



HAL
open science

Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar

Pierrine Didier

► **To cite this version:**

Pierrine Didier. Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar. *Anthropologie et Santé*, 2019, 18, 10.4000/anthropologiesante.4903 . halshs-02493040

HAL Id: halshs-02493040

<https://shs.hal.science/halshs-02493040>

Submitted on 15 Mar 2021

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

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



Anthropologie & Santé

Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé

18 | 2019

**Savoirs expérientiels et normes collectives
d'automédication**

Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar

Self-medication and therapeutic pluralism : building the choice of remedy and therapist in rural Madagascar

Pierrine Didier



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4903>

DOI : 10.4000/anthropologiesante.4903

ISSN : 2111-5028

Éditeur

Association Amades

Référence électronique

Pierrine Didier, « Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 18 | 2019, mis en ligne le 28 mars 2019, consulté le 22 mai 2019. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4903> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.4903

Ce document a été généré automatiquement le 22 mai 2019.



Anthropologie & Santé est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Automédication et pluralisme thérapeutique : la construction du choix du remède et du thérapeute dans une localité rurale à Madagascar

Self-medication and therapeutic pluralism : building the choice of remedy and therapist in rural Madagascar

Pierrine Didier

Introduction

- 1 Lalaina est une jeune fille de 17 ans qui habite avec sa famille dans le village de Rantolava, sur la côte est de Madagascar. Un jour, elle se rend avec une de ses cousines à une cérémonie de tsaboraha¹ organisée dans son village. Ces cérémonies rassemblent, pendant les trois jours de fête, des centaines de personnes du lignage des organisateurs ainsi que des villageois alentour. Le soir, Lalaina commence à ne « pas se sentir bien ». Sa condition s'aggrave lorsqu'elle retourne aux célébrations le lendemain matin. Elle est accompagnée chez elle, soutenue par un ami car elle ne peut plus marcher. Elle est prise de maux de ventre et de diarrhées. Sa mère lui donne deux comprimés de métronidazole², et son père lui administre peu après une demi-cuillerée de ranomena, un remède traditionnel fabriqué à partir de cornes de zébu et utilisé comme antidote contre les mosavy, les empoisonnements. Quelques heures plus tard, elle se rend chez une guérisseuse du village qui lui masse³ le ventre et lui donne des petits copeaux de bois de rose⁴ râpés à boire en décoction. La guérisseuse lui confirme le diagnostic de mosavy que la jeune fille et sa famille suspectaient. Après une deuxième séance de massage le soir, elle ne ressent plus de douleurs le lendemain matin. D'après Lalaina et sa famille, cette maladie a été provoquée par des bananes frites qu'elle aurait mangées au tsaboraha le

premier jour, dans lesquelles aurait été mis le poison⁵. Deux filles l'accompagnaient, elle et sa cousine, à ce moment-là. Lalaina dit ne pas savoir qui a pu lui causer ce tort, mais que « c'est peut-être une de ces deux filles qui aurait mis quelque chose dans [sa] nourriture ». Présente au moment de cette conversation, sa cousine ajoute que les mosavy sont fréquents pendant les tsaboraha. Lalaina explique que désormais, elle se méfiera de ces deux filles et sera attentive à ne rien manger en leur présence.

- 2 La recherche de l'étiologie des symptômes et l'élaboration de l'autodiagnostic de mosavy a permis à Lalaina et à sa famille de mettre en place les réponses thérapeutiques qui leur semblaient appropriées, à savoir : automédication avec des médicaments allopathiques donnés par sa mère et un remède traditionnel donné par son père, puis consultation chez une guérisseuse qui confirme le diagnostic élaboré par la famille, et enfin massage et consommation d'un remède traditionnel à base de plantes.
- 3 Cet exemple introductif met en lumière les différentes étapes possibles par lesquelles s'élabore une réponse thérapeutique à un épisode de maladie. Lalaina et sa famille ont fait le choix de ne pas aller consulter au Centre de santé de base (CSB), à quelques centaines de mètres de leur domicile. Elle ne s'est donc pas vu prescrire, par un médecin, un médicament allopathique qui aurait pu être contraire à ses attentes et aux préconisations formulées à la suite de son autodiagnostic. Son choix de thérapeute illustre le concept d'« automédication différée » que je propose de développer dans cet article.
- 4 Je développe et questionne dans cet article la façon dont se construit le choix du remède et du thérapeute pour les villageois d'une localité rurale à Madagascar. Il s'agit d'identifier les éléments qui fondent l'autodiagnostic accompagnant l'automédication. Quels critères, savoirs et expériences sont mobilisés pour construire l'étiologie d'un symptôme ? Quelle est l'importance du choix du remède dans le choix du thérapeute ? Quel est le poids de l'autodiagnostic dans la recherche de la réponse thérapeutique ?
- 5 Dans une première partie, je décris les offres de soins, les remèdes disponibles (plantes médicinales/médicaments allopathiques) ainsi que leur accessibilité dans la localité étudiée à Madagascar. Dans une deuxième partie, je développe les modèles étiologiques mobilisés pour la représentation et la compréhension des symptômes et des maladies, ainsi que pour l'orientation thérapeutique, en automédication ou en consultation chez un praticien. Dans une troisième partie, je montre que le choix d'un thérapeute et d'un remède illustre la dynamique de « l'automédication différée » ou « automédication indirecte » par le malade et son entourage. La démonstration permet de mettre en lumière la place de la décision personnelle et familiale dans le choix du praticien en fonction du remède souhaité ainsi que les dynamiques à l'œuvre dans l'élaboration de l'automédication à Madagascar, qui constitue l'une des premières actions entreprises par le malade et son entourage. Il s'agit ainsi de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la recherche d'un soin et les représentations sociales qui conditionnent l'élaboration d'une ou plusieurs réponses thérapeutiques. Cet article s'inscrit dans la continuité d'une réflexion sur l'importance des « savoirs expérientiels » des individus comme facteur de décision dans les parcours de soin en contexte de pluralisme thérapeutique.

