

## Influence de la culture à Madagascar sur la relation de soins avec les personnes vulnérables

Alain HENRY

avec la contribution de Dr Fanou ANDRIAMALANAHARY

Ce texte présente les résultats d'une recherche sur l'influence de la culture sur la relation de soins, à Madagascar, en incluant la question de la lutte contre la tuberculose. Elle a été organisée et financée par l'ONG ATIA, avec l'appui sur place des ONG Koloiana et Inter Aide, et du projet Raitra-TB<sup>1</sup>.

Bien que la tuberculose puisse être guérie par un traitement pris quotidiennement durant six mois, elle demeure la première cause de mortalité à Madagascar, bien avant les autres pandémies, et malgré la politique gouvernementale de gratuité des soins, soutenue par l'OMS et des bailleurs de fonds<sup>2</sup>. Dans les villes, le pourcentage de malades soignés est plus élevé qu'à la campagne, mais il y a encore de nombreuses personnes réticentes à se faire dépister et soigner. Certains patients – appelés « perdus de vue » – abandonnent en cours de traitement. Les raisons pour lesquelles les gens échappent au système de santé sont variées. Elles incluent des motifs d'ordre économique, social ou culturel. Elles expliquent le maintien d'une mortalité élevée et de la propagation de la maladie.

Nous nous intéressons ici à la manière dont le contexte social et culturel influence la relation entre les médecins et les patients pauvres, afin d'adapter les procédures de projet à ce contexte et d'en améliorer l'efficacité. Bien que les relations interculturelles entre Malgaches et expatriés n'aient pas été visées, une compréhension nouvelle du cadre culturel ouvre des pistes qui peuvent y aider.

Nous adoptons dans cette étude une conception renouvelée de la « culture »<sup>3</sup>. Ce mot désigne en général la manière spécifique et stable dans le temps dont les membres d'une aire sociale conçoivent la vie en société. Un premier paradoxe est que la culture a une influence manifeste sur la vie collective à Madagascar ; elle occupe une place considérable dans les discussions... et pourtant, elle ne fait l'objet que de rares études concrètes (voir bibliographie Annexe 2). En effet le terme de « culture » est la source de nombreuses confusions. Il faut donc commencer par écarter des malentendus courants. Dans le langage usuel il renvoie à un ensemble quasi infini, d'habitudes, d'usages, de valeurs, de normes, de techniques et de créations artistiques, culinaires, etc. qui ne sont pas au centre de notre propos. Nous ne cherchons pas non plus à repérer des « valeurs malgaches » (ou supposées telles), pas plus que les marqueurs d'une « identité » ni des « traditions ». Nous nous intéressons à *des repères spécifiques à partir desquels les membres d'une société donnent sens aux rapports sociaux*. En pratique, notre démarche consiste à dégager des « catégories » à partir desquelles – au-delà de ce qui les différencie ou les oppose entre « ethnies », castes, niveau social, religions, etc. – *les Malgaches interprètent leurs relations*. Par delà ces catégories interprétatives, nous chercherons à repérer *la figure d'un « péril » et d'un « salut »* qui les sous-tend et leur donne leur force<sup>4</sup>. Cette approche culturelle

---

<sup>1</sup> Je remercie particulièrement les responsables d'ATIA qui ont initié et apporté leur soutien à ce travail, ainsi que l'équipe d'enquêteurs qui a fait un énorme travail de terrain (voir remerciements Annexe 1). L'étude s'intègre dans le suivi d'un projet de l'ONG Koloiana (financé par l'AFD).

<sup>2</sup> L'OMS estime à 40% le nombre de malades non traités, mais ce chiffre très bas est surtout dû à un manque d'infrastructures en zone rurale. On ne dispose pas des mesures spécifiques pour les villes.

<sup>3</sup> Ph. d'Iribarne, J-P. Segal, S. Chevrier, A. Henry, G. Tréguer-Felten, *Cross-cultural Management Revisited, a qualitative approach*, Oxford University Press, 2020 (édit. française, Presses des Mines, 2022). Notre méthode a été appliquée dans une quarantaine de pays dont la France, les USA, la Polynésie, le Cameroun, etc. Ses principes et ses résultats sont développés dans cet ouvrage. Nous en donnons un aperçu en Annexe 1.

<sup>4</sup> Ph. d'Iribarne et al., *Cross-cultural Management Revisited, Op. cit.* Notre approche est *comparative*, par référence à d'autres grandes aires culturelles, souvent à l'échelle d'un pays. Concernant l'hypothèse d'un univers culturel commun à la Grande Île, nous nous accordons avec de nombreux auteurs. Voir Annexe 1.

n'implique aucun déterminisme : en effet les représentations sociales ne présupposent pas que la réalité soit conforme aux images qu'elles mettent en avant.

Notre enquête s'est concentrée sur l'accès aux soins des personnes vulnérables dans des quartiers urbains pauvres d'Antananarivo et Majunga. Nous ne reprenons ici qu'une petite partie des données de l'enquête. Nos matériaux ne permettent pas de distinguer des différences liées au genre ou aux classes d'âges. Nous nous sommes davantage intéressés à ce qu'ils ont en commun. Nous évoquerons toutefois des différences liées au genre. Nous verrons que la permanence de certains marqueurs s'étend parfois sur plusieurs générations. C'est d'ailleurs à partir de ceux-ci que s'élaborent les changements au fil des générations. Au-delà de cette enquête particulière, nous verrons que les résultats présentés ont une portée opérationnelle assez générale au niveau du pays<sup>5</sup>.

L'auteur s'excuse par avance auprès du lecteur pour les interprétations qui pourront paraître trop tranchées ou erronées. C'est à tâtons que l'on entre dans un imaginaire culturel qui n'est pas le sien. L'analyse ne peut rendre compte de toutes les situations sociales et de leur complexité. Certaines propositions pourront sembler trop évidentes ou inversement peu réalistes. Elles ont surtout pour objectif d'inciter les partenaires des projets à une réflexion. Nous espérons qu'elles aideront les uns à prendre du recul par rapport à une réalité qui leur semble si naturelle qu'ils ne songent pas à la disséquer ; les autres à comprendre des comportements qu'ils constatent, mais auxquels ils ont du mal à donner un sens ; tous ensemble, à voir des ressources culturelles qui peuvent aider à améliorer l'efficacité des projets Koloiana et Raitra-TB.

Les analyses qui suivent sont illustrées par de nombreuses citations tirées des entretiens. Celles-ci ne visent pas à servir de preuves ni d'opinions représentatives. Elles ont pour but d'aider le lecteur à entrer dans les logiques d'un imaginaire culturel. Elles illustrent les manières dont les membres d'une culture – au-delà de ce qui les différencie – se représentent les situations sociales et leur donnent sens. La culture met en jeu des sentiments très forts et profonds, susceptibles de susciter des réactions passionnelles devant des manières d'agir qui sont jugées inappropriées. Une meilleure connaissance d'un univers culturel permet d'éclairer des manières plus efficaces localement de travailler ensemble, ainsi que les relations interculturelles entre partenaires étrangers.

Dans une première partie, nous situons les principales difficultés qui font que les personnes pauvres craignent de consulter. Puis nous verrons les principaux repères d'un cadre culturel malgache (2<sup>ème</sup> partie) et quelques-unes de ses conséquences (3<sup>ème</sup> partie). Enfin dans une dernière partie, nous proposerons des pistes opérationnelles (4<sup>ème</sup> partie).

## 1. Premières observations sociologiques

De multiples raisons poussent les patients à préférer l'automédication (« faire le médecin soi-même ») ou à voir un guérisseur traditionnel. Les plus importantes sont le coût des soins et la peur d'être mal accueilli (cités ensemble), les problèmes d'organisation et de manque de médicaments, la crainte plus globale de la relation avec le médecin et, pour la tuberculose, la honte qui entoure la maladie.

La question de l'argent et de la crainte de devoir payer apparaît comme "la" première raison de ne pas consulter. « L'argent est primordial, le manque d'argent », dit une animatrice. De nombreuses familles pauvres ont de plus en plus de mal à pouvoir se nourrir, ce qui ne leur laisse pas de temps non plus pour voir un médecin. « Ils ont beaucoup de problèmes... dit une animatrice. Pas... pas seulement la tuberculose mais beaucoup ! » Certains médecins par compassion reçoivent gratuitement des patients plus pauvres mais cette solution n'est pas généralisable. Notre étude n'a pas pour objet de

---

<sup>5</sup> L'étude a porté, à Antananarivo, sur les quartiers Andavamamba, Anatihazo Isotry, Ankasina, Tsaramasay, et à Majunga, sur Mahabibo et Tsararano. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés en juillet 2022 auprès de 39 personnes (14 hommes, 25 femmes), donnant lieu à environ 390 pages d'entretiens retranscrits. L'analyse initiale a fait l'objet d'un "rapport de terrain" de 85 pages.

traiter de la situation économique ; ni d'éclairer la question de la « petite corruption » qui voisine parfois avec la pratique des *kadoa*. Il convient toutefois de souligner l'application effective de la gratuité des soins dans la lutte contre la tuberculose. On voit aussi que les mutuelles sociales (comme AFAFI) sont un vrai progrès pour leurs bénéficiaires. Un point singulier toutefois mérite l'attention : la peur d'être mal accueilli est constamment citée, en même temps et à égalité avec l'argent. « Pour moi, dit un infirmier, il n'y a que deux raisons : la première est les frais médicaux qui sont élevés et la deuxième qui est le plus important, la façon dont le personnel de la santé accueille les patients. » Si dans (plus ou moins) toutes les cultures, la qualité de la relation de soins est primordiale<sup>6</sup>, elle prend ici une tournure extrême. Il est sans cesse question de ce que l'on veut être reçu par un médecin « gentil », « avec le sourire », qui parle avec « simplicité », qui « prend le temps d'expliquer » ; à l'inverse, on a « peur » du médecin « méchant », « sévère », qui « gronde », ou qui « écrit vite sans interroger ». Une personne cite le cas d'un patient qui a quitté la salle d'attente en entendant critiquer le médecin. Une jeune femme dit qu'elle « prie » pour être bien accueillie. « Les malades, dit une sage-femme, pensent qu'au centre de santé, on va les crier dessus ou on ne va pas bien les accueillir. »

Au-delà de ces deux raisons, on trouve de multiples craintes : devoir « attendre longtemps », les « ruptures de médicaments », « ne pas être écouté », « les injections », « être en tort devant sa maladie », « ne pas avoir d'explications », etc. On constate que les patients ne mettent jamais en cause la « compétence » des médecins. Si les examens corporels souvent ne sont pas pratiqués, les malades comprennent que le médecin n'a guère le temps en raison de la surcharge des salles d'attente. Ils ont plus tendance à douter de « l'efficacité » et du coût des traitements. Au-delà, il en ressort surtout une communication difficile avec le médecin, et pour les plus vulnérables la peur « d'oser l'affronter ». De leur côté, les médecins ont aussi de la peine à gérer une population parfois « impolie », qui « ne répond pas » aux questions, et qui manque d'hygiène et de propreté, sans pouvoir vraiment y remédier.

