsi que l'éloignement ou l'indisponibilité des formations sanitaires représentent chacun 16,7 %. La confiance et la réputation du praticien concernent 11,7 %, la pression ou la tradition familiale 6,7 %, la qualité de l'écoute et du lien social 5 %, tandis que l'insatisfaction à l'égard du système de santé représente 1,7 %.

Tableau IV. Regroupement analytique des motifs de recours (n = 60)

Catégorie de déterminants	Modalités regroupées	n	%
Déterminants structurels	Proximité ; coût et souplesse de paiement ; éloignement de la FS ; insatisfaction	35	58,4
Déterminants socioculturels et relationnels	Croyances sur l'origine du mal ; confiance et réputation ; écoute et lien social ; tradition familiale	25	41,7
Total		60	100,0

Source : enquête auprès des professionnels de santé, district de Soalala. Le total des pourcentages excède 100,0 en raison des arrondis.

Le regroupement analytique fait apparaître une prédominance nette des déterminants structurels, qui totalisent 35 citations, soit 58,4 %, contre 25 citations et 41,7 % pour les déterminants socioculturels et relationnels. Les deux modalités relevant directement de la géographie proximité du tradipraticien et éloignement de la formation sanitaire rassemblent à elles seules 40,0 % des réponses.

3.4.3. Position des professionnels de santé sur la collaboration

Cette partie présente l'opinion des professionnels de santé concernant une éventuelle collaboration avec les tradipraticiens. Le Tableau montre une diversité de positions, allant d'une attitude très défavorable à une attitude très favorable.

Tableau V. Opinion des professionnels de santé sur la collaboration avec les tradipraticiens (n = 60)

Opinion	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Très défavorable	4	6,7
Défavorable	11	18,3
Neutre / sans opinion	9	15,0

Favorable	24	40,0
Très favorable	12	20,0
Total	60	100,0

Source : enquête auprès des professionnels de santé, district de Soalala.

Parmi les professionnels de santé enquêtés, 40 % se déclarent favorables à une collaboration avec les tradipraticiens et 20 % très favorables, soit 60 % d'avis favorables ou très favorables. À l'inverse, 18,3 % sont défavorables et 6,7 % très défavorables, représentant 25% d'avis défavorables ou très défavorables. Enfin, 15% adoptent une position neutre ou n'expriment pas d'opinion.

3.5. Les fondements de la relation thérapeutique : apports du volet qualitatif

Les entretiens conduits auprès des tradipraticiens de Soalala font apparaître trois axes thématiques, qui documentent des dimensions que le volet quantitatif ne saisit pas.

3.5.1. Une pratique à registres multiples

Le tradipraticien se présente comme le détenteur d'une compétence d'orientation autant que d'un savoir thérapeutique :

« Je ne soigne jamais d'une seule manière. Je commence par toucher le corps, je masse là où la douleur est nouée ; ensuite la tisane, avec les feuilles que je cueille moi-même. Mais quand le mal vient d'ailleurs, il faut parler, faire une offrande, demander pardon aux razana. Tout l'art, c'est de savoir quel chemin prendre. »

Tradipraticien, Soalala (E07)

Trois registres sont mobilisés successivement : le registre corporel du massage, le registre pharmacologique de la décoction, et le registre rituel de l'offrande aux ancêtres. Ils ne sont pas concurrents mais hiérarchisés selon l'origine attribuée au mal, la formule finale « savoir quel chemin prendre » désignant la compétence de discernement comme le cœur du métier.

Cette polyvalence éclaire l'avantage compétitif du tradipraticien en contexte enclavé. Là où l'offre biomédicale est spécialisée mais lointaine et intermittente, il propose sur place un dispositif intégré couvrant un large éventail de plaintes. La proximité que 23,3 % des professionnels de santé identifient comme motif principal n'est donc pas seulement spatiale : elle est aussi fonctionnelle, un même interlocuteur prenant en charge ce que le système biomédical répartit entre plusieurs niveaux de recours.

La mention des feuilles cueillies par le praticien lui-même mérite d'être relevée : elle inscrit la pratique dans une dépendance directe à la ressource végétale locale et rejoint les préoccupations de conservation documentées dans la région Boeny.