Méthodologie

- 6 Les éléments ethnographiques présentés dans cet article ont été recueillis au cours d'enquêtes multi situées à Madagascar, lors d'un terrain de neuf mois réalisé entre 2011

et 2013 dans le cadre de ma recherche de doctorat en anthropologie de la santé (Didier, 2015)⁶. J'ai conduit des enquêtes par immersion et par « imprégnation » (Olivier de Sardan, 1995 : 73) dans le village de Rantolava, sur la côte est de Madagascar, dans la région Analanjirofo. En vivant plusieurs mois par an dans une famille⁷, j'ai pu prendre part aux activités quotidiennes ainsi qu'aux événements de la communauté, comme les funérailles, les cérémonies de bénédiction des ancêtres ou de guérison. Le temps long passé sur le terrain m'a permis de faire un grand nombre d'observations et d'entretiens informels. J'ai également réalisé des entretiens semi-directifs, la plupart du temps enregistrés sur dictaphone, avec une quarantaine de villageois, ainsi qu'avec des guérisseurs (vingt-quatre), des personnels de santé (vingt-six), des vendeurs de plantes médicinales et des vendeurs de médicaments (douze) dans différentes localités rurales et urbaines. Les discours de mes interlocuteurs ont fait l'objet d'une attention particulière, dans une approche émiqve et qualitative.

Choix et disponibilité des thérapeutiques

- 7 Le village de Rantolava compte environ six cents habitants et se situe sur la côte est de Madagascar, à vingt kilomètres au nord de Fénérive-Est, ville la plus proche, et à deux cents kilomètres au nord de Tamatave. Il est accessible par une piste de trois kilomètres depuis la route goudronnée RN5. Le village s'étend sur un kilomètre de long et quatre cents mètres de large le long de la côte de l'océan Indien. Aucune maison ne possédait l'électricité jusqu'à l'arrivée des premiers panneaux solaires en 2016. Pour s'approvisionner en eau, les habitants disposent d'un puits dans le village et de trois sources à sa périphérie. Ils y vivent principalement de la riziculture, des cultures vivrières (manioc, patate douce), des cultures de rente (café, girofle, litchi, vanille) et d'un peu d'élevage (zébu, canard, poule). Les villageois connaissent des périodes de soudure fréquentes (entre la fin des réserves de riz et le début des récoltes). Le village compte quelques épiceries, une école primaire, plusieurs églises et un CSB de niveau I⁸.
- 8 Rantolava offre des soins conventionnels et des soins relevant de la médecine traditionnelle. Le CSB I est tenu par une sage-femme qui assure des consultations de médecine générale, le suivi des grossesses ainsi que les accouchements non dystociques⁹. Le matériel médical est limité et le CSB a une capacité d'une demi-douzaine de lits. Une dispensatrice de médicaments tient la pharmacie du CSB située dans le même bâtiment. Dans le village, un infirmier aujourd'hui retraité, qui s'est occupé du CSB pendant dix-sept ans, continue de recevoir chez lui d'anciens patients. Il ausculte, pose un diagnostic, prescrit et vend des médicaments qu'il achète chez les grossistes en ville, et qu'il peut également administrer (dans le cas de médicaments injectables).
- 9 Deux agents communautaires sont présents dans le village à des fins de veille sanitaire. Il s'agit de villageois lettrés et formés annuellement par l'Office nationale de nutrition, pour le suivi des enfants de 0 à 5 ans. Ils dispensent des conseils nutritionnels aux jeunes mères et sont capables de reconnaître quelques pathologies comme le paludisme, la toux, la diarrhée et la malnutrition. Ils peuvent également orienter les malades vers le personnel médical jugé compétent au CSB ou à l'hôpital de Fénérive-Est. Celui-ci se trouve à une vingtaine de kilomètres du village, accessible par la piste puis par la route goudronnée qui peut être empruntée par taxi-brousse, moyennant quatre mille à cinq mille ariarys l'aller¹⁰. Le moyen de transport le plus fréquent reste la marche à pied. Certains villageois possèdent un vélo, d'autres des scooters, quelques-uns une moto et un seul villageois, un

épicier, possède une petite fourgonnette qui lui sert à transporter son ravitaillement et du matériel depuis la ville. Des ONG (organisations non gouvernementales) passent régulièrement dans le village pour des campagnes de vaccination ou pour dispenser des contraceptifs dans le cadre du planning familial¹¹.

- 10 Parallèlement à ces praticiens conventionnels, une dizaine de guérisseurs (mpitsabo, littéralement « celui qui soigne », « celui qui guérit » ; mpañāody, littéralement « le faiseur de ody gasy », de « grigris », de « charmes ») pratiquent dans cette même localité. Leurs techniques de soins et leurs modalités de prise en charge des individus sont diverses. Ils pratiquent le tromba (soin utilisant la possession), le sikidy (divination par les graines, les pièces ou les cartes, souvent sans transe), le razana (soin grâce aux ancêtres), le soin grâce à Zanahary (terme employé pour désigner Dieu, littéralement « celui qui a créé »), la connaissance par les rêves, etc. Les pratiques traditionnelles comportent une composante phytothérapeutique (soin avec les plantes médicinales) et une composante magico-religieuse, avec référence aux esprits, aux ancêtres, dans un but diagnostique ou prescriptif. Les plantes médicinales sont souvent prescrites et consommées en complément du rituel réalisé par le guérisseur. Certaines personnes, comme les masseurs et les matrones (accoucheuses traditionnelles) rencontrés dans cette localité, pratiquent le soin sans pour autant se définir comme « guérisseurs » (mpitsabo) car elles ne prescrivent pas forcément de remèdes ni ne font référence aux esprits. Enfin, des villageois pratiquent le soin ou apportent ponctuellement leur aide pour les accouchements, quand aucun praticien n'est disponible ou dans des situations d'urgence. Les guérisseurs sont encore largement consultés par les villageois et restent souvent la première réponse thérapeutique recherchée dans le village. Leur popularité et leur rôle en matière de soin s'expliquent en partie par le difficile accès aux soins conventionnels, par l'absence fréquente de la sage-femme, par l'éloignement des autres dispensaires et hôpitaux et par le manque d'argent pour payer les soins et les praticiens dans les structures de santé publique. Dans un village voisin de Rantolava, un couple de guérisseurs jouit d'un rôle politique de médiateur pour résoudre les conflits de voisinage et apaiser les tensions, aux côtés du chef du village.
- 11 Plus qu'un soin du corps et des symptômes physiologiques, la pratique de soin dit traditionnel vise aussi à résoudre les maux et les malheurs qui touchent les individus dans leur communauté, à apporter des « aides mentales et spirituelles » (« manohana aratsaina sy ara-panahy »), à faire le bien pour les individus et parfois à rétablir l'ordre social mis à mal par un conflit. Les villageois peuvent faire appel aux guérisseurs pour obtenir des remèdes en matière d'amour, de fidélité, d'argent ou de confiance en soi. Selon mes interlocuteurs, ces derniers peuvent également être consultés pour nuire à quelqu'un, pour jeter un sort ou provoquer un empoisonnement, bien qu'aucun n'affirme publiquement avoir déjà eu recours à une telle pratique. Toutes ces pratiques ont en commun le fait que les guérisseurs, dans leurs pratiques du soin, entretiennent une relation et communiquent avec des entités (Rakotomalala, 1990 : 371) comme les esprits et les ancêtres (razana) qui entrent en jeu dans la divination (sikidy) ou dans la possession (tromba) ainsi qu'avec d'autres entités spirituelles comme Zanahary.
- 12 Cette capacité à soigner grâce au lien avec l'esprit connaisseur est souvent acquise par don ou par héritage d'un membre de la famille ou du lignage. La transmission de cet héritage de connaissances peut avoir lieu à l'occasion d'une cérémonie, lorsque le donateur estime avoir trouvé une personne digne de recevoir son savoir. Ces connaissances peuvent également être acquises au cours de plusieurs années