Autre constat, *la personnalisation des relations est au centre du lien social* : le fait de passer par « une personne que l'on connaît » – la tante de l'ami du mari, un membre de la même chorale, etc. – apparaît comme une solution souveraine à (presque) toutes les craintes. « Si vous connaissez un médecin, dit l'un d'eux, il suffit de passer un coup de fil : "Docteur ! Nous sommes aux urgences, est-ce que vous pouvez passer ou est-ce que vous pouvez passer votre coup de fil (pour dire) que nous sommes votre famille". Et ça va tout changer ! » Cette solution, si elle est efficace, présente deux inconvénients : elle n'est pas applicable pour tous, ni à chaque fois ; elle ouvre la porte aux passe-droits et à la corruption (en payant un agent pour qu'il vous fasse passer auprès du médecin comme « un membre de sa famille »).

On sait que les guérisseurs traditionnels (mpitaiza)<sup>7</sup> sont consultés en raison des croyances traditionnelles : les empoisonnements (*voankanina*), les sorts (*mosavy*), le retour des choses (*tody*), les tisanes traditionnelles (*tambavy*), etc. Mais les raisons de les consulter incluent aussi leur faible coût, leur proximité de quartier (« des personnes que l'on connaît ») et la pression des ascendants. « Chez le tradipraticien, dit l'infirmier déjà cité, le malade se sent comme s'il est avec un ami, il n'hésite pas à raconter tous ses problèmes. » On peut les considérer comme une concurrence, qui n'exclut pas le recours à la médecine moderne. En effet, contrairement à ce que suppose une vision occidentale, les deux médecines ne s'opposent pas toujours dans l'esprit des patients. L'existence d'une cause physique scientifique (visible) n'empêche pas d'y voir une cause occulte dans le monde de l'invisible.

<sup>6</sup> M-O. Chandesris, L. Mühle Thaller, « La relation de soins, une relation de confiance qui se nourrit du soupçon ». <https://www.ehess.fr/fr/carnet/connaître-lère-soupçon/relation-soins-relation-confiance-qui-se-nourrit-soupçon>, consulté le 21/01/2023. L'article fait écho à des arguments entendus à Madagascar. Mais on ne peut parler d'une attente universelle (en Chine actuellement les consultations ressemblent plus à du *speed dating*).

<sup>7</sup> L'analyse des pratiques traditionnelles sort du cadre de cette étude. Très schématiquement, elles admettent l'idée de l'action des forces invisibles à la suite d'une mauvaise action ou bien de représailles envoyées par un ennemi.

En pratique, la fréquentation des tradipraticiens retarde plus qu'elle n'exclut une consultation conventionnelle, ce qui entraîne quand même des conséquences vitales et épidémiologiques.

Un obstacle majeur concerne enfin le secret qui entoure la tuberculose. « On dit à chaque fois que c'est la maladie de la honte » (Médecin). La raison régulièrement citée est son image de « maladie des pauvres ». Une peur profonde d'être « stigmatisé » fait reculer devant le fait de se faire tester, quitte à risquer de contaminer son entourage. Les animatrices sociales apportent une première solution par leur capacité à pré-détecter les malades et à les sensibiliser avec leur famille à la gratuité et à l'efficacité du traitement s'il est pris assez tôt.

Ces premiers constats confirment l'intérêt des actions menées par l'ONG Koloiana et par le projet Raitra-TB<sup>8</sup>, qui servent à faire « le pont entre les communautés défavorisées et les structures de soins ». Les animatrices sociales créent « un lien » personnalisé qui permet de « rassurer » et d'accompagner les patients, ainsi que leurs familles (dont le rôle est déterminant). Leur rôle paraît d'autant plus décisif qu'une des grandes difficultés est d'arriver à « convaincre » les personnes.

Ces observations mettent l'accent sur l'importance des relations et sur leur personnalisation. Ils n'en démontrent que plus encore l'enjeu de la relation inquiète entre les patients et les médecins qu'une lecture culturelle doit éclairer. Comment comprendre par exemple que, alors que tous – patients, personnels de santé, médecins – s'accordent sur « la priorité d'un bon accueil », la réalité ne s'ajuste pas à cette attente ? D'où vient le halo de crainte qui entoure la relation au médecin ? D'où vient la nécessité de devoir convaincre les patients ? Et de façon générale, comment comprendre l'influence des spécificités culturelles dans les relations de soins.

## 2. Une société régie par une politesse de bonne entente

Les étrangers qui viennent à Madagascar sont frappés par « la gentillesse, la patience, la tolérance et l'hospitalité » de ce peuple. Mais tandis que ce constat reflète une expérience réelle, nous allons voir que ces « qualités » ne résultent pas de « valeurs morales », ni d'un « trait psychologique ». Ces « qualités » tiennent à une exigence de politesse qui règle avec rigueur les rapports sociaux.

### 2.1 La politesse de gentillesse

L'idée d'un « bon accueil » est associée ici à tout un ensemble de comportements : « sourire », « bien discuter », « être simple », « être agréable », « donner la parole », « poser des questions », « parler calmement », « être ponctuel », « ne pas être pressé », « ne pas gronder », « bien expliquer », etc. Au-delà d'une liste de « bons » comportements, il s'agit d'une exigence globale : « La façon de dire, dit un médecin, (...) la façon de parler, le non-verbal, la manière de regarder, tout ça ! Ça joue un rôle important dans la relation. » Le médecin doit « faire sentir qu'il est accueillant ».

La vie sociale est marquée par de nombreuses formes de civilité. Lors des entretiens, nous sommes accueillis avec beaucoup d'amabilités : « chers enquêteurs... », « je tiens à vous remercier pour être venus enquêter », « Je suis ravie de vous accueillir... », etc. Des égards que l'on attend aussi des médecins : « Dès que vous rentrez, dit une patiente, il demande : "Comment allez-vous ? Qu'est ce qui ne vas pas ? Comme-ci, comme ça..." ». Ou, selon une autre, « il discute ouvertement : "Que puis-je faire pour vous ? Qu'est-ce que vous avez ?" ». Un proverbe dit que « Ne pas saluer, c'est comme être en colère ». Une jeune femme voulant montrer le bon déroulement de son accouchement met en scène une succession de politesses, depuis son arrivée – « Madame Julie est-ce que vous êtes prête à être opérée ? » – jusqu'à la naissance – « Regardez, regardez votre enfant Madame Julie ».

La politesse se caractérise en particulier par la « gentillesse » : « Elle était très gentille, elle... a bien accueilli », dit une patiente. Les deux mots sont synonymes. De même que leurs opposés : « Les gens

<sup>8</sup> Le projet Raitra-TB a débuté en octobre 2021. ATIA a déjà l'expérience d'un programme similaire en Inde.

là-bas sont très méchants, les gens là-bas ne savent pas accueillir. » Les médecins qui râlent sur les patients suscitent beaucoup d'inquiétude. « Le caractère que je n'aime pas, explique une patiente, (...) généralement, le médecin sévère... qui hurle tout le temps... et c'est ça... l'arrogance en fait. » Celui qui dit des « mots blessants », qui « gronde », qui « râle », qui « crie », qui est « très pressé », qui « n'explique pas » est qualifié d'« arrogant », de « hautain » ou de « méchant ».

La gentillesse s'exprime en premier lieu par une étiquette qui encadre la façon de parler. On doit s'exprimer avec prudence et modestie. Les personnes interrogées – notamment les médecins – soulignent le caractère limité de leur avis : « c'est juste mon avis », « moi, je trouve », « d'après mes observations... », « c'est mon avis personnel », etc. « Ce n'est pas trop mon avis qui va changer euhh... l'interprétation concernant ce sujet, dit un médecin. » On ne doit pas parler avec certitude : « Peut-être que c'est comme cela mais je ne sais pas ! » dit un autre. On montre une certaine « humilité ». Les propos sont émaillés d'hésitations et de précautions de langage : « Comment on va dire ça », « c'est un peu... comment dirais-je ». « C'est... peut-être... c'est trop méchant (de dire cela), dit un médecin, mais c'est... le terme, je ne sais pas comment l'expliquer. » On fait aussi un usage abondant de locutions d'atténuation : « peut-être », « parfois », « il semble que », « pas trop », « un peu » (comme par exemple dans « je ne comprends pas un peu... » ou « je m'excuse un peu »)<sup>9</sup>. “*Ny teny toy ny atody, raha foy manana elatra'*” (« Les mots sont comme les œufs, une fois éclos, ils ont des ailes »). On doit parler avec modération et douceur.

Nos interlocuteurs cherchent sans cesse à nuancer et à atténuer leurs propos. Une affirmation trop entière est immédiatement contrebalancée : « d'habitude... c'est pas d'habitude... mais la plupart des cas » ; « parfois mais pas à chaque fois » (une litote pour dire « très souvent » ?). Les critiques sont neutralisées par un complément positif : « j'ai déjà tout dit, les médecins qui sont sévères mais d'autres sont tous gentils. » “*Ny vava tsy ambina no ahitan-doza'*” (« la bouche que l'on ne surveille pas, amène le malheur »). « Dire en face toute la vérité, souligne Rémy Ralibera, qu'elle soit agréable ou désagréable, peut indisposer le voisin, et donc compromettre la douceur des bonnes relations. Ne disons donc que ce qui sûrement plaît à l'autre ; quant au reste, il le devinera. »<sup>10</sup> Même une affirmation positive fait problème par l'image négative qu'elle induit. Un patient qui loue son médecin avec enthousiasme – « l'accueil tout d'abord est bon (...) et je vais dire directement qu'il est très compétent » – corrige aussitôt : « cela ne veut pas dire que certaines personnes ne sont pas compétentes, (...) c'est que nous sommes habitués (à lui), mais ils sont tous compétents. »

Il est particulièrement difficile de critiquer ses pairs. Un médecin, interrogé sur la raison pour laquelle ses confrères exagèrent la contagiosité de la tuberculose, se retranche derrière le fait que l'on ne peut pas juger les raisons de chacun : « Je ne sais pas ! C'est difficile de juger les gens hein. (...) C'est peut-être assez difficile d'entrer dans la tête de... » Une réponse critique apparaîtrait non pas comme la recherche d'une vérité objective mais comme un manque de respect. De manière générale, toute allusion critique prend le sens de la suspicion.

*La bienséance et la gentillesse – c'est la même chose – poussent à dire à autrui ce que l'on pense qu'il lui est agréable d'entendre.* Lors des entretiens, tous les patients ont commencé par nous répondre que « tous les médecins » sont « gentils », « tous bons », « tous merveilleux », « tous très accueillants », etc. Puis, au fur et à mesure que nos interlocuteurs comprennent notre objectif, les déclarations se font progressivement plus critiques. On passe ainsi, pour une patiente, de « tous les docteurs que j'ai visités jusqu'ici, (...) ils sont tous gentils », à « il y en a qui sont très sévères », pour finir par « les grondements, c'est ce que je vois beaucoup, oui ». « Le souci de la “bonne relation”,

<sup>9</sup> La locution « un peu » (*kely*) est présente dans plus des deux-tiers des entretiens (en français et en malgache). Il ne s'agit pas d'un tic ni d'une mode. Ces atténuateurs sont déjà cités par Dahl. La liste qu'il donne est en partie la même que celle que nous avons relevée. Elle a pu évoluer avec le temps. O. Dahl, *Signes et significations à Madagascar, Opus cité*. p.252.