3.5.2. Une économie morale du soin

Les modalités de rétribution constituent le deuxième axe, et le plus spécifique de ce terrain :

« Chez moi, on ne marchande pas la guérison. Je ne fixe pas de prix : chacun donne selon son cœur. Pour commencer, on met une petite pièce pour « ouvrir ». Et il y a une part qui n'est pas pour moi : celle des ancêtres. Si tu réclames trop, le remède perd sa force. »

Tradipraticien, Soalala (E13)

L'extrait décrit un système de rétribution qui n'est ni gratuit ni marchand. Trois éléments le composent : l'absence de tarif fixé ex ante, une contribution symbolique d'ouverture qui inaugure la relation, et une part réservée aux ancêtres qui soustrait une fraction du versement à l'appropriation du praticien. La dernière proposition « si tu réclames trop, le remède perd sa force » énonce une règle interne qui lie l'efficacité thérapeutique à la modération de l'exigence financière.

Cette économie morale a une conséquence pratique déterminante en contexte de pauvreté monétaire. Le soin traditionnel est accessible sans disponibilité immédiate de numéraire, ce qui n'est pas le cas de la consultation biomédicale même lorsqu'elle est nominale peu coûteuse : le transport, l'achat des médicaments et la perte de journées de travail constituent des dépenses incompressibles et exigibles au comptant. On saisit ici le fondement concret du motif « coût accessible et souplesse du paiement » cité par 16,7 % des professionnels de santé. Il ne s'agit pas seulement d'un prix inférieur, mais d'une temporalité et d'une forme de paiement compatibles avec des revenus irréguliers et faiblement monétarisés.

Ce dispositif éclaire aussi la robustesse de l'attachement. Une relation qui ne repose pas sur une transaction tarifée ne peut pas être défaite par une baisse des prix pratiqués ailleurs. La gratuité éventuelle des soins biomédicaux ne placerait pas les deux offres en concurrence sur un même terrain, puisque ce qui est en jeu n'est pas le montant mais le mode d'engagement.

3.5.3. Un lien biographique et sa fragilité

Le troisième axe concerne la nature du lien qui unit le praticien à sa clientèle :

« Quand un enfant que j'ai mis au monde revient, devenu grand, me confier le sien, je sais que ce lien est plus fort que l'argent. »

Matrone, Soalala (E15)

L'extrait décrit une fidélité qui se transmet d'une génération à la suivante et s'ancre dans une biographie partagée. Le praticien n'est pas un prestataire interchangeable, sélectionné à chaque épisode morbide selon la disponibilité ou le coût : il est le dépositaire d'une histoire familiale. Cette configuration donne sa consistance au terme d'attachement retenu dans le titre de l'étude, en le distinguant nettement d'une simple fréquence d'utilisation.

Cette continuité est cependant menacée, et les praticiens l'énoncent eux-mêmes :

« Si les jeunes n'apprennent plus, ce savoir mourra avec nous. Il faut qu'on nous respecte pour qu'ils veuillent apprendre. »

Tradipraticien, Soalala (E07)

La dynamique décrite ici diffère de celle observée dans le district d'Ambato-Boeny, où les praticiens rapportaient un élargissement de leur clientèle à des catégories jeunes et urbaines. À Soalala, la préoccupation ne porte pas sur la demande, qui demeure massive, mais sur l'offre future : le défaut de relève menace la reproduction du savoir. Le second énoncé établit un lien explicite entre la considération sociale accordée au métier et son attractivité pour les nouvelles générations, formulant ainsi une demande de reconnaissance dont la portée dépasse le registre symbolique. Une politique de valorisation de la médecine traditionnelle rencontrerait ici une attente déjà constituée.

4. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que le recours aux tradipraticiens occupe une place importante dans les pratiques de santé de la population enquêtée dans le district de Soalala. Sur les 150 personnes interrogées, 140, soit 93,3 %, déclarent avoir eu recours à un tradipraticien au cours des douze derniers mois, contre 6,7 % qui n'y ont pas eu recours. Parallèlement, 58 % des personnes enquêtées résident à au moins 5 km du centre de santé de base le plus proche, dont 32% à 10 km ou plus, ce qui met en évidence une contrainte géographique importante. Toutefois, ces résultats ne permettent pas de réduire le recours à la médecine traditionnelle à une simple conséquence de l'éloignement des structures biomédicales. Les données qualitatives montrent en effet que plusieurs facteurs interviennent simultanément, notamment l'accessibilité géographique, le coût et la souplesse du paiement, les croyances relatives à l'origine du mal, la confiance envers le praticien, les relations familiales et la qualité du lien social. Cette pluralité confirme que les comportements de santé résultent de l'interaction entre les conditions d'accès aux soins, les ressources économiques et sociales, les représentations culturelles et les expériences individuelles

4.1. L'enclavement amplifie le recours sans le fonder

Dans le district de Soalala, la contrainte territoriale est manifeste : 58 % des personnes enquêtées vivent à au moins 5 km du CSB le plus proche, tandis que 32 % résident à 10 km ou davantage, ce qui fait de l'éloignement une contrainte réelle dans l'accès quotidien aux soins. Toutefois, il convient de distinguer le fait que l'éloignement puisse favoriser le recours aux tradipraticiens de l'idée qu'il en constitue la cause unique. Selon le modèle comportemental d'Andersen (1995), l'utilisation des services de santé dépend de l'interaction entre les caractéristiques des populations, les ressources disponibles et les besoins de santé ; l'accès ne repose donc pas uniquement sur l'existence physique d'un service, mais également sur les conditions permettant effectivement de l'utiliser. Cette interprétation rejoint

Cockerham (2005), pour qui les comportements de santé résultent de l'articulation entre les choix individuels et les structures sociales, économiques et territoriales dans lesquelles ils s'inscrivent. Ainsi, le recours à un tradipraticien peut relever d'un choix volontaire tout en étant influencé par les contraintes matérielles et sociales. Les résultats de Soalala permettent donc d'éviter deux interprétations réductrices : considérer les habitants comme entièrement déterminés par l'éloignement des CSB ou, à l'inverse, considérer leur recours comme un choix exclusivement individuel et culturel. La réflexion de Farmer (2004) sur la violence structurelle permet également de souligner que certaines inégalités d'accès aux ressources peuvent être liées à l'organisation sociale, économique et territoriale, sans pour autant assimiler la situation de Soalala aux contextes étudiés par cet auteur. Dans ce contexte, l'enclavement peut être considéré comme un facteur amplifiant certaines pratiques de recours plutôt que comme leur fondement exclusif. Le tradipraticien bénéficie en effet d'une proximité non seulement géographique, mais également linguistique, familiale, relationnelle et symbolique. Cette lecture rejoint les travaux de Didier (2017) sur Madagascar, qui montrent que la médecine traditionnelle ne peut être comprise uniquement par rapport à la biomédecine, puisqu'elle s'inscrit également dans des savoirs, des pratiques sociales et des représentations qui lui confèrent une place particulière dans les sociétés locales. Ainsi, à Soalala, le recours aux tradipraticiens apparaît comme le résultat d'une combinaison entre accessibilité territoriale, ressources économiques, représentations de la maladie et relations sociales ; l'enclavement semble donc renforcer le recours sans en constituer le fondement exclusif.

4.2. Un déplacement des motifs, non une substitution

Le taux élevé de recours aux tradipraticiens ne doit pas être interprété comme une substitution complète de la médecine traditionnelle à la biomédecine, mais plutôt comme l'expression d'un pluralisme thérapeutique, caractérisé par la coexistence et la combinaison de plusieurs ressources de soins. Les résultats recueillis auprès des professionnels de santé montrent que la proximité géographique constitue le principal motif perçu du recours aux tradipraticiens (23,3 %), suivie des croyances relatives à l'origine du mal (18,3 %), tandis que le coût accessible et la souplesse du paiement ainsi que l'éloignement ou l'indisponibilité des formations sanitaires représentent chacun 16,7 %, la confiance et la réputation du praticien 11,7 % et la pression ou la tradition familiale 6,7 %. Cette diversité montre que le comportement thérapeutique ne peut être expliqué par une seule variable : selon les situations, la distance, les représentations de la maladie, les ressources financières ou encore la confiance