d'expérience au contact du guérisseur, tout en étant par ailleurs transmises symboliquement à sa mort. Les guérisseurs s'adressent aux esprits pour recevoir leur bénédiction, qui conditionnera souvent l'efficacité de leur diagnostic et du remède prescrit. Comme l'explique un guérisseur du village : « des fois, j'utilise des plantes et d'autres fois, les patients amènent des plantes et je les bénis seulement. Ce n'est pas la plante qui est importante mais c'est la bénédiction qui sort de ma bouche ». Ce guérisseur « sait qu'il ne sait pas ». C'est l'esprit qu'il héberge qui délivre sa connaissance et son expertise à travers lui.

- 13 Chacune de ces thérapeutiques, biomédicale et traditionnelle, mobilise des remèdes spécifiques. On trouve, d'un côté, les médicaments allopathiques et, de l'autre, les remèdes à base de plantes médicinales, de partie d'animaux ou de minéraux. Les premiers peuvent être achetés légalement à la pharmacie du dispensaire du village, dans les pharmacies des hôpitaux et dans les pharmacies agréées à Fénérive-Est. Il existe aussi un secteur parallèle de vente ambulante de médicaments par des revendeurs non diplômés en pharmacie, qui se fournissent chez des grossistes de médicaments en ville. Ils passent plusieurs fois par semaine dans le village et pallient la pénurie de médicaments au dispensaire qui subit régulièrement des retards d'approvisionnement. L'infirmier retraité vend également chez lui des médicaments introuvables chez les autres vendeurs (notamment des sérums). Enfin, et c'est le plus fréquent, des comprimés se vendent à l'unité dans toutes les épicerie du village. Cette pratique de vente non conventionnée est interdite par les autorités mais certains épiciers ont reçu l'autorisation tacite de l'ancien chef du CSB, aujourd'hui à la retraite. Les épiciers conseillent les acheteurs lorsqu'ils sont sollicités. Ils se fournissent chez les grossistes de la ville la plus proche. Ces médicaments sont généralement vendus sans ordonnance et proviennent d'Inde ou de Chine. Par ailleurs, les villageois ont la possibilité de se soigner et de consommer des plantes médicinales qu'ils cueillent dans leur cour, aux abords du village ou dans la forêt avoisinante. Ils peuvent également les acheter sur le marché à Fénérive-Est où se trouve un stand de plantes médicinales.
- 14 Dans le village de Rantolava comme dans beaucoup de localités rurales malgaches, l'offre de soins se déploie entre des soins et thérapeutes conventionnels peu nombreux et rarement accessibles (dans le cas des villages dépourvus de dispensaire), des remèdes conventionnels peu diversifiés et en vente via le secteur informel, et des praticiens de médecine dite traditionnelle, plus nombreux et accessibles, avec une gamme de remèdes traditionnels à base de plantes connues et généralement financièrement abordables.

Représentations sociales des maladies et construction de l'étiologie

- 15 Qu'en est-il de la construction du choix du remède et du thérapeute lors d'un épisode de maladie ou de malheur ?
- 16 L'apparition d'une maladie peut être perçue comme un événement perturbant « l'ordre social » (Augé & Herzlich, 1984). Comme dans le cas de Lalaina, la construction du choix du soin et du remède dépend d'un certain nombre d'éléments : l'accessibilité (géographique et financière) tout d'abord, mais également et surtout le traitement recherché en fonction de la maladie. Le traitement jugé optimal pour le symptôme en question est choisi selon les représentations du malade et de son entourage. C'est dans

cette situation que se révèle et qu'entre en jeu ce que John M. Janzen (1995) nomme le « groupe organisateur de thérapie » : l'entourage du malade, sa famille, ses voisins, ses amis, toutes les personnes qui vont faire cohésion et qui décideront de la thérapie à suivre en fonction de l'interprétation qui sera donnée de la maladie. Ce groupe va classer la maladie perçue et les symptômes selon des catégories d'interprétation afin de les comprendre et de les traiter. La recherche de l'étiologie d'un symptôme est une démarche concomitante, sinon préalable à toute recherche de soin. Dans le cas de Lalaina, ses parents sont les premières personnes de référence constitutives de ce « groupe organisateur de thérapie ». Ensuite, sa cousine et d'autres personnes de l'entourage (tante, voisins, etc.) lui conseilleront et approuveront le fait qu'elle se rende chez la guérisseuse du village.