<sup>10</sup> Rémy Ralibera s.j., *Vazaha et Malgaches en dialogue*, Impr. Catholique, Fianarantsoa, 1966, p. 21.

explique Dahl, pousse les gens à donner une réponse agréable et plaisante à une question quand une réponse littérale et factuelle serait désagréable et embarrassante. »<sup>11</sup> “*Teny malemy mahamora fihavanana*” (Les mots doux rendent les relations faciles). « La douceur, dit Jean Paulhan, évoque dans l’esprit des Merinas l’idée d’un homme bon et poli. »<sup>12</sup> « J’aurais volontiers défini les Malgaches, dit-il ailleurs, par leur subtilité d’esprit, la douceur et la liberté de leurs mœurs, et leur morale faite principalement de prévenance et de politesse. »<sup>13</sup>

Au-delà du langage, la vie sociale est encadrée par un réseau d’interdits (*fady*), d’obligations (*didy*), de choses à-faire ou à-ne-pas-faire, qui forment un code de bienséance (*fahalalam-pomba*). Une étiquette stricte, parfois spécifique à une ethnie ou une famille, encadre la manière de parler, mais aussi les comportements, la nourriture, la vie familiale, l’organisation de la maison, etc.<sup>14</sup> Selon Paulhan, la justice elle-même « est une manière de politesse ».

L’étiquette tend à exprimer la bonne entente. Le mot *fihavanana*, difficile à traduire, est invoqué notamment pour faire taire les conflits. Selon Dahl, il signifie « bonne relation courtoise »<sup>15</sup>. On dit parfois<sup>16</sup> : « il y a tellement de haine entre nous que s’il n’y avait pas le *fihavanana* on s’entreferait » ; ce qui peut simplement signifier dire que « sans la courtoisie de bonne entente, on s’entreferait ». C’est dire la nécessité vitale de la politesse. Si elle ne détermine pas les comportements – beaucoup se plaignent de ce qu’elle est trop absente – elle sert à donner sens aux relations. Le sourire, la modestie, le langage de douceur et la bonne entente sont ce qui s’oppose à l’arrogance, au caractère hautain, aux grondements, aux paroles blessantes, ou à la méchanceté.

## 2.2 L’autorité des médecins

Les relations hiérarchiques sont marquées ici par un mélange paradoxal d’extrême égalité (une même politesse s’impose à tous) et d’extrême inégalité (on doit une soumission muette aux aînés). La politesse de gentillesse contribue cependant à créer une ambiance bon enfant, peu marquée par les différences de statut, pourtant bien présentes dans les esprits<sup>17</sup>.

L’étiquette impose une apparence égalitaire à travers un langage de modestie, de prudence et gentillesse qui vaut pour tous quel que soit le rang. Cependant aucune relation n’échappe à une lecture inégalitaire selon de multiples critères de castes, d’origine sociale, de statut, et globalement d’ânesse. La société malgache est à certains égards très inégalitaire en termes de revenus ou de soumission aux aînés. Toutefois ces inégalités n’ont pas vocation à être ostensibles en signe d’autorité<sup>18</sup>. Les différences de statut restent discrètes (en dehors aujourd’hui des signes de richesse). Les règles de

<sup>11</sup> Oyvind Dahl, *Signes et signification à Madagascar*, Présence africaine, (1999) 2005. P.254.

<sup>12</sup> Jean Paulhan, *Les repas et l’amour chez les Merinas*, Fata Morgana, 2005 (1909). p. 27.

<sup>13</sup> J. Paulhan, *Les Hayn-Tenys*, 1913, in *La vie est pleine de choses redoutables, textes autobiographiques*, Jean Paulhan, Seghers, 1989, p.136.

<sup>14</sup> Les cultures française et anglaise donnent aussi une grande importance à l’étiquette. La courtoisie, la retenue, et le discours voilé y sont soumis toutefois à des préoccupations de liberté. A la différence d’autres cultures comme en Polynésie française, en Mauritanie, ou à Bali, où le respect de l’étiquette est plus central.

<sup>15</sup> O. Dahl, *Op. cité*, p. 256.

<sup>16</sup> Christian Alexandre, *Violences malgaches*, Foi & Justice, Antananarivo, 2019, p.99.

<sup>17</sup> « La politesse exige que l’inférieur réponde au supérieur dans le sens qu’il pense devoir lui être agréable. » Hugues Berthier, *Les mœurs et les coutumes du peuple malgache*, 1933, Tananarive, p.26.

<sup>18</sup> On est loin de la déférence manifestée dans d’autres cultures, tels que le corps plié en deux des subordonnés japonais, l’inclinaison des Bamiléks (Cameroun) devant leur chef, ou les nombreux signes de distinction hiérarchique en France donnant parfois l’impression que les chefs y règnent en monarches.

préséance sont également peu marquées en dehors des places dans les réunions et surtout, du droit à la parole comme nous allons le voir<sup>19</sup>.

La mère d'un homme, la cinquantaine, atteint de tuberculose, explique que son fils est venu chez elle demander son accord pour consulter un médecin : « C'est moi qui l'a encouragé, dit-elle. (...) C'est lui aussi qui était très motivé et d'ailleurs je l'ai envoyé, oui. (...) J'ai dit que "tu vas y aller, tu y vas." Et j'ai appelé tout de suite son fils, qui l'a amené. » Tout en s'exprimant avec tact (je l'ai *encouragé*), l'autorité de cette mère continue de s'appliquer (je l'ai *envoyé*, j'ai appelé *tout de suite*). Le rôle tutélaire des « aînés » – les anciens sur les adultes, les pères sur les fils, les grands frères sur les petits frères, etc. – s'applique constamment sans discussion<sup>20</sup>. « Le pouvoir est tout simplement accepté, note Dahl, et il n'est, normalement, jamais contesté »<sup>21</sup>. Simultanément chacun sait sans y penser quelle est sa position relative<sup>22</sup>.

Les médecins ont quant à eux un statut très élevé *a fortiori* par rapport aux personnes pauvres. « Il y a un terme, dit l'un d'eux, qui dit que le médecin c'est un deuxième dieu : s'il n'y a pas de dieu c'est lui le dieu. » Dans toutes les cultures, le médecin bénéficie d'une aura du fait de son niveau intellectuel et de son pouvoir sur la vie. Ces deux critères résonnent ici avec force. Les médecins ont le statut des gens « plus instruits » (*avara-pianarana*). Et souvent on rappelle aussi que « la vie est tellement précieuse » (patient). Les patients disent que les médecins sont « tous compétents » mais cette fois ce n'est pas pour être agréable à l'enquêteur. « Dieu leur a donné à tous des connaissances » dit l'un d'eux. » Nul ne songe à contester leur statut. Ce qui n'empêche pas un problème essentiel : « c'est seulement la façon dont ils accueillent ».

La difficulté est d'autant plus sensible que, dans l'anonymat urbain, on manque généralement d'un lien personnel avec le médecin. Le respect formel de la gentillesse revêt alors un tour critique. « Les Malgaches, dit Mannoni, personnalisent les relations, quand ils ne les formalisent pas. »

L'étiquette imprime ses règles à cette relation hiérarchisée. La première des politesses est que le patient ne peut s'exprimer que si le médecin l'interroge : « Je n'ose pas parler, dit une patiente. Je ne demande pas. C'est lui qui te demande en premier d'abord... (...) Puis c'est toi qui racontes. » Les échanges de civilité cités précédemment – *Comment allez-vous ? Que puis-je faire pour vous ? etc.* – ne sont pas des banalités mondaines mais bien une invitation à parler. Il arrive que le médecin ne le fasse pas et que le patient reste muet. « Il y a des médecins, dit une animatrice, qui ne consultent pas le malade. Il écoute seulement les signes et il écrit. L'écoute même, peut-être, il ne donne pas un instant au patient de dire ce que lui aussi il ressent... c'est ça... l'écoute. » Il est "difficile" de questionner ou de discuter ce que dit le médecin, sauf bien sûr si l'on a un lien personnel. « Quand un *ray aman-dreny* (père-et-mère) parle, on est d'accord... ou on fait semblant »<sup>23</sup>. Une patiente raconte avoir discuté la prescription et s'être fait remettre à sa place : « Il m'a dit que "vous n'avez pas le droit de commander le médecin sur les médicaments que vous voulez". »

Le respect hiérarchique paraît contradictoire avec la logique médicale qui nécessite que le patient exprime ses problèmes. « Les patients, dit une animatrice, n'ont pas le droit de... ils n'arrivent pas à demander (au médecin) "regarde ceci", "regarde cela". Donc ils se contentent tout simplement de... d'écouter ce que les médecins disent. » Certains médecins prennent soin d'encourager les patients à le faire, comme dans le cas de cette jeune femme : « Il (m')a même dit que : "Qu'est-ce qui vous arrive

<sup>19</sup> Dans le monde rural, aucun signe ne permet de distinguer un chef de village si ce n'est sa place dans les réunions. Aujourd'hui, en ville, l'idée d'occuper un siège laissé vide au premier rang ne viendrait pas à l'esprit d'un quidam quelconque. Sylvain Urfer, *Séminaire Cultures, institutions, et développement*, Centre Sèvre, 2015.

<sup>20</sup> Collectif *Voankazoanala, Le Henamaso, taureau à dompter*, Foi & Justice, Antananarivo, 2011. P.14

<sup>21</sup> O. Dahl, *Op. cité*, p 222.

<sup>22</sup> Les *Vazaha* n'ont souvent qu'une faible conscience du statut élevé qui leur est spontanément accordé.

<sup>23</sup> O. Dahl, *Op. cité*, p. 214. L'auteur rapporte ici les propos de jeunes villageois.

vraiment ? Ne le cachez pas, mais... s'il y a même quelque chose d'autre, n'ayez pas peur de le dire comme cela". » Si certains patients arrivent à s'en persuader, ce n'est pas le cas général. Certains patients « n'osent pas affronter » le médecin (*i.e.* lui répondre). « Ils semblent un peu... un peu timides, dit une animatrice. (...) Comme... même si on leur demande, il semble simplement-là qu'ils ne savent pas parler, et parfois le médecin est frustré par cela. » Les animatrices ont donc un rôle important pour « convaincre » les malades « de ne rien lui cacher ».