peuvent orienter le choix thérapeutique. Cette pluralité rejoint l'approche d'Arthur Kleinman (1980), selon laquelle les individus et les professionnels disposent de modèles explicatifs de la maladie qui influencent leur compréhension des causes du mal, de son évolution et des traitements jugés appropriés. À Soalala, les entretiens montrent ainsi que les tradipraticiens peuvent mobiliser successivement le massage, les préparations végétales et les pratiques rituelles selon l'interprétation donnée à la situation. Le recours au tradipraticien ne signifie donc pas nécessairement un rejet de la biomédecine, car un même individu peut utiliser différentes ressources thérapeutiques de manière successive ou complémentaire. Cette observation peut également être éclairée par l'approche de Bourdieu (1986), selon laquelle les pratiques sociales dépendent des dispositions incorporées, des ressources disponibles et des capitaux détenus par les individus et les familles. La confiance, la réputation, la transmission familiale et les relations de proximité constituent ainsi des formes de capital social permettant au tradipraticien de bénéficier d'une légitimité communautaire, même en l'absence du capital institutionnel propre aux professionnels biomédicaux. Le contraste avec Freidson (1970) permet de souligner que la biomédecine repose principalement sur une expertise formellement reconnue et institutionnalisée, tandis que la médecine traditionnelle s'appuie davantage sur l'expérience, la transmission des savoirs, la réputation, les relations familiales et la reconnaissance communautaire. Les résultats de Soalala ne signifient donc pas que les deux systèmes disposent de la même légitimité institutionnelle, mais que la légitimité thérapeutique peut prendre différentes formes. Le mode de rétribution observé chez les tradipraticiens, caractérisé notamment par l'absence de tarif fixe, la contribution selon les possibilités de l'utilisateur et la souplesse du paiement, renforce cette distinction et permet de mieux comprendre pourquoi le coût et la souplesse du paiement sont cités par 16,7 % des professionnels de santé. Cette observation rejoint les travaux de Manzambi Kuwekita et de ses collègues, qui montrent, dans un contexte semi-rural de Kinshasa, l'importance du tradipraticien comme acteur de proximité et la diversité des raisons pouvant expliquer son recours, notamment l'efficacité perçue, le type de maladie, les possibilités de paiement et la proximité. Ainsi, à Soalala, la médecine traditionnelle ne semble pas simplement occuper l'espace laissé vacant par la biomédecine : elle possède également des dimensions sociales, économiques, culturelles et relationnelles qui lui sont propres. Il apparaît donc plus pertinent de parler d'un déplacement des recours plutôt que d'une substitution, la population pouvant circuler entre plusieurs

ressources thérapeutiques en fonction du type de problème, de son interprétation, de la distance, du coût, de la disponibilité et de la confiance.

4.3. Une ouverture professionnelle à valoriser

L'un des résultats importants de cette étude concerne l'attitude des professionnels de santé : parmi les 60 interrogés, 40 % se déclarent favorables et 20% très favorables à une collaboration avec les tradipraticiens, soit 60 % d'opinions favorables ou très favorables, contre 25 % défavorables ou très défavorables et 15 % neutres ou sans opinion. Cette majorité favorable montre qu'une opposition entre biomédecine et médecine traditionnelle n'est pas nécessairement absolue au niveau local, même si une collaboration ne signifie pas l'acceptation de toutes les pratiques traditionnelles. Elle devrait reposer sur des règles de sécurité, des mécanismes d'orientation, une clarification des responsabilités et une reconnaissance mutuelle des compétences. Les travaux de Manzambi Kuwekita et al. (2014, 2015) montrent que les tradipraticiens peuvent constituer des acteurs importants des soins de proximité, tout en soulignant les difficultés liées à l'hygiène, à l'encadrement et au statut professionnel. À Madagascar, Didier (2017) souligne également que la reconnaissance institutionnelle peut favoriser la participation des tradipraticiens aux programmes sanitaires, mais risque aussi de privilégier certaines dimensions phytothérapeutiques au détriment des aspects sociaux, culturels et magico-religieux. Cette question est particulièrement pertinente à Soalala, où les pratiques traditionnelles associent plantes médicinales, massages, relations sociales, représentations de l'origine du mal et dimensions rituelles. Une coopération pourrait ainsi être développée progressivement, notamment autour de l'orientation des patients, de la prévention et de la sensibilisation, sans chercher à placer les deux systèmes sur un même plan scientifique. Cette perspective rejoint les orientations de l'Organisation mondiale de la Santé en faveur d'une médecine traditionnelle fondée sur les données, la sécurité, la réglementation et le respect des cultures. L'ouverture observée chez les professionnels constitue donc une ressource institutionnelle locale susceptible de favoriser le dialogue entre acteurs. Elle pourrait également accompagner la documentation et la transmission des savoirs traditionnels, tout en renforçant la sécurité des pratiques et les mécanismes d'orientation vers les structures de santé lorsque cela est nécessaire.