- 17 D'après les analyses des entretiens qualitatifs réalisés sur le terrain, deux catégories d'interprétation des symptômes, des maux et des malheurs semblent se dessiner : les maladies dites « naturelles » qui nécessitent l'intervention et/ou les remèdes de la biomédecine et les maladies dites « surnaturelles » qui nécessitent l'intervention et/ou les remèdes d'un guérisseur. Les éléments qui permettent l'établissement de ces catégories dichotomiques sont mouvants et évoluent en fonction des individus concernés et des situations, d'après les témoignages de mes interlocuteurs. Cette classification dichotomique des maux et des symptômes a été mise en exergue par plusieurs anthropologues, à Madagascar (Mestre, 1999 ; Rakotomalala, 2002 ; Lorre, 2006), en Afrique (Fainzang, 1984 ; Olivier de Sardan, 2013), à la Réunion (Benoist, 1993), en Guyane française (Taverne, 1989 ; Chapuis, 1996), mais également dans les pays du Nord, comme en Belgique (Schmitz, 2005).
- 18 Dans les représentations sociales de mes interlocuteurs villageois, les maladies dites « naturelles » (« aretina voajanahary », c'est-à-dire « maladie causée par Zanahary, celui qui a créé » ou « maladie dans l'ordre naturel des choses ») correspondraient aux maladies courantes, comme la toux, la fièvre, le paludisme, les diarrhées, les maux de tête ou encore la fatigue. Si la cause des symptômes de ces maladies est perçue comme « naturelle » (c'est-à-dire qu'ils ne procèdent pas de la volonté d'une tierce personne ni de l'action d'une entité surnaturelle), ils peuvent être traités avec la médecine conventionnelle, avec des médicaments allopathiques ou à l'hôpital. Les maladies qui relèvent de cette catégorie sont aussi appelées maladies vazaha (étrangères), en référence à la biomédecine, thérapeutique considérée comme étrangère, par opposition aux maladies gasy (malgaches).
- 19 Les maladies dites « surnaturelles » (« aretina tsy voajanahary », c'est-à-dire « maladie qui n'est pas dans l'ordre naturel des choses », également appelées maladies gasy) sont quant à elles attribuées à des facteurs extérieurs comme des mauvais esprits ou des mauvaises actions. Elles peuvent résulter de la sorcellerie, d'un sort ou d'une malédiction jetée par quelqu'un de malveillant sur sa victime, sa famille ou ses biens, ou encore être la conséquence d'un empoisonnement (mosavy). Elles peuvent être causées par des entités néfastes pour l'homme (tsiny¹², lôlo¹³, trombaratsy¹⁴) ou par la transgression d'un interdit (fady). La personne est alors punie par la maladie, par le malheur. Ces maladies dites surnaturelles se caractérisent par une altération subite de l'état de santé. Elles peuvent se manifester par des maux de ventre, des évanouissements, des gonflements ou se traduire par une difficulté à être enceinte ou par une succession de « malheurs » ou de « malchances » dans la vie (pertes répétées de ses cultures ou des bêtes de son élevage par exemple).

- 20 La catégorisation des représentations des maladies évoquée reste ici très dichotomique. Précisons que les types de maladies classés dans chaque catégorie peuvent varier d'un individu à un autre, d'une famille à une autre, ou pour un même individu selon le contexte et dans le temps. Un même symptôme pourra être expliqué de différentes façons, selon la construction des représentations, de leur expérience ou de l'avis du « groupe organisateur de thérapie ». Le recours à l'une et/ou l'autre thérapeutique, de façon exclusive, alternée ou simultanée, relève donc de plusieurs facteurs sociaux, culturels et sanitaires qui sont changeants et évolutifs.
- 21 Ces maladies « surnaturelles » nécessitent d'être prises en charge et traitées par la médecine traditionnelle malgache, et donc par les guérisseurs. Dans ce cas, la médecine occidentale n'a aucune efficacité et elle est même perçue comme néfaste voire mortelle (Didier, 2015). Certaines réponses thérapeutiques sont déconseillées voire prohibées selon l'étiologie des symptômes présentés : c'est le cas de l'injection d'un médicament (la « piqûre », fanindronana) qui, selon les villageois, est susceptible de provoquer la mort si elle est administrée à un individu victime d'empoisonnement. Cette issue fatale ne surgirait que dans les cas où le malade n'aurait pas consulté de guérisseur au préalable et n'aurait pas reçu d'antidote (fañafaña). Cette représentation semble être partagée par tous mes interlocuteurs, sans distinction de niveau d'éducation, de situation sociale ou de confession religieuse¹⁵. Si elle affirmait ne pas partager ces représentations, la sage-femme du CSB avouait cependant éviter de faire des piqûres à un malade suspectant un empoisonnement, pour ne pas prendre de risque. Elle expliquait n'avoir jamais fait l'expérience d'un décès causé par une injection, mais ne souhaitait pas vérifier la véracité de cet adage populaire car « sinon ça causerait des torts à ma profession ». L'infirmier retraité du village essayait quant à lui de deviner et d'anticiper les suspicions de mosavy afin de ne pas prescrire d'injection. Ces représentations relatives à la peur de l'administration de l'injection se retrouvent dans plusieurs pays et sociétés, et pour diverses affections : dans le sud-ouest de l'Inde, les injections en cas de grossesse sont supposées provoquer des avortements (Nichter & Nichter, 1996, cités dans Van der Geest & Whyte, 2003) ; au Burkina Faso, elles sont suspectées d'entraîner la mort en cas de jaunisse (Médah, 2006) ; et au Népal, les injections sont jugées particulièrement risquées si elles sont administrées à un malade souffrant d'une affection « causée par Jangali, la déesse de la forêt, sans avoir laissé en premier lieu un guérisseur traditionnel s'occuper de la situation » (Kristvik, 1999, cité dans Whyte et al., 2002).
- 22 Dans les discours des villageois malgaches, les injections sont perçues comme plus efficaces et plus dangereuses que les remèdes administrés sous forme de poudre ou de comprimés, peu importe leur composition (Didier, 2015). En cas de suspicion ou de diagnostic d'empoisonnement, les remèdes sous forme de comprimés sont cependant tolérés et ne représentent pas de menace pour le malade. Dans cette démonstration, c'est la galénique du remède et non sa nature ou sa composition qui conditionne son acceptation et sa consommation.
- 23 La catégorisation d'un symptôme relève également de perceptions et d'évaluations diverses et tacites. Dans le cas de Lalaina, à aucun moment de son parcours de soins une consultation en biomédecine, auprès d'un médecin ou d'un infirmier, n'est évoquée. Elle n'est pas jugée appropriée à son cas, un empoisonnement catégorisé parmi les « maladies qui ne sont pas l'ordre des choses » et qui relève donc de la médecine « gasy », traditionnelle. Une villageoise, pour expliquer l'évaluation qu'elle faisait de ses symptômes, déclarait : « si j'avais très mal à la tête, je ne crois pas que j'irais chez un