L'équilibre reste néanmoins difficile à trouver. On doit répondre à l'attente du médecin, lui être agréable, ne pas parler à tort et à travers, ni de manière « non appropriée ». L'absence de réponse peut susciter son agacement et des critiques. Une parturiente raconte les reproches puis les menaces qui lui ont été adressées pour n'avoir pas bien répondu à une sage-femme :

Elle m'a dit : "tu ne t'en souviens même pas de ça madame". (...) Et c'est là qu'elle a commencé à être furieuse (...) et j'ai dit que "je souffre et je ne pense plus à ça". "Non ! Il n'y a pas de ça ici, mais tous ceux qui viennent ici, (...) il faut savoir répondre bien aux questions". (...) Et au moment où j'ai mal, elle m'a demandé : "combien de fois les contractions ?", et j'ai dit que "je m'en souviens plus". Et elle a dit que : "cela tu ne sais pas". Et j'ai dit que "on ne m'avait jamais dit de compter et comment je dois le savoir parce que c'est la première fois que je vais accoucher". (...) Ce qui m'a vraiment touchée, elle m'a dit... elle dit... quand elle demande et je réponds : "je ne sais pas", (...) elle m'a dit que : "nous allons te laisser ici et c'est toi seule qui reste ici". Et elle gronde encore : "On te laisse ici si tu réponds encore, mais pourtant je ne lui réponds pas et je dis que je ne m'en souviens pas".

Les premières réponses hésitantes de l'intéressée (sur sa date de fiançailles, le nom de sa paroisse, etc.) on fait monter le ton. Ensuite l'absence de "bonne réponse" (sur le nombre de contractions) et pour finir son insolence ("on ne m'a jamais dit") ont conduit au paroxysme de la crise, avec la menace de l'abandonner en début de travail<sup>24</sup>.

*Le rapport à l'autorité a un caractère très émotionnel.* « Surtout, dit un médecin, pour les familles défavorisées c'est, c'est un peu, il y a un obstacle. (...) La peur, la... euh... l'hésitation de... de... de venir, de parler, d'oser affronter le médecin. (...) Ils ont peur des médecins. Ça, ça, il faut en tenir compte, hein. » Un autre cas de menace de renvoi nous a été raconté pour un autre motif : « Il (médecin-chef) a failli ne pas m'accepter (parce) que "il ne reçoit pas les personnes qui ne sont pas encore mariées civilement, que la prochaine fois si on va accoucher ici, on a besoin de personnes déjà mariées légalement, "parce qu'on ne reçoit pas ceux qui ne le sont pas, dit-il. On ne doit pas être mise enceinte par un homme sans mariage légal". » Notons que, même si l'intéressée a jugé le médecin « méchant », elle a convaincu son mari de se marier pour « ne pas se faire gronder » la prochaine fois. « Il y a aussi une vérité dans ce qu'il a dit, conclut-elle. » La menace d'exclusion – dont l'usage semble inquiétant voire inapproprié comme ici – est ainsi brandie par des personnes qui ont un rang élevé. On y entend un écho du pouvoir terrifiant du chef traditionnel d'exclure un membre de la communauté. « La relation au pouvoir n'est jamais dénuée de crainte. (...) Tout pouvoir fait peur qu'il soit social, économique ou politique. Qu'il s'agisse des autorités traditionnelles (*ampajaka*...), des responsables économiques (PDG, cadre, syndicaliste...), ou des chefs politiques (président, député, etc.). »<sup>25</sup>

Dans la pratique, la relation dépend des personnes concernées, de ce que le médecin et le patient ont ou non un lien personnel, du niveau d'éducation du patient, de la gestion du centre de soins et de son statut (public ou privé), de la pression en salle d'attente, etc.<sup>26</sup> On constate aussi que certains patients ont établi une relation durable et très bénéfique avec leur médecin. Mais faute le plus souvent d'un lien personnel, la relation revêt un caractère inquiétant et instable. L'obligation de politesse (sourire,

<sup>24</sup> Rappelons que notre propos n'est pas de savoir si les choses se sont bien déroulées ainsi, ni d'y voir un cas général, mais de comprendre la manière dont les personnes mettent la situation en scène et lui donnent sens.

<sup>25</sup> Collectif Voankazoanala, *La peur, contrainte et dépassement*, Foi & Justice, Antananarivo, 2014, p. 21.

<sup>26</sup> La logique est différente entre les CSB et le secteur privé. « L'argent, dit un médecin, ça change tout, si on paye *on mérite* un meilleur accueil. » L'analyse de la place de l'argent dépasse le cadre de cette étude.



interroger, écouter, etc.) est centrale. Le travail des animatrices consistant à créer un lien personnel à la fois avec les patients et avec les structures de soins est aussi un aspect essentiel.

### 2.3 La honte du regard des autres

Le propre de la politesse est de devoir supporter les désagréments d'autrui sans rien pouvoir dire, ni rien laisser paraître. Sortir de ses gonds plonge tout le monde dans l'embarras. La politesse met un bœuf sur la langue et impose de cacher ses sentiments et ses pensées. Les principes en sont universels, mais ne s'appliquent pas partout de la même manière<sup>27</sup>. Dans le cas présent, l'obligation de sourire, de parler avec douceur, de tolérer avec patience est d'autant plus grande que la politesse est vouée à donner à voir une entente amicale.

La retenue et la tolérance ont un rôle central. Nos interlocuteurs notent régulièrement, comme une évidence, que « l'on doit tolérer », « ne rien dire », « accepter », « avoir de la patience », « subir », « supporter », « attendre », etc. Marquer son désaccord crée de la gêne. Laisser échapper sa colère (ce qui peut arriver) est perçu comme une « faute de goût »<sup>28</sup>. « On doit accepter (ce que dit le médecin), dit une patiente, quoi qu'il arrive, peu importe la peur. » Une jeune mère se dit prête à « résister à tout », pour faire soigner son enfant, « quelles que soient les choses que vous devez subir devant... même si le docteur est méchant ou quoi, nous devons l'attendre, l'écouter et supporter. » Ajoutant que, dans la salle d'attente, elle « prie » pour que le médecin soit gentil.

La patience et la tolérance sont simplement une obligation, considérée comme normale entre humains. « Il ne faut pas tout de suite donner le tort à quelqu'un, dit un patient, parce qu'il est humain, en chair et en os », en citant alors le proverbe, "*Miloloha lanitra mety ho lena, mandeha tany mety ho solafaka*" ("Tous sous le même ciel marchent sur la même terre"). « Tolérons-nous tous, nous ne sommes que des Malgaches », dit un autre. Un étudiant explique avoir subi sans broncher les mutilations d'un « stagiaire » qui n'arrivait pas à lui faire une intraveineuse : « C'était à la 4ème injection que c'est réussi. (...) Je n'ai pas fait de comportement et de... mais j'ai juste supporté (rires). » Poussé par l'enquêteur, il avoue avoir ressenti de la colère mais, dit-il, « on passe toujours par là... Il y a toujours de la colère parce que tu es mal. La colère passe toujours. » La patience n'est pas un trait psychologique, elle est une colère maîtrisée. « Il reste bouche close, dit un proverbe, mais dans son cœur que de murmures ! »

La patience est facilitée par la propension à « se mettre à la place » des autres. Le patient précédent explique qu'il a pensé aux raisons qui justifient ses souffrances : il faut que les stagiaires apprennent ; les médecins et les infirmiers étaient occupés, etc. On doit se mettre à la place des autres. « On devrait toujours se placer à la place du patient, dit une docteure. » « L'empathie, dit une animatrice, c'est d'essayer de se mettre à la place de la personne. » « La mentalité d'empathie qui se soucie de son prochain sans discrimination, dit un médecin. » La retenue, l'empathie, la capacité à se mettre à la place poussent à sentir et à deviner ce que vit l'autre. « Les Malgaches, dit François Noiret, sont d'une extrême acuité sensorielle, visuelle et auditive, et perçoivent très bien ce que vous vivez ou devinent ce qui vous arrive. »<sup>29</sup>

L'empathie incite aussi à voir ses propres actions à partir du regard des autres. Le jeune patient précédent dit que lors d'une rechute, il a « refusé jusqu'au bout » d'entrer à l'hôpital ». Outre sa peur à peine avouée des stagiaires, il met en avant sa volonté de « ne pas causer de dérangement » pour ses proches, de ne « pas être une charge » pour eux. « Ses parents, ses frères et sœurs, ses proches, ses amis » auraient été « vraiment d'accord » pour le faire hospitaliser, dit-il, mais « le complexe est passé par là » : « Ce qui est venu en moi en premier, ce que j'avais en tête, c'est quand... cela cause

<sup>27</sup> Ph. d'Iribarne et al., *Cross-cultural Management Revisited*, Op. cité.

<sup>28</sup> O. Dahl, *Signes et significations*, Op. cité. p. 222.

<sup>29</sup> Propos rapporté par C. Lesegretain, communication personnelle.

des difficultés aux gens... je dérange les gens. (...) D'abord je n'ai pas dit. » Il ajoute même que si sa maladie s'était aggravée, cela n'aurait fait qu'accroître la gêne pour les siens ! Poussé dans ses retranchements par l'enquêteur sur le risque de mourir, il répond que cela aurait encore été « une catastrophe » pour sa famille parce que la société les aurait (mal jugés). Tout ici passe par sa gêne du regard des autres, quitte à risquer d'être emporté par la maladie. « Vaincu par la politesse, il mange le riz du lépreux », dit un proverbe (*matin-kenamaso ka homam-barim-boka*). Cette "honte" de politesse (*henamaso*) n'a pas été mentionnée dans l'enquête, probablement parce qu'elle est restée en dessous de la surface des évidences. Mais on en voit plusieurs manifestations dans la capacité à supporter et à se mettre à la place des autres (*le complexe passé par là*).

*Le henamaso est un des régulateurs les plus puissants de l'univers culturel malgache*<sup>30</sup>. « Dire de quelqu'un qu'il est *tsy tahotra tsy henatra* (sans peur ni vergogne), c'est le réduire à un personnage asocial. »<sup>31</sup> Certains auteurs traduisent *henamaso* par la « honte du regard de l'autre »<sup>32</sup>. Mais le sentiment dont il s'agit n'est pas le sentiment de honte qui résulterait d'une transgression morale et de sa découverte (qui existe par ailleurs). Il s'agit de la retenue de faire ou de dire quelque chose de peur de briser la bonne entente : « Le henamaso s'apparente d'abord à un code de civilités. (...) Il consiste à faire preuve de scrupule et de considération envers autrui et à porter une attention vigilante aux bonnes relations à entretenir. (...) Il comporte la peur de ce que les gens diront de soi (*sao dia*). Il aboutit à paralyser toute action même si elle est bonne, de crainte qu'elle ne soit mal interprétée par les autres (...) et à faire ce que l'on ne voudrait pas faire. »<sup>33</sup> Il renvoie à une inquiétude parfois paralysante que l'on ne sera pas capable d'agir avec tout le doigté nécessaire. Un médecin, en fin d'un entretien très positif, nous remercie en ces termes : « Merci beaucoup, c'est aussi un exercice pour moi (rires) : là je suis sur le banc de... bon, je ne veux pas dire ça... des accusés. » Par analogie avec ce que dit Geertz à Bali, on peut assimiler le *henamaso* à la peur lancinante du « trac », d'intensité variable, d'éviter le « faux-pas »<sup>34</sup>.