4.4. Implications pour la politique sanitaire du district

Les résultats de cette étude permettent de dégager plusieurs orientations pour la politique sanitaire du district de Soalala. Premièrement, le renforcement du rôle des agents communautaires de santé apparaît pertinent, ceux-ci représentant 40 % des professionnels enquêtés et constituant un lien de proximité entre les structures sanitaires et les communautés. Leur implication dans l'information, la prévention et l'orientation pourrait être particulièrement utile dans un contexte d'enclavement. Deuxièmement, un mécanisme d'orientation avec les matrones pourrait être envisagé, notamment pour favoriser la reconnaissance précoce des situations nécessitant une prise en charge dans une structure sanitaire, sachant que 32 % des personnes enquêtées résident à 10 km ou plus du CSB le plus proche. Troisièmement, la pluralité des pratiques thérapeutiques doit être reconnue tout en maintenant les exigences de sécurité des patients, notamment par l'identification des situations nécessitant une référence vers le système biomédical. Quatrièmement, la transmission des savoirs traditionnels pourrait être documentée et encadrée afin de préserver certains savoirs locaux tout en renforçant les connaissances relatives à la sécurité des pratiques. Enfin, une coopération progressive entre tradipraticiens et services de santé pourrait être privilégiée autour d'objectifs précis tels que l'orientation, la prévention, la sensibilisation et la santé maternelle. Cette démarche devrait tenir compte des réserves exprimées par certains professionnels, puisque 25 % se déclarent défavorables ou très défavorables à la collaboration. L'objectif serait ainsi de favoriser le dialogue entre les différents acteurs du système de soins, sans supprimer leurs différences, tout en contribuant à améliorer l'orientation des patients et la sécurité des pratiques.

4.5. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. L'échantillon de 150 personnes permet de dégager des tendances descriptives, mais ne permet pas une généralisation statistique robuste à l'ensemble de la population du district. De plus, la procédure d'échantillonnage n'étant pas strictement probabiliste, un biais de sélection reste possible, notamment au détriment des populations vivant dans les zones les plus enclavées. L'analyse étant principalement descriptive, elle ne permet pas d'établir une relation statistique entre la distance aux structures de santé et le recours aux tradipraticiens. Par ailleurs, les motifs de recours ont été recueillis auprès de 60 professionnels de santé et reflètent donc leur

perception des pratiques des usagers plutôt que les motivations directement déclarées par ces derniers. Les données qualitatives, issues d'un nombre limité d'entretiens, visent principalement à comprendre les logiques sociales et culturelles du recours et ne peuvent être considérées comme statistiquement représentatives. Enfin, l'étude n'évalue pas l'efficacité clinique des traitements traditionnels ; le recours élevé observé témoigne d'une pratique sociale et thérapeutique, sans constituer une preuve d'efficacité médicale. Ces limites n'annulent pas les résultats, mais précisent leur portée, principalement descriptive et interprétative, et soulignent l'intérêt de recherches ultérieures associant analyses statistiques et approches qualitatives approfondies.

5. Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser la place des tradipraticiens dans les pratiques de recours aux soins dans le district de Soalala, en tenant compte des conditions d'accès aux structures sanitaires, des perceptions des professionnels de santé et des dimensions sociales et culturelles de la relation thérapeutique. Les résultats montrent une forte présence du recours aux tradipraticiens, puisque 93,3 % des 150 personnes enquêtées déclarent avoir consulté un tradipraticien au cours des douze derniers mois, ce qui traduit davantage un pluralisme thérapeutique qu'un rejet de la biomédecine. L'accessibilité géographique constitue également une contrainte importante, avec 58 % des enquêtés vivant à au moins 5 km du CSB le plus proche et 32 % à 10 km ou plus, mais l'éloignement ne suffit pas à expliquer à lui seul le recours à la médecine traditionnelle. Les données recueillies montrent en effet que plusieurs facteurs interviennent simultanément, notamment la proximité géographique, le coût et la souplesse du paiement, les croyances relatives à l'origine du mal, la confiance, la réputation, la tradition familiale et la qualité du lien social. La médecine traditionnelle apparaît ainsi comme une pratique socialement et culturellement ancrée dans les communautés, pouvant être mobilisée parallèlement aux services biomédicaux selon les situations et les besoins. Par ailleurs, 60,0 % des professionnels de santé se déclarent favorables ou très favorables à une collaboration avec les tradipraticiens, ce qui ouvre une possibilité de dialogue entre les différents acteurs du système local de soins. Toutefois, cette collaboration devrait être progressive et encadrée, notamment autour de la sécurité des patients, de l'orientation des cas nécessitant une prise en charge biomédicale, de la prévention et de la continuité des soins. Dans le contexte de Soalala, les tradipraticiens apparaissent donc non seulement comme des détenteurs de savoirs thérapeutiques traditionnels, mais aussi comme des acteurs sociaux

bénéficiant d'une proximité géographique et relationnelle avec les communautés. En définitive, l'enclavement amplifie le recours aux tradipraticiens sans en constituer le fondement unique, leur place reposant également sur les représentations culturelles, les relations sociales, la confiance et certaines modalités économiques. La médecine traditionnelle constitue ainsi une composante durable du paysage sanitaire local, dont la prise en compte doit associer réalités culturelles, dialogue institutionnel, sécurité des pratiques et exigences de santé publique.

Références bibliographiques

- [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] Bourdieu, P. (1984). *Distinction : A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press.
- [3] Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). Greenwood Press.
- [4] Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- [5] 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.
- [6] Didier, P. (2017). Valorisation de la médecine traditionnelle à Madagascar : Place des tradipraticiens dans les recherches et formations sur les plantes médicinales. *Autrepart*, 81(1), 159–172. <https://doi.org/10.3917/autr.081.0159>
- [7] Didier, P. (2019). Automédication et pluralisme thérapeutique : La construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar. *Anthropologie & Santé*, 18. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.4903>
- [8] Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/382250>
- [9] Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead.

- [10] INSTAT. (2021). Enquête démographique et de santé de Madagascar 2021 (EDSMD-V). Institut National de la Statistique & Ministère de la Santé Publique.
- [11] Kasprowicz, D., et al. (2025). Patterns of morbidity in Ambatoboeny District, Northern Madagascar: A 12-month study. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17), Article 6329. <https://doi.org/10.3390/jcm14176329>
- [12] Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- [13] Kleinman, A. (1983). The cultural meanings and social uses of illness: A role for medical anthropology and clinically oriented social science in the development of primary care theory and research. *The Journal of Family Practice*, 16(3), 539–545.
- [14] Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- [15] Manzambi Kuwekita, J., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2014). 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. *Journal d'Épidémiologie et de Santé Publique*, XIII, 59–66.
- {16} Manzambi Kuwekita, J., Mbadu Kivuidi, V., Balula Semutsari, M.-P., Mayamba Kilela, J., Eloko Eya Matangelo, G., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2014). 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.
- [17] Manzambi Kuwekita, J., Mbadu Kivuidi, V., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2015). Le tradipraticien est un acteur incontournable dans l'offre des soins de santé en territoire périurbain : Équilibre entre légitimité et illégalité ? In J. Bogaert & J.-M. Halleux (Eds.), *Territoires périurbains*. PACODEL.
- [18] Organisation mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. OMS/UNICEF.
- [19] Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle 2014–2023*. OMS.
- [20] Organisation mondiale de la Santé. (2025). *Global traditional medicine strategy 2025–2034*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-011317-6.