guérisseur. Ça n'est pas pour quelqu'un qui a mal à la tête. Mais quand c'est au ventre, les trucs inexplicables, les trucs au ventre, c'est mieux chez le guérisseur ». Mes interlocuteurs au village ont souvent mentionné le caractère « bizarre » et « inexplicable » des symptômes des maladies dites surnaturelles. Si un individu (le malade ou quelqu'un de son entourage) émet des doutes quant au caractère « naturel » de la maladie ou des symptômes constatés, s'il les qualifie de « bizarres » (hafahafa) ou de « non habituels ». Sa parole doit alors être prise au sérieux et des actions spécifiques sont mises en œuvre, notamment celle de « malgachiser » le traitement (Rakotomalala, 2002 : 43). Le seul fait d'évoquer oralement le doute ou le caractère « bizarre » du symptôme suffit à orienter sa prise en charge. C'est ce que constate également Jean-Pierre Olivier de Sardan lors d'une recherche réalisée au Niger : « En matière de maladie, toute nomination est non seulement un acte de langage performatif, qui fait exister ce qu'il nomme, c'est aussi un diagnostic (et donc potentiellement un schéma de traitement) » (Olivier de Sardan, 1994 : 19). Notons la similitude avec la prise en compte de la parole de « l'annonciateur » décrite par Jeanne Favret-Saada (1977) dans son étude sur la sorcellerie dans le bocage mayennais, parole qui est à l'origine du processus d'action. La parole conditionne et oriente éventuellement la marche à suivre pour le groupe et le malade. Il s'agit alors de suivre ce que cette parole induit, celle-ci pouvant jouer le rôle d'alerte, de mise en garde. Une fois le doute émis, on ne peut plus faire comme s'il n'existait pas ; il s'agit alors de ne pas prendre de risque. Le malade et sa famille doivent se tourner vers les guérisseurs et la médecine traditionnelle pour résoudre ainsi la problématique identifiée.

- 24 La réponse thérapeutique recherchée en cas de symptômes se construit donc sur un certain nombre d'éléments et de représentations qui constituent le modèle explicatif de la maladie. Le malade et son entourage prennent en compte l'accessibilité du soin, mais aussi et surtout les représentations de l'efficacité du traitement et sa concordance avec la nature et l'étiologie des symptômes constatés.

L'automédication et la construction du choix du remède

- 25 L'automédication se construit ainsi sur des observations, des évaluations et des connaissances partagées par les individus. L'apprentissage se fait au contact des parents, des membres de la famille ; les actions sont élaborées, testées, validées, puis répétées ou révisées. Elles sont également adaptées au cas par cas, en fonction des situations et des tentatives de diagnostics de l'origine des maux et des symptômes. Comme l'expliquait une de mes interlocutrices du village :

Il y a quand même des plantes médicinales qu'on connaît ou que tes parents connaissent et quand tu as la fièvre, tu bois ceci ou cela. Quand je sais que tel ou tel médicament est utilisé pour telle ou telle chose, je ne vais pas perdre mon temps et mon argent à aller chez le médecin. À part quand ce sont des choses graves, comme quand j'ai eu mon kyste ovarien...

- 26 L'évaluation de la gravité ou de la nature du ou des symptômes permet donc aux villageois de choisir le domaine de soins et le thérapeute vers lequel ils vont se diriger. En cas de suspicion d'empoisonnement, un individu peut avoir une idée précise de la nature

du remède à recevoir : un antidote (fañafaña) sous forme de tisane plutôt qu'une fumigation ou bien une apposition des mains plutôt qu'un comprimé. Cette évaluation de l'étiologie des symptômes et du domaine thérapeutique auquel ils appartiennent permet de définir le remède souhaitable, même s'il n'est pas connu en soi. Comme nous l'avons vu, c'est sa galénique (injection, comprimés, plantes brutes ou transformées, etc.) et la sphère de thérapeutiques (conventionnelles ou traditionnelles) dans laquelle il s'inscrit qui sont identifiées et choisies par le malade et son entourage.