Le « complexe » du *henamaso* comporte entre autres deux propriétés. *La première est qu'il disparaît lorsque les faits ne sont pas visibles.* Une anthropologue illustre la chose par l'histoire d'un villageois qui, ayant acquis un vélo, était constamment dérangé par tous ses prétendus parents voulant le lui emprunter<sup>35</sup>. Un service que la politesse lui interdit de refuser. Il eut l'idée de démonter son vélo et de l'accrocher au mur pour faire croire que celui-ci devait être réparé. À chaque fois qu'il voulait l'utiliser, il devait le remonter, et de retour chez lui le re-démonter. Quand on le lui demandait, il était obligé de dire aux importuns « qu'il était en train de réparer le vélo. De cette manière, il évitait le *tsiny* de ses parents. » Ce qui sort du regard social échappe au blâme. Une autre illustration de cette propriété consiste à dire que l'on a « oublié » un fait pour ne pas avoir à donner d'explications désobligeantes<sup>36</sup>.

La seconde propriété est que la limite du *henamaso* peut varier selon les catégories sociales et le type de situations. *Certains auteurs voient ici une différence homme-femme.* On en trouve quelques indices dans notre enquête. Ce sont des femmes qui disent avoir osé répondre au médecin ; ce sont elles encore qui parlent ouvertement des « personnes sales ». Selon Dahl<sup>37</sup>, « on leur associe l'expression

<sup>30</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Foi & Justice, Antananarivo, 2011.

<sup>31</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Op. cité, 2011, pp. 33-34.

<sup>32</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Op. cité. 2011. p.5

<sup>33</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Op. cité. pp. 6, 33-34 (souligné par nous).

<sup>34</sup> Clifford Geertz, *Bali, interprétation d'une culture*, Gallimard, 1983, pp. 154-156.

<sup>35</sup> Marianne Skjortnes, le cas est raconté par Dahl, *Signes et significations*, Op. cité. p. 167.

<sup>36</sup> Il y a quelques années, lors d'une enquête sur les difficultés du projet de lutte contre la mortalité infantile (Inter-Aide Farafangana), un grand nombre de mères de familles disaient « avoir oublié » qui étaient les Agents de santé villageois. On en a déduit un peu rapidement qu'un effort de communication s'imposait.

<sup>37</sup> O. Dahl, *Signes et significations*, p. 255.

directe et franche de la colère ou de la critique envers les autres. (...) Les femmes peuvent réprimander les enfants que l'on dit *maditra* (obstinés). Elles peuvent discuter en détail de la conduite honteuse des autres au cours des cancons quotidiens et parler ouvertement de ce qui déshonore la famille. Les femmes peuvent se confronter aux autres avec une information potentiellement choquante alors que les hommes ne peuvent le faire ou préfèrent s'en abstenir. » La mixité professionnelle pourrait ainsi favoriser une expression plus libre.

#### 2.4 Ne pas forcer la personne

La politesse sert à rétablir des barrières entre les personnes lorsque la promiscuité devient trop grande. Elle prédomine dans des sociétés où l'on vit couramment sans cloisons, sans jamais pouvoir s'isoler, que ce soit pour parler, pour manger ou pour dormir (on voit des situations similaires en Polynésie et en Mauritanie<sup>38</sup>).

*Derrière une courtoisie qui ne se départit pas de la gentillesse, il s'agit de mettre des distances et d'éviter une trop grande intimité.* On doit se garder de laisser voir ses émotions et ses opinions<sup>39</sup>. Quand nous demandons à nos interlocuteurs ce qu'ils ont ressenti face à une situation, ils évitent souvent la question ou répondent de façon stéréotypée (« j'étais triste », « j'étais joyeux »). « Personne n'attend de vous que vous révéliez vos sentiments intimes mais que vous vous conformiez aux conventions. »<sup>40</sup> La crainte est de voir sa personnalité intérieure apparaître sous le masque social, plongeant tout le monde dans l'embarras que provoquerait un empiètement sur l'intimité d'autrui.

*Une difficulté paradoxale pour un étranger est que l'étiquette rigoureuse a les apparences d'une simplicité amicale.* La mise à distance a les apparences d'une relation aussi peu guindée que possible, comme le souligne Ralibera<sup>41</sup> : « Là où (les Malgaches) semblent dépasser la moyenne (des humains), c'est dans la répugnance innée à dévoiler le domaine sacro-saint de ce qu'ils sont, et, dans l'art inné lui aussi de dresser des barrières "agréables à voir", certes, mais qui vous distraient, loin de la route de leur cœur. (...) Ce qu'il est réellement, c'est là un domaine sacré qu'il n'ouvre qu'à de rares amis ; et il installe toute une série de barrières, (...) qui ont pour nom : le sourire, la gentillesse, le franc-parler, les facilités de relations. (...) Et peut-être plus il est spontané, plus il veut vous donner le change, vous détourner du vrai chemin de son domaine intérieur. »

Une bonne entente polie suppose d'être attentif aux particularités de chacun : « Cela dépend de la personne », ne cesse-t-on de nous répondre, en pointant « sa personnalité », « son point de vue », « sa conscience », « ses préférences » ou « son caractère »<sup>42</sup>. "*Ny hevitra tera-bary*", rappelle un patient ("autant d'idées que de paddy pour une semence de riz"). « Cela dépend totalement de la personne », dit un médecin à propos des pratiques de pots-de-vin. Dans les années 1840, Charles

---

<sup>38</sup> Ph. d'Iribarne, « Commune de Papeete et Marquises », *La République, le Pays et le Tavana, des politiques publiques à l'échelle communale en Polynésie française*, F. Audras et al., Études de l'ADF, 2016. A. Henry, « Sensibiliser avec retenue, une démarche participative en Mauritanie », in *Cultures et mondialisation*, Ph. d'Iribarne et al., Points Seuil, 2002.

<sup>39</sup> On peut songer, dans un tout autre univers culturel, au "*never complain, never explain*" de la famille royale britannique. On a pu qualifier d'« inhumaine » l'incapacité de ses membres à exprimer leurs sentiments.

<sup>40</sup> O. Dahl, *Signes et significations*, Op. cité. p.222.

<sup>41</sup> R. Ralibera, *Vazaha et Malgaches en dialogue*, op.cité. pp.19-22.

<sup>42</sup> Cette idée apparaît dans plus de la moitié des entretiens, sans qu'il s'agisse d'une formule toute faite ou à la mode. En France, des questions similaires suscitent plutôt des réponses sur des déterminismes liés au métier ou au statut des personnes. En revanche, en Afrique subsaharienne (Togo, Cameroun) nous avons eu des réponses similaires (« cela dépend de la personne »). Mais celles-ci renvoyaient aux « intentions » et aux « intérêts » des individus. A Madagascar on conçoit qu'il puisse exister des « intérêts », mais ils sont rarement mentionnés.

Guillain<sup>43</sup> rapporte que les habitants de Tuléar disaient « qu'ils ignoraient ce qu'il y avait dans le cœur des autres et que chacun avait son esprit ». « L'acceptation de l'autre tel qu'il est, est une condition de la relation, dit Ralibera »<sup>44</sup>. « On doit quand même respecter ce qu'ils disent, confirme une animatrice, donc on (ne) force pas la personne ». « Les Malgaches, dit aussi un médecin, ne veulent pas être... être soumis à des règles ou à des pressions. »

*La nécessité de « convaincre » n'est pas propre au contexte médical, elle est inhérente au respect qui est dû à chacun*<sup>45</sup>. Nous reviendrons sur la "bonne" manière de convaincre. Une attention au caractère de chacun est déterminante : « Ils (les médecins) traitent de la même façon et ça n'aide pas tous les patients, dit une animatrice. (...) Il y a ceux qu'il faut moraliser gravement...euuhh... (...) mais il y a des personnes... qui n'est pas comme ça. » « Est-ce vraiment approprié à la personne ? souligne le médecin du projet TB. (...) Il faut voir le profil de la personne ; telle personne c'est... peut-être, c'est comme ça qu'on va leur dire. »

## 2.5 Être abandonné, une figure du péril

La prédominance des règles de politesse n'est pas propre à cet univers culturel, comme on le voit par exemple en Mauritanie, en Polynésie française ou à Bali. A Madagascar toutefois, il se caractérise par la crainte spécifique d'une discrimination et une exigence de bonne relation<sup>46</sup>.

La crainte de la « discrimination » revient souvent dans les propos. On comprend bien sûr qu'elle est plus sensible chez des personnes pauvres qui la subissent souvent. Cependant elle est mentionnée par tous nos interlocuteurs, y compris les médecins, sans faire non plus de lien particulier avec l'objectif « d'inclusion » des projets. « On constate que chez le médecin, peut-être c'est trop fort de dire une "discrimination", mais (rire) on constate que... les gens ont peur de la discrimination, explique l'un d'eux. » Le mot émerge comme étant à peine dicible (*peut-être c'est trop fort de dire*).

Ne pas faire de « discrimination » signifie ne faire aucune différence, ni de personne (« quand quelqu'un est malade, il est malade »), ni de maladie (« peu importe la maladie que vous avez »), ni de rang (« vous êtes vulnérable c'est-à-dire que vous ne méritez pas le même médicament »). Un patient a été « choqué » quand il a vu qu'un médecin a modifié l'ordonnance après avoir compris qu'il était affilié à une mutuelle sociale. « Ne fais pas de discrimination, dit un proverbe, que ton feu réchauffe tout le monde sans distinction. »

La sensibilité à la discrimination dépasse le cadre du cabinet médical : elle s'étend à l'ensemble de la vie sociale. Lors des visites à domicile, pendant le COVID, les animatrices veillaient à garder leurs distances tout en veillant à ce que « ça ne se remarque pas », car cela aurait été « comme si on l'excluait par nos gestes ». Un patient raconte que, bien que sa mère soit très malade, le contrôle du médecin l'a « rendu heureux » parce qu'il ne l'a « pas ignorée », qu'il ne l'a « pas pris à la légère » mais en a pris soin « comme tous les malades ». L'exclusion n'est pas circonscrite à un domaine social. Ne pas se voir exprimer de respect (*henamaso*), « comme les autres », donne le sentiment de n'être compté pour rien, sans humanité (*very hasina*)<sup>47</sup>.

<sup>43</sup> Charles Guillain, *Documents sur l'histoire, la géographie, et le commerce de la partie occidentale de Madagascar*, Paris, 1845, p.337, (souligné par nous).

<sup>44</sup> R. Ralibera, *Vazaha et Malgaches en dialogue*, Op. cité, p.18.

<sup>45</sup> Dans le contexte culturel français, on trouve aussi une grande place donnée à l'obligation de « convaincre ». Mais elle est liée au refus de « se plier » aux demandes d'un tiers ou d'un supérieur par intérêt ou par crainte. Ph. d'Iribarne et al., *Cross-cultural Management Revisited*, Op. cité.

<sup>46</sup> En Mauritanie l'étiquette semble plutôt vouée à préserver l'honneur du clan. Cf. Sophie Caratini, *Les enfants des nuages*, Ed. Thierry Marchaise, 2022 (1982). Tandis qu'à Bali, elle paraît plus centrée sur l'harmonie rituelle et esthétique. Cf. C. Geertz, *Bali, interprétation d'une culture*, Op. cité.

<sup>47</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Op. cité, 2011, pp. 33-34.