- 27 Le choix de consulter un spécialiste, qu'il soit guérisseur ou médecin, implique une attente de la part du patient à recevoir un traitement, un remède spécifique, que ce soit des massages ou des remèdes à consommer. Ce choix ciblé et cette attente spécifique relèvent d'une démarche que je nomme « automédication différée » ou « automédication indirecte ». En effet, le remède est souvent une des finalités de la consultation. L'attente et la demande de l'ordonnance par le patient qui consulte un médecin ont été abordées plusieurs fois en anthropologie de la santé (Fainzang, 2001). L'idée générale, que l'on ne constate pas qu'à Madagascar, est que si on ne reçoit rien, c'est qu'on n'a pas été soigné. D'après les patients et les thérapeutes (médecins, guérisseurs, infirmiers) avec lesquels je me suis entretenue, lorsqu'une personne se rend en consultation à l'hôpital, elle s'attend à recevoir une ordonnance pour des médicaments conventionnels. À l'inverse, lorsqu'un malade consulte un guérisseur, il s'attend à repartir avec un traitement à base de plantes plutôt qu'avec une prescription de médicaments. Comme l'infirmier retraité de Rantolava le faisait remarquer, en dépit de ses connaissances botaniques et bien qu'il consomme lui-même des décoctions de plantes pour se soigner, il évite de convoquer ce genre de connaissances dans sa pratique de soins : « les gens ne croient pas aux plantes que je pourrais leur conseiller. S'ils viennent voir le "docteur", c'est pour avoir des cachets, dans leur tête, c'est leur représentation de ce que doit donner la médecine¹⁶ ». Il adapte donc ses prescriptions en fonction de son statut et de sa figure de soignant du domaine biomédical.
- 28 Il importe également que le remède prescrit par le thérapeute corresponde aux attentes du patient venu le consulter. Une épicière du village rapportait ainsi le cas d'un homme de passage dans le village, qui s'était coupé au bras. Après avoir consulté la sage-femme au dispensaire, il a acheté le remède prescrit à la pharmacie du CSB, dans le local attendant. Ce médicament n'était cependant pas celui que cet homme et sa famille avaient l'habitude de consommer pour soigner les plaies. Une fois sorti du CSB, il s'est rendu directement à la première épicerie, à deux cents mètres, pour y acheter des comprimés d'amoxicilline. L'épicière explique que c'est « parce qu'il avait l'habitude de prendre ça. [...] Ce qu'il a acheté à la pharmacie du CSB, il l'a laissé chez moi. Il n'a pas osé contredire la sage-femme devant elle, mais il a quand même acheté son médicament chez moi ». L'autorité médicale du praticien n'a pas suffi, dans ce cas-là, à convaincre l'homme de déroger à ses habitudes de soins. L'individu s'est procuré le remède espéré après une consultation qui n'avait pas répondu à ses attentes. Il a donc eu recours à une forme d'automédication différée, après avoir reçu un avis et une prescription de la sage-femme.
- 29 J'ai également pu m'entretenir avec des médecins travaillant dans les environs de la capitale, dont certains privilégiaient une écoute plus importante pour chaque patient et tentaient de diminuer la prescription de médicaments. Parmi eux, le Dr Haingo¹⁷ faisait l'effort de ne « pas toujours prescrire des médicaments » et adaptait ses conseils : « Suivant le cas de mes patients, il se pourrait que je leur conseille de se faire masser tout simplement et s'il n'y a pas d'évolution, je leur conseille les médicaments ». Elle

remarquait tout de même que les patients qui venaient consulter s'attendaient à se voir prescrire des médicaments. Envoyer le patient vers un autre praticien pouvait ne pas emporter son adhésion complète : « Il y a aussi des gens auxquels je conseille des massages mais ils ne veulent pas y adhérer ». « [À ceux] qui ne veulent strictement pas entendre parler du massage, je suis obligée de prescrire des médicaments » explique-t-elle. Cette soignante adapte elle aussi au mieux ses prescriptions pour optimiser leur acceptation et leur observance par ses patients.

- 30 Sylvie Fainzang définit l'automédication comme « l'acte, pour le sujet, de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet (dans une officine ou auprès d'une autre personne) » (Fainzang, 2012 : 3). Comme le rappelle Fainzang (2012 : 3), certains auteurs (Molina, 1988 ; Van der Geest et al., 1996) vont cependant jusqu'à soutenir que lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace, c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire et avec la caution du médecin. C'est précisément ce qui ressort des observations menées à Madagascar. Le choix du thérapeute à consulter est intrinsèquement lié au type de remède que le malade et son entourage ciblent, souhaitent et accepteront de recevoir. Pour Rossi, « chaque soignant, médecin ou non, est en effet porteur d'un cadre de référence propre, ce qui influence son rôle, sa gestion de la relation, ses attitudes thérapeutiques. Le patient quant à lui, à travers sa demande, met en scène ses connaissances, sa compréhension des différents savoirs médicaux, sa relation au corps, ainsi que sa perception de la maladie et de la façon de recouvrer la santé » (Rossi, 1994 : 55). L'orientation dans un type de consultation relève d'une forme d'« automédication différée » ou « d'automédication indirecte » obtenue par l'intermédiaire d'un spécialiste, qu'il officie dans le champ de la biomédecine ou de la médecine traditionnelle. Le malade ne peut pas, par exemple, s'auto-administrer un massage, repéré comme une réponse adéquate à son problème. Il identifiera donc le thérapeute qui pourra le lui faire.
- 31 La nature du remède n'est pas toujours connue et maîtrisée par les individus. Le champ des possibles dans lequel leur choix se construit est donc limité par le degré de connaissance du remède : le principe actif comme le nom de la plante peuvent ne pas être connus. Ces connaissances restent détenues par les individus faisant autorité dans ces systèmes. Le choix de l'individu et de son entourage peut néanmoins se construire dans des domaines de soins plus ou moins larges (biomédecine, médecine dite traditionnelle). Il dépendra d'éléments ayant trait à la galénique du remède, à sa forme, sa couleur, son nom ou son mode d'administration et de consommation. La manière dont un malade et son entourage anticipent la prescription d'un remède conditionne en effet son acceptation ainsi que la représentation de son efficacité.

Conclusion

- 32 Les différents exemples relevés principalement dans la localité de Rantolava à Madagascar montrent que la catégorisation des symptômes par le malade et son entourage conditionne la quête du traitement souhaité. Celui-ci est spécifique au champ de la biomédecine ou de la médecine dite traditionnelle auquel il se rattache. C'est donc en fonction du remède souhaité et attendu que se construit le choix du thérapeute à consulter, pour obtenir le remède en question via le praticien faisant autorité. Cette

construction du choix est soumise à divers critères : étiologie de la maladie, prise en compte, voire suivi obligatoire de l'avis du « groupe organisateur de thérapie », expérience vécue du malade, etc. Comme le remarque Ilario Rossi dans une recherche en anthropologie de la santé effectuée au Mexique : « par leurs trajectoires biographiques et dans les demandes thérapeutiques qu'ils adressent aux soignants, les patients mettent ainsi en œuvre leurs propres conceptions du sens et de l'efficacité des soins » (Rossi, 1997 : 150). La représentation de l'efficacité du remède se construit donc dans le choix qui est fait du thérapeute et de son domaine de soins.

- 33 Connaissant ainsi les offres disponibles et la nature des traitements dispensés dans chaque thérapeutique disponible, le malade se dirige donc vers l'une ou l'autre en fonction de ce qu'il souhaite recevoir et de l'efficacité attendue de tel ou tel traitement. Cette autonomie du malade et de son entourage dans le choix du remède conditionne l'adhésion aux soins et l'observance des prescriptions. Il semble judicieux de soumettre ce constat à l'épreuve d'autres contextes sociaux et économiques afin de comprendre et de mettre en perspective des problématiques telles que les résistances aux traitements, la démarche du « patient contemporain » devenu expert (Bureau & Hermann-Mesfen, 2014), ou encore les parcours de soins dans un contexte de pluralisme thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

AUGÉ M. et HERZLICH C. (dir.), 1984. *Le Sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives contemporaines.

BENOIST J., 1993. *Anthropologie médicale en société créole*. Paris, PUF.

BUREAU E. et HERMANN-MESFEN J., 2014. « Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire », *Anthropologie & Santé*, 8 [en ligne], <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/1342> (page consultée le 2 juin 2018).

CHAPUIS J., 1996. « L'identité dans le prisme de la maladie et des soins (Guyane) ». In BENOIST J. (dir.), *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*. Paris, Karthala : 35-71.

DIDIER P., 2015. *Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : entre décisions internationales et applications locales*. Thèse de doctorat en anthropologie sociale-ethnologie, Université de Bordeaux.

FAINZANG S., 1984. « Le Regard du serpent. Réflexions sur la théorie de la contamination chez les Bisa de Haute-Volta ». *L'Homme*, 24 : 83-89.

FAINZANG S., 2001. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, PUF.

FAINZANG S., 2012. *L'Automédication ou les mirages de l'autonomie*. Paris, PUF.

FAVRET-SAADA J., 1977. *Les Mots, la mort, les sorts*. Paris, Gallimard.

JANZEN J. M., 1995. *La Quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala.

KRISTVIK H., 1999. *Drums and Syringes : Patients and Healers in Combat against TB Bacilli and Hungry Ghosts in the Hills of Nepal*, Kathmandu, EMR.

- LORRE I., 2006. *Un regard sur l'évolution de la médecine traditionnelle malgache*. Nancy, Université Henri Poincaré-Faculté de pharmacie.
- MANGALAZA E. R., 1998. *Vie et mort chez les Betsimisaraka de Madagascar : essai d'anthropologie philosophique*. Paris, L'Harmattan.
- MÉDAH R., 2006. « Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) », *Etude Récit, Laboratoire Citoyennetés*, 11 : 1-22.
- MESTRE C., 1999. *Un hôpital à Madagascar. Analyse anthropologique de la confrontation des pouvoirs, des savoirs et des représentations à l'hôpital de Toamasina*. Thèse d'État, Université de Bordeaux Ségalen.
- MOLINA N., 1988. *L'automédication*, Paris, PUF.
- NICHTER M. & M. NICHTER, 1996. *Anthropology and International Health : Asian Case Studies*. Amsterdam, Gordon and Breach.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1994. « La logique de la nomination. Représentations fluides et prosaïques de deux maladies au Niger », *Sciences sociales et santé*, 12, 3 : 15-45.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995. « La politique du terrain », *Enquête*, 1 : 71-109.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2013. « Interdisciplinarité et renouvellement de l'anthropologie africaniste : L'exemple de l'anthropologie médicale », *Anthropologie et Sociétés*, 37, 1 : 23-43.
- RAKOTOMALALA M., 1990. *Une expérience pluridimensionnelle : la maladie chez les Vonizongo du sud-est (Madagascar)*. Thèse de doctorat, EHESS.
- RAKOTOMALALA M., 2002. « Transformations du politique et pluralité thérapeutique », *Journal des anthropologues*, 88-89 : 41-52.
- RAKOTOMALALA M., BLANCHY S. et RAISON-JOURDE F., 2001. *Usages sociaux du religieux sur les Hautes-Terres malgaches : les ancêtres au quotidien*. Paris, L'Harmattan.
- ROSSI I., 1994. « Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie : une diagonale anthropologique », *Ethnologica Helvetica*, 17/18 : 47-64.
- ROSSI I., 1997. *Corps et chamanisme*. Paris, Armand Colin.
- SCHMITZ O., 2005. « Des fleurs pour soigner les affects. L'usage des remèdes du Dr Bach par les guérisseurs syncrétiques ». In PORDIÉ L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines : traditions médicales et développement sanitaire*. Paris, Karthala : 307-332.
- TAVERNE B., 1989. « Quelques observations à propos de la médecine créole haïtienne en Guyane française », *Ecologie humaine*, 7, 1 : 7-19.
- VAN DER GEEST S. et WHYTE R. S., 2003. « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2 : 97-117.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. & HARDON A., 1996, "The Anthropology of Pharmaceuticals: a biographical approach", *Annual Review of Anthropology*, 25 : 153-178.
- WHYTE R. S., VAN DER GEEST S. et HARDON A., 2002. *Social Lives of Medicine*. New York, Cambridge University Press.