La directrice d'un centre médical dresse une image contrastée où elle oppose d'un côté la figure lumineuse de son centre et de l'autre celle de centres où « de nombreuses personnes ont peur ». Chez elle, « l'accueil c'est toujours pareil » ; tandis qu'ailleurs « une personne pauvre, sale et avec odeur forte, on la méprise, et une personne riche et respectée, on va la favoriser »<sup>48</sup>. Ce qui différencie son centre, tient à une unique condition, nécessaire et suffisante : « Le premier accueil du patient, c'est un soin automatique : votre sourire, vous ne le grondez pas, et aussi donnez de l'amour à cette personne. » Certes, dans son centre, les riches et les pauvres, les gens sales existent toujours et elle cite en passant des « malades difficiles (qui) nous fatiguent ». Néanmoins tous sont accueillis « à l'identique », « pas de haut pas de bas » et « avec amour » (*i.e.* empathie). C'est selon elle le propre du « métier » (plus que la technicité). « Il y a eu un sermon qu'on nous a fait quand j'ai terminé mes études, raconte-t-elle, et je me souviens toujours de ça : "la médecine ne fait pas de discrimination, que soit riche ou pauvre, tous sont pareils". » La « vocation du métier » conclut-elle est de faire « le bien à tout le monde ».

« Le grand souci [des Malgaches], dit Mannoni, c'est de ne pas se sentir abandonné. »<sup>49</sup> Quelle que soit la diversité de leurs appartenances, « les Malgaches, dit Voankazoanala, ont en commun la peur d'être exclu de la grande famille et de ne plus trouver de l'aide de leurs parents dans les périodes difficiles. »<sup>50</sup> Dans l'univers traditionnel, l'image redoutée est d'être exclu de la famille et du tombeau des ancêtres. Aujourd'hui la menace d'exclusion brandie par ceux qui ont un rang élevé – comme dans les cas des deux parturientes – fait écho au pouvoir exorbitant des chefs traditionnels d'exclure de la communauté. L'exclusion de la personne, son abandon, la discrimination qui en est une forme voilée, sont les images d'un péril craint entre tous. Tout ce qui évoque de près ou de loin cette image sert à donner un sens à ce que l'on rejette. A ce péril abhorré, correspond l'image d'un salut dont les traits reflètent ce à quoi on aspire.

## 2.6 Bien s'entendre, une figure du salut

A la discrimination s'oppose l'image désirable entre toute d'une communauté unie où l'on « s'entend », on agit « ensemble », on « se donne la main », et où l'on a une « bonne relation ». Un médecin donne en exemple d'absence de discrimination des familles rurales qui viennent à six personnes pour accompagner un malade.

L'attention portée à chacun n'empêche pas que l'on aspire à être « ensemble », à former un « nous ». « Rien ne peut être réalisé si nous ne travaillons pas ensemble », dit un responsable de quartier. Même écho du côté des animatrices : « Nous on fait vraiment un partage parce que si on (ne) le faisait pas, donc on ne peut pas y arriver. » « Le travail d'irrigation des rizières, dit un proverbe, ne peut se faire que si on s'y met à plusieurs » ("*Asa vadirano ka tsy vita tsy ifanakonana*"). L'argument est également repris pour défendre l'idée d'une collaboration avec les agents communautaires (AC) : « Les AC seuls n'arrivent pas à orienter ces malades auprès du centre de santé, dit un responsable de projet. Et ça, c'est l'explication qu'on leur donne : "nous sommes... on se donne la main. Parce que vous seuls vous n'arrivez pas à orienter les malades vers le centre. Nous, on peut aller ensemble faire des sensibilisations ensemble". (...) Donc on essaie de les convaincre avec ça. »

Lors d'une recherche à Madagascar en 2010 pour le GRET<sup>51</sup>, Sylvie Chevrier a noté un emploi peu commun du mot « ensemble » associé à toutes sortes de verbes (faire, chercher, résoudre, regarder, discuter, définir, aller, décider, travailler, s'améliorer, exécuter, collaborer... ensemble). Un médecin

<sup>48</sup> Rappelons que le propos n'est pas de confirmer le caractère exemplaire de ce centre de soins mais de mettre en lumière les catégories à partir desquelles cette médecin donne sens à la situation.

<sup>49</sup> Octave Mannoni, *Psychologie de la colonisation*, Seuil, 1950. P.43

<sup>50</sup> Collectif Voankazoanala, *La peur, contrainte et dépassement*, Op. cité, 2014, p.9, p.13.

<sup>51</sup> Sylvie Chevrier, Michaël Viegas Pires, « Prendre en compte la dimension culturelle dans les pratiques de délégation des responsabilités », *Coopérer aujourd'hui n°71*, Les documents de travail, GRET, 2011.

que nous interrogeons sur la résolution des éventuels désaccords entre les équipes répond : « Le mieux, c'est... s'ils arrivent entre eux à s'entendre. » Une enseignante, française, dit qu'ayant demandé à ses étudiants de raconter leur stage de terrain, ceux-ci ont eu du mal à s'exprimer à la première personne du singulier, expliquant qu'ils étaient « avec untel », que « nous avons fait ci ou ça »<sup>52</sup>. « Unis, nous sommes une pierre, dit un proverbe ; désunis, nous sommes du sable. »

L'entraide, qui ne se limite pas à la famille, prend aussi son sens dans la figure d'un "nous ensemble". Un patient raconte que, pendant que la famille (pauvre) d'un voisin de chambre était partie chercher de l'argent pour les médicaments, lui et sa famille – « nous les gardes-malade » – se sont cotisés pour que ce voisin puisse avoir au moins une perfusion : « Nous les gardes-malade si nous avons la possibilité de s'entraider, à ce moment-là, nous sommes six dans la chambre et le patient souffre trop. Et nous les cinq, on a fait des cotisations pour acheter les médicaments (...) en attendant son oncle. (...) Et c'est nous les gardes-malade qui font la cotisation pour qu'il a au moins du sérum, pour que le docteur sache qu'il a du sérum, pour qu'il ne dispute pas ce patient ! »

Faire ensemble rassure ceux qui ont du mal à se laisser convaincre : « Si tu as des difficultés qui t'empêchent d'aller, dit une animatrice à un patient, informe-moi. Car je peux t'y amener, te prendre en main... (...) Comme ça, ça va aussi apaiser tes pensées euuhh ! Oui. (...) On y va ensemble, toi et moi. » Un patient dit avoir été « vraiment encouragé » quand une animatrice lui a dit : « On va travailler ensemble, ne perds pas espoir M., tu vas être guéri. »

La famille unie à ses ancêtres est l'image emblématique d'une aspiration à « vivre-ensemble ». Celle-ci s'exprime dans le monde moderne dans des festivités publiques qui rassemblent des dizaines de milliers de participants (fête nationale, match de foot, meetings politiques, cérémonies religieuses, etc.)<sup>53</sup>. Fin 2022, l'inauguration du séminaire catholique de philosophie de Tamatave a rassemblé près de 15 000 fidèles. Pour nourrir une telle foule, le diocèse a acheté 2 tonnes de riz et 15 zébus et les a distribués aux paroisses pour qu'elles se chargent de les cuisiner<sup>54</sup>.

Chacun le ressent avec force : « Ensemble on est bien, on est mieux ensemble. »<sup>55</sup> Par dessous l'obligation de courtoisie, le *fihavanana* représente l'image désirable d'un être-tous-ensemble. « Ce qui compte avant tout pour un Malgache, dit Ralibera, (et je crois pouvoir affirmer que ceci est vrai pour l'ensemble des Malgaches) c'est la bonne relation. La bonne entente avec celui qu'il a devant lui, avec qui il doit travailler vivre. La vie est douce et agréable quand on s'entend bien avec ses voisins. »<sup>56</sup> « Les hommes forment une grande natte », dit le proverbe ("*Tsihy be lambanana ny ambanilanitra*").

On distingue une double figure : l'aspiration à « la bonne relation » et à la douceur de « la bonne entente » représente la voie d'un salut, qui permet d'échapper au péril redoutable d'être exclu, livré à l'abandon. « Ne vous désolidarisez pas du groupe, dit un proverbe, même les morts veulent rester en groupe ("*aza miala amin'ny maro, fa ny maty aza te-ho maro*"). » Cette double image – avec ce qu'elle charrie d'émotions positives et négatives – sert inconsciemment à évaluer ce qui est vécu et à rendre compte des manières d'agir jugées "bonnes" ou "mauvaises".

Un aspect propre de cet univers culturel est qu'il repose sur un réseau serré de règles qui contrôlent les manières de bien parler et la surface des bons comportements. A un étranger qui s'étonnait du nombre de *fady*, une paysanne répondait : « Ce sont les bêtes qui n'ont pas d'interdits »<sup>57</sup>. Ensemble

<sup>52</sup> C. Lesegretain, communication personnelle.

<sup>53</sup> P. Rajeriarison, S. Urfer, *Madagascar, idées reçues sur la grande île*, Ed. Le cavalier bleu. 2016, p.88.

<sup>54</sup> C. Lesegretain, communication personnelle.

<sup>55</sup> S. Urfer, *Séminaire Cultures, institutions, et développement*, Op. cité.

<sup>56</sup> R. Ralibera, *Vazaha et Malgache en dialogue*, Op. cité, p. 21.

<sup>57</sup> Lala Raharinjanahary, cité in Loïc Hervouët, *Comprendre les Malgaches, guide de voyage interculturel*, Riveneuve, 2019, p.46.

ils traduisent de multiples manières un tabou (*fady*) plus secret et néanmoins central : ne pas rompre la bonne entente.

### 3. Un contexte culturel, qui n'est pas sans conséquences

La conception de la culture que nous adoptons ne détermine pas les comportements. Pour autant elle n'est pas sans conséquences : elle amène à dégager une figure qui agit comme le chiffre invisible de l'imaginaire social<sup>58</sup>. C'est ce que montrent les illustrations suivantes concernant la hiérarchie, les sanctions, la signification des règles, l'obligation de convaincre, ou la peur de la tuberculose.

#### 3.1 Des faits apparemment contradictoires

La figure "de péril et de salut" qui marque secrètement cette culture permet de donner un sens et une cohérence à des traits culturels qui sinon paraissent contradictoires. On le voit sur le sens de la hiérarchie, le respect des domaines de compétences, ou la pratique des sanctions.

La hiérarchie a un aspect paradoxal. D'un côté, la hiérarchisation sociale, omniprésente dans les esprits, la soumission sans discussion aux aînés, l'émotion et la peur devant les personnalités de rang élevé ; de l'autre, l'exigence de gentillesse, l'obligation de se montrer agréable pour tous, et l'ambiance bon enfant impénétrable qui règne à la surface des choses. L'apparente contradiction entre l'obéissance absolue et l'exigence égalitaire s'efface lorsque l'on considère la peur lancinante d'être abandonné et le désir de bonne entente qui en éloigne le spectre. Toutes deux poussent chacun à rechercher des liens durables, à cultiver la dépendance hiérarchique et la gentillesse avec autrui.