NOTES

1. Cérémonie « d'accompagnement » et de remerciements aux ancêtres, caractéristique de la localité *betsimisaraka*, sur la côte est de Madagascar. Elle peut être comprise comme de « secondes funérailles » ou comme un « rite de la réconciliation et de la rencontre » (Mangalaza, 1998 : 245) entre un ancêtre honoré lors de cette cérémonie et les descendants directs de son lignage.
2. Antibiotique et antiparasitaire utilisé dans le traitement des infections et des colites.
3. Les massages sont administrés pour les cas de foulures, de fractures, de mal de dos mais également pour les problèmes d'estomac, d'intestins, de foie, les rhumatismes, la goutte, les problèmes respiratoires, pour favoriser la fertilité féminine et pour connaître la position du fœtus dans le ventre.
4. Fréquemment consommé en décoction contre les maux de ventre et les diarrhées.
5. D'après mes interlocuteurs, le « poison » peut se présenter sous la forme d'une plante toxique ou d'un produit nuisible, bien qu'aucun n'ait pu me décrire exactement ce dont il aurait pu s'agir, par manque de connaissance à ce sujet ou par peur d'être associé à ce genre de savoirs « néfastes ».
6. Cette recherche de terrain a été menée à la suite d'une enquête de six mois, entreprise avec une association française d'ethnopharmacologie (AVERTEM), sur les connaissances et usages des plantes médicinales dans la forêt de Tampolo, aux abords du village de Rantolava où je suis ensuite retournée seule. Le choix du village s'est donc fait selon des critères de taille et d'offres de soin (c'était un des seuls villages à une trentaine de kilomètres à la ronde à posséder un dispensaire). J'avais déjà croisé mes hôtes lors d'enquêtes ethnobotaniques réalisées auparavant.
7. J'ai été accueillie, selon les années, dans la famille du catéchiste et dans celle du chef du village (deux familles jouissant d'un statut social, religieux et politique élevé dans le village et apte à recevoir une étrangère). Lalaina est la cousine des enfants du catéchiste. Son histoire fait partie d'un recueil d'épisodes de maladie et de parcours de soins que j'ai entrepris auprès des villageois. L'étude proposée ici s'inscrit dans la démonstration initiée dans la thèse et se base entièrement sur l'analyse des matériaux recueillis pour ma recherche doctorale.
8. Le CSB de niveau I ne dispose pas de médecin, mais seulement d'une sage-femme ou d'un infirmier, et de peu de matériel (un tensiomètre principalement).
9. Accouchements qui ne présentent pas de complications apparentes.
10. 5 000 Ar (environ 1,45 euros) représentent l'équivalent d'un salaire journalier pour un travail aux champs.
11. Notamment Marie Stopes, une ONG internationale qui travaille sur la santé sexuelle et reproductive.
12. Esprits de la terre pouvant infliger un blâme par suite d'une mauvaise action.
13. Mauvais esprit résidant dans l'eau (terme également utilisé pour désigner les papillons).
14. Littéralement « mauvais esprit ».
15. Dans ce village de la côte est, et comme dans la plupart des régions à Madagascar, la religion catholique est majoritaire. Elle est suivie par les adeptes de l'église protestante FJKM (*Fiangonan'i Jesoa Kristy Eto Madagasikara*, littéralement l'église de Jésus-Christ de Madagascar). La côte nord du pays compte plus de musulmans que les autres régions. De nombreuses « nouvelles églises » évangéliques et pentecôtistes fleurissent ces dernières années un peu partout. Enfin, une bonne partie des habitants du village se définit comme *jentelisa* (« qui ne croit pas ») et se déclarent ou sont déclarés « sans religion ». L'absence de pratique religieuse semble être fortement liée à la pratique des *fomba* traditionnels, des rites faisant intervenir les ancêtres (*razaña*). Cette catégorie est souvent appelée « religion ancestrale », « culte aux esprits de la nature » ou encore « culte aux bouts de bois » (en référence aux *tapakazo*, les plantes médicinales) (Rakotomalala *et al.*,

2001 : 41). Les croyants chrétiens notamment ont tendance à qualifier de païennes ces pratiques différentes des leurs.

16. À Madagascar, l'emploi du titre « docteur » s'applique à toute personne pratiquant des soins de biomédecine (sage-femme, infirmier, aide-soignant ou médecin). L'appellation ainsi que les compétences qui y sont associées semblent également s'étendre, d'après mes observations sur le terrain et les témoignages de mes interlocuteurs, aux membres de la famille du « docteur » en question (femme, enfants, cousins, etc.), que cette personne exerce ou non un métier en rapport avec la santé.

17. Les individus rencontrés sont systématiquement anonymisés. Les noms sont donc fictifs.

RÉSUMÉS

À Madagascar, les pratiques de soins traditionnelles côtoient celles de la biomédecine et sont encore largement utilisées pour des raisons d'ordre économique et géographique, mais également politique, social, culturel, voire religieux. 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. Cet article examine les éléments ethnographiques recueillis lors d'enquêtes réalisées à Madagascar, dans un village de la région Analanjirofo (côte est). Il présente l'offre de soins disponible pour les villageois et le pluralisme thérapeutique à l'œuvre dans leur quête de soins. Le choix du remède et du thérapeute s'opère selon le type de traitement recherché et le modèle étiologique supposé des symptômes ou de la maladie (dite « naturelle » ou « surnaturelle »). L'expérience vécue du malade, l'avis du « groupe organisateur de thérapie » ainsi que les représentations de l'efficacité des remèdes sont autant d'éléments qui entrent en jeu dans le choix du traitement et la façon de le consommer (en automédication ou chez le thérapeute). La recherche de soins, de remèdes et de thérapeutes peut ainsi être analysée comme une forme « d'automédication différée ».

In Madagascar, traditional medicine practices occur alongside biomedicine practices and are still widely used not only for economic and geographic, but also for political, social, cultural and religious reasons. Individuals consume medicinal plants as well as allopathic medicines, by themselves, on a doctor or medical staff's prescription or on healers' advice. The ethnographic elements examined in this article were collected during surveys conducted in Madagascar, in a village of the Analanjirofo region (east coast). This article develops the varieties of health care available for villagers and the therapeutic pluralism at hand in their search for treatment and care. The care choice is built on the kind of treatment desired but also on the supposed etiological model of symptoms or illness ("natural" or "supernatural"). The experience of the patient, the advice given by the "therapy management group" as well as the representations of the remedies' effectiveness are elements that impact choice for treatment and consumption (in self-medication or at a therapist's). The search for care, remedies and therapists is here analyzed as a form of "delayed self-medication".

INDEX

Mots-clés : anthropologie de la santé, Madagascar, automédication différée, quête de soins, pluralisme thérapeutique

Keywords : anthropology of health, Madagascar, delayed self-medication, search for care, therapeutic pluralism

AUTEUR

PIERRINE DIDIER

Docteure en anthropologie, Laboratoire Passages CNRS - UMR 5319, Université de Bordeaux,
Maison des Suds, 12 Esplanade des Antilles, 33607 Pessac Cedex (France),
pierrine.didier@gmail.com