On peut être surpris aussi de ce que la propension à dire des choses agréables n'autorise pas pour autant à louer quelqu'un trop vivement<sup>59</sup>. On répugne à être complimenté devant les autres comme l'auteur de ces lignes a pu l'expérimenter en déclenchant involontairement pas ses propos enthousiastes la protestation vigoureuse d'un interlocuteur. Parler ainsi tend à polariser des oppositions entre les personnes, au lieu de s'en tenir à la modestie et à la modération.

Dans l'organisation du travail, on doit prendre garde au fait que la volonté de « travailler ensemble » va de pair avec le refus que d'autres « empiètent sur son domaine de compétence ». Cette limite apparaît comme une extension au monde professionnel de la distance de respect et de l'impossibilité de forcer les personnes. Il peut avoir de graves répercussions en matière de coordination au travail. Le cas nous a été cité d'une jeune paysanne dont l'accouchement se passait mal, déposée par une sage-femme aux urgences d'un hôpital provincial, une veille de week-end, avec de quoi payer et un signalement de son état médical, mais qui n'a pas été prise en charge avant le lundi (entraînant des conséquences vitales). Si le cas est exceptionnel, et que son interprétation nécessiterait de savoir plus en détails les circonstances, on peut penser que, même en ayant de quoi payer, l'apparence de la jeune femme et son incapacité à élever la voix ont joué dans son oubli. Surtout il est apparu que les consignes données par la personne qui l'a amenée n'ont pas été transmises au médecin de garde. La difficulté à dire à autrui ce qu'il doit faire y est pour beaucoup ; *a fortiori* si celui qui a réceptionné la patiente était d'un statut inférieur au médecin de garde.

Un autre aspect paradoxal de la vie sociale concerne la coexistence entre l'impunité dominante et l'usage parfois de mesures radicales d'exclusion. La vie publique témoigne de la difficulté de sanctionner des délits avérés. « Le poids des solidarités et le respect du pouvoir, écrit Voankazoana, ont forgé une culture de l'impunité, (...) (qui) plonge ses racines dans (...) le souci, voire la hantise, de ne rompre les relations avec personne. »<sup>60</sup> L'impunité paraît d'autant mieux ancrée qu'elle repose sur

<sup>58</sup> Ph. d'Iribarne et al., *Cross-cultural Management Revisited*, Op. cité.

<sup>59</sup> O. Dahl, *Signes et significations à Madagascar*, Op. cité. p. 267.

<sup>60</sup> Coll. Voankazoana. *Vaincre l'impunité*, Foi & Justice, Antananarivo, 2019. p. 13, p.19, p.40.

la grande difficulté de s’opposer et la crainte de représailles, par le *tody*<sup>61</sup> ou aussi par la sorcellerie. Celle-ci contribue à ce que les conflits n’émergent pas au grand jour. Tout se règle dans le monde de l’invisible, c’est autant de gagné pour la paix sociale. Simultanément, ceux qui détiennent une autorité symbolique réelle profèrent des menaces d’exclusion, parfois mises à exécution pour des motifs apparemment formels (à l’image des parturientes menacées d’être laissées sur place en début de travail). On semble se balancer entre un tout ou rien, entre l’exclusion et l’impunité. Les deux extrêmes pourtant s’accordent si on les considère à partir de la primauté de la bonne entente.

Il existe de nombreux autres exemples dont le sens pourrait s’éclairer à partir du même cadre d’interprétation, mais qui ne peuvent être toutes rapportées ici. Nous nous limiterons à trois aspects qui concernent les projets : la notion de règle, la manière convaincre, et le secret de la tuberculose.

### 3.2 Des règles de natures différentes

Il est frappant de voir qu’un strict respect des interdits traditionnels s’accompagne du faible poids des règles de gestion liées au monde moderne. Plusieurs registres existent en effet qui prennent sens dans une même logique culturelle.

Un médecin souligne le respect dû aux coutumes et aux traditions en ces termes : « Ça, ils (les gens) peuvent accepter ça facilement même sans preuve, sans être prouvé. Quand c’est notre grand-père qui a dit ça : “On ne peut pas utiliser ça” ; notre grand-père a dit : “il ne faut pas dire ça”, ils vont suivre. (...) Vous n’êtes pas forcé d’être convaincu mais vous êtes forcé de... de les suivre... de les respecter... (...) Moi, il y a beaucoup de choses qu’on m’a dit, que je suis, que je respecte mais que je ne suis pas convaincu. (...) Ça va se transmettre de générations en générations, sans être même prouvé, sans avoir d’explication, et sans avoir été convaincu. » Implicitement, il oppose deux registres, avec d’un côté, les règles reçues des grands-parents, que l’on est « forcé de respecter » et, de l’autre, celles dont on devrait être « convaincu » avec des « preuves » et des « explications ».

Les premières, on les accepte « facilement » et on les suit « à la lettre ». « On n’a même pas le droit, précise-t-il, de poser la question : “pourquoi ? Est-ce que ça a été prouvé ?” ». Leur transmission se poursuit aujourd’hui : « Et moi, ajoute l’intéressé, je vais transmettre ça à mon fils aussi : “Attention hein ! Tu dois faire ça parce que mon père, il a dit ça.” ». Ces règles forment un réseau d’obligations et d’interdits complexes. On n’est jamais certain de les avoir toutes bien respectées. Les enfants y sont astreints avec rigueur, tandis que les vieillards sont plus libres. Leur application demande aussi de la subtilité. « Les Malgaches, dit Mannoni, appellent “souplesse” une qualité qui consiste à arriver à ses fins sans rien heurter, sans contredire personne, sans violer aucune des règles admises. »<sup>62</sup> Les coutumes ont ainsi été transmises par les ancêtres pour que leurs descendants restent unis.

Les autres règles – non données par les parents, édictées de façon impersonnelle pour répondre à la vie sociale, technique, économique – viennent se surajouter à un ensemble déjà contraignant. Elles doivent satisfaire deux conditions : pouvoir convaincre les intéressés ; et être liées au groupe des personnes concernées. « C’est mieux, dit le médecin précédent, (c’est plus facile) de les digérer si ça vient de la société parce que... si ça vient de la société, parce que... ils connaissent les gens qui ont établi les règles. Ils peuvent discuter avec les gens qui ont établi les règles. Ils peuvent négoier en cas de délit ! » On doit en être convaincu au niveau du groupe de personnes concernées pour qu’elles soient acceptables. « Elles sont plutôt difficiles à digérer si ça vient de l’extérieur, poursuit notre interlocuteur, (...) ça ne vient pas de la société, si c’est quelqu’un d’autre, de l’extérieur, qui leur font subir ces règles. (...) C’est plus euhh... douloureux d’accepter parce que c’est une forme de pression, de sous-pression qu’on exerce envers eux. » Une règle qui vient d’ailleurs est ressentie comme « douloureuse », voire une pression occulte (une *sous-pression*). Même acceptées, elles doivent être

<sup>61</sup> Richard Andriamantjato, *Le tsiny et le tody dans la pensée malgache*, 1957 (2013).

<sup>62</sup> O. Mannoni, *Psychologie de la colonisation*, Op. cité, p. 73.



appliquées avec doigté et finesse : « Suivre les consignes à l'extrême, c'est un peu dommage », dit un médecin, à propos de l'application d'une convention contractuelle.

Les règles techniques aussi sont interprétées dans une logique relationnelle. On le voit dans le cas de l'examen corporel des patients (pouls, tension, auscultation...). Celui-ci n'est pas systématiquement pratiqué. « Ce n'est pas l'habitude » dit une animatrice, ce qui n'est guère surprenant en raison de la rapidité forcée des consultations. Cependant cet examen n'est pas considéré par rapport à une norme. Lorsqu'une patiente regrette l'absence d'examen, c'est sous un angle concret : « Je lui dis que c'est un peu dur si on le touche et il faut qu'il touche pour savoir la dureté, mais il ne touche pas. » Sinon la question est relationnelle : « Comme il était paresseux pour vous toucher (...) j'avais pensé que c'est à cause du COVID qu'il ne veut pas toucher, mais après il ne touche pas encore (...). Donc je me suis dit que c'est vraiment lui qui est arrogant. » A l'inverse, bien examiner une personne, c'est bien l'accueillir : « Il (un bon médecin) doit bien traiter les gens... toujours bien ausculter le patient... bien demander et communiquer à la personne, comme nous le faisons en ce moment. » Gentillesse et examen physique sont liés sur un même plan. Un médecin gentil « prend la tension et aussi il sourit quand il vous accueille ». D'ailleurs quand on arrive, la prise de tension aide à « calmer un peu l'esprit ». Si la cadence des consultations ne s'y opposait pas, on pourrait faire de l'auscultation « un soin automatique », montrant le bon accueil « de tous » et l'absence de discrimination.

*Les règles, qu'elles proviennent de la coutume ou de la société actuelle, sont lues à partir de leur apport à une bonne relation.* Les premières, données par les parents pour adoucir l'entente, exigent une obéissance stricte, non sans subtilités. Les secondes supposent d'être acceptées par le groupe concerné et peuvent nécessiter d'être justifiées. Dans ce contexte, les règles de gestion impersonnelles ont du mal à s'imposer. Une décision participative ne définit pas un "bien" en soi, elle est d'abord constitutive d'un être-ensemble, non séparable du groupe qui en a délibéré<sup>63</sup>. On a ainsi constaté le succès et l'efficacité des démarches participatives organisées récemment pour améliorer la gestion des centres de soins<sup>64</sup>. Mais il est apparu que les décisions avaient du mal à être pérennisées en raison du « *turn-over* ». Des règles ainsi adoptées n'ont pas force d'un principe général transférable à d'autres qu'à ceux qui en ont débattu.

La difficulté à accepter des règles de soins vaut également pour l'acceptation par les patients des procédures contraignantes pour la tuberculose. L'autorité du médecin est déterminante pour les faire accepter... *mais* elle dépend de la qualité de la relation. « Quand *un ray aman-dreny* parle, on est d'accord... ou on fait semblant d'être d'accord » dit-on<sup>65</sup>. Si l'autorité du médecin impose le silence dans son cabinet, elle n'est pas suffisante pour garantir la fidélité au traitement. Les animatrices sociales ont un rôle décisif pour convaincre les patients.

### 3.3 Ce que « convaincre » veut dire

La nécessité de convaincre résulte "naturellement" (*i.e.* culturellement) de ce que « l'on ne peut pas forcer la personne » et de son corrélat concernant l'adhésion aux règles qui sinon sont difficilement acceptées. Elle est une activité essentielle des projets, en particulier des animatrices.

<sup>63</sup> On est loin de la vision allemande (et même nord-européenne) où la règle, une fois dûment adoptée, est réputée voulue par tous. Celle-ci inspire pourtant les démarches « participatives » diffusées par les experts internationaux. Elle suppose qu'une délibération collective fait qu'une règle vaut pour tous. Dans le cas malgache, un processus commun de conviction vaut pour les présents mais non pour d'autres.

<sup>64</sup> Cf. Rapport ATIA, AFAFI, AFD, Ethno Logik, sept. 2021. Celui-ci souligne « l'enthousiasme » des participants et la nécessité de renouveler les « séances de rappel participatives » (p.4, p.14), en raison notamment du *turn-over* qui est « un frein » au maintien des améliorations (p.11). A. Cripps, O. Ramananjahary, P. Raharimalala, « Soutien aux initiatives locales pour favoriser l'insertion sociale, l'accès à la santé et l'éducation des familles vulnérables à Madagascar, *Évaluation finale AFAFI* », Sept. 2021.

<sup>65</sup> O. Dahl, *Op. cit.*, p. 214. L'auteur rapporte ici les propos de jeunes villageois.

D'une culture à l'autre, ce que signifie « convaincre » diffère : la manière de débattre, la nature des bons arguments, la référence première aux faits ou aux personnes, les raisons de la confiance, etc., tout change. La manière de convaincre s'inscrit dans la conception que l'on se fait des rapports sociaux. Dans le contexte malgache, elle implique en particulier d'expliquer avec douceur et patience. On doit « prendre le temps », « bien discuter », expliquer « longuement », « faire de l'empathie », « rassurer » ou aussi « motiver ». « Il faudra être gentil pour expliquer tout ça, dit un médecin. (...) C'est une tâche vraiment difficile hein ! (...) Donc c'est avec des communications longues seulement, c'est le moyen donc dont on dispose. » « Ils peuvent discuter volontiers, note Berthier, mais toujours avec courtoisie. »<sup>66</sup>

Une difficulté majeure, explique une animatrice, est que les égards ne doivent pas l'emporter sur la nécessité de dire la vérité : « Si ce que tu fais n'est pas bien, (...) il faut que je sois sévère avec toi. Et c'est ça leur confiance en fait. Je ne fais pas l'hypocrite quand je leur parle... mais quand cette chose est noire, alors c'est noir ; ou si c'est blanc, c'est donc blanc... (...) C'est ce qu'il faut toujours, (...) gagner leur confiance. » La confiance précisément est difficile à gagner et elle nécessite aussi de « faire l'empathie » : « (Ce) qui est difficile pour les personnes, poursuit l'animatrice. Toi, tu dois conquérir leur cœur... parler avec lui... Tu vas lui parler, donc il faut... comprendre, comprendre, le comprendre, comprendre ce qu'il... ou... Il faut établir une bonne relation avec lui. » La capacité à faire passer des vérités dépend donc d'une bonne relation. Il faut « dire franchement avec amour » indique un médecin. « Les gens qui se connaissent bien, dit Dahl, peuvent réfléchir à certaines questions et en discuter plus franchement. Ils peuvent tenter de se convaincre mutuellement de ce qu'ils pensent être la manière correcte de comprendre un problème, mais cela se fait habituellement de façon polie et agréable. »<sup>67</sup>

Le contenu rejoint la forme : ne pas forcer, c'est ne pas vouloir “démontrer”. On procède de manière indirecte, « en posant des questions », par exemple sur les traitements chez les guérisseurs et ceux avec la médecine conventionnelle. On compare les conséquences des manières de faire. « On lui fait connaître le traitement, dit une animatrice, et ses mauvaises conséquences si on n'allait pas se faire soigner ; et ses avantages quand il va se faire soigner. » « Il faut prendre le temps, dit un médecin, pour expliquer : “voilà, c'est ce qui va se passer.” (...) Quand vous aurez terminé votre traitement, donc vous allez être comme auparavant. » On montre « les conséquences positives et aussi négatives ». Les comparaisons, souligne Rajoana<sup>68</sup>, rendent non seulement « la pensée plus tangible et plus palpable » mais elles font partie « de la vérité morale et philosophique ». On raisonne par métaphores et par analogies. « Parce que ça a marché avec Rafoto, pourquoi ne pas essayer avec Rakoto ? », se dit-on. On doit éviter toutefois des oppositions qui peuvent « créer des collisions frontales désagréables »<sup>69</sup>. « L'opinion commune tiède » (*marimaritra iraisana*) est préférable.

La discussion porte sur les sujets concrets : le coût, la souffrance, la famille, ce qui est « essentiel pour la santé » et « pour celle des autres », comme l'explique une animatrice : « Si ta maladie n'est pas traitée tout de suite, ça va se compliquer » ; « un traitement coûte aujourd'hui 1.000 Ar, il coûtera 100.000 Ar si tu attends » ; « la souffrance peut s'aggraver » ; « l'automédication peut provoquer une autre maladie » ; « cela pourrait infecter toute la famille » ; et pour finir « ça devient : 1 devient 2 ». On doit mentionner les conséquences les plus graves : le risque de mourir et celui d'être exclu. « On peut lui annoncer que cela pourrait l'emmener jusqu'à la mort, explique une animatrice. » « Il suffit

<sup>66</sup> H. Berthier, *Les mœurs et les coutumes du peuple malgache*, Op. cité. p. 26.

<sup>67</sup> O. Dahl, Op. cité. p. 224.

<sup>68</sup> Siméon Rajaona, « Essai d'analyse de la structure de la pensée malgache. Examen de quelques notions », Bulletin de l'Académie malgache, Nouvelle série, 1959, p. 78. Cité par O. Dahl, Op. cité. p. 242.

<sup>69</sup> E. Keenan, “Norm-makers, Norm-breakers : Uses of speech by men and women in Malagasy community”, in R. Bauman, & J. Sherzer (eds), *Explorations in the Ethnography of Speaking*, Cambridge University Press, 1974. Pp.125-143. Cité in O. Dahl, Op. cité, p. 255.

quand même de dire cela, dit une autre, (dans) ce cas d'une maladie qui a vraiment besoin du traitement, qui est mortelle. » « Il ne (faut) pas jouer avec la maladie, dit une patiente, ça peut nous tuer. » Il est question enfin de la menace d'exclusion : « "Si vous transmettez... la société vous exclura." c'est comme ça... qu'il faut faire (Rire), dit une animatrice. » « Les conseils sont des parents en visite, disait-on jadis : si l'on veut bien d'eux, ils restent à coucher. Si l'on en a assez, ils s'en vont après le dîner. »<sup>70</sup> C'est par la bonne entente dont ils sont porteurs que l'on juge les conseils.

Une histoire brève, racontée par Paulhan, résume la façon dont on adopte une règle. L'auteur montre des conducteurs malgaches qui, lors de la première guerre mondiale, « décident » d'accepter un interdit<sup>71</sup> : « Ils disputent ce soir assez longuement et prennent des décisions pour demain : "Vous avez vu, dit Razafinjoelina, ces écriteaux dans le parc "Défense de fumer". Ce n'est pas une idée au hasard des Français, ni parce qu'ils sont les plus forts. Mais l'essence et le pétrole sont choses violentes !". » On a en très peu de mots les ingrédients de la décision : *les soldats parlent longuement de l'interdiction, de ses conséquences [ce n'est pas une idée au hasard], que ce n'est pas pour les forcer [parce que les Français sont plus forts]. Pour finir ils édictent leur conclusion par une métaphore [l'essence et le pétrole sont violents] : ils peuvent tuer les fumeurs.*

### 3.4 Le secret de la tuberculose

Enfin une difficulté majeure persiste concernant la capacité à convaincre les tuberculeux. L'ignorance et la peur de voir un médecin n'expliquent qu'une partie de leurs réticences à se faire dépister et soigner. S'il est aussi question de la « honte », celle-ci renvoie plus secrètement à la peur d'être rejeté par ses proches.

La « honte » – au sens courant, *hènatra* – est liée dit-on à l'image de la « maladie des pauvres »<sup>72</sup>. Mais s'il ne s'agissait que de la pauvreté, on pourrait espérer qu'elle n'est que transitoire. Or la plupart des anciens tuberculeux, après leur guérison, refusent de se dévoiler. La crainte de la stigmatisation semble indélébile. « La société se souvient, dit une animatrice : "celui-là a eu la tuberculose" et les personnes le reprochent. Il reçoit toujours du reproche (bis). » Une animatrice parle de « dénigrement social » à l'image des personnes atteintes du VIH-Sida. « Si vous êtes atteint de tuberculose, dit un médecin : "Ohhh ! Il est tuberculeux ! On n'approche pas de lui, il est tuberculeux. Oui !" Il va être exclu de la société. » La peur ne se limite pas à l'image de la pauvreté, mais est celle d'être « mis à l'écart ». Une vendeuse cite le cas d'une collègue au marché qui a été « discriminée » : « Nous on vend ensemble et quand celle à côté d'elle a connu que c'est la maladie qu'elle a, alors la personne ne lui permet plus de vendre auprès d'elle. »

La peur d'être « mis de côté », « marginalisé » s'étend à la famille. Les malades préfèrent très souvent ne pas informer leurs proches, tout en prenant discrètement des précautions. « Il se peut qu'on va isoler la personne aussi. Il y a un côté de notre culture malgache, (qui dit) "*Velona iray trano, maty iray fasana*" ("vivant sous le même toit, mort dans le même tombeau"), qui est comme la solidarité. (...) Peut-être que les gens ne vont pas mettre la solidarité, s'ils le savent vraiment. » La menace qui plane sur les malades, la pire dans ce contexte culturel, est d'être exclu du toit familial. Le même interlocuteur ajoute : « C'est comme pour la lèpre aussi. » L'image est – depuis toujours – celle d'un rejet familial et d'un abandon. De nombreux *fady* traditionnels sont assortis de la menace de devenir lépreux, sanction suprême. Aujourd'hui encore des villages ayant été atteints par la peste refusent de

<sup>70</sup> J. Paulhan, *La vie est pleine de choses redoutables*, Opus, cité, 1989.

<sup>71</sup> J. Paulhan, *La vie est pleine de choses redoutables*, Op. cité. L'auteur a résidé à Madagascar de 1907 à 1910. Il était diplômé de langue malgache. Durant la guerre, il a été affecté à la formation des conducteurs malgaches.

<sup>72</sup> Statistiquement la corrélation existe mais la maladie frappe aussi des personnes aisées.

le reconnaître et « s’opposent aux mesures d’assainissement ou de désinfection imposées par la loi ». L’étiquette de pestiféré « équivaut à un bannissement »<sup>73</sup>.

Il serait présomptueux de penser résoudre facilement une difficulté aussi profonde. En effet l’analyse suggère que la « honte de la pauvreté », bien que réelle, cache une crainte plus fondamentale d’être exclu de la communauté. Tout ce qui, dans le projet Raitra-TB, pourra être fait dans le sens d’un resserrement des liens autour des malades ira dans le bon sens, *a contrario* de la crainte sous-jacente. La pratique consistant à protéger le secret décidé par les malades paraît essentielle. Mais elle ne suffit pas. Elle ne doit pas empêcher, dans la mesure du possible, d’apporter un encouragement à resserrer les liens au sein des familles concernées.

#### 4. Propositions opérationnelles

Notre objectif est de faire des propositions concrètes qui puissent accroître l’efficacité des projets, et donc de ce fait le nombre de personnes traitées. L’étude d’une culture n’a pas pour objectif de défendre un *statu quo* quelconque. Elle vise au contraire à repérer des logiques culturelles pouvant servir de ressources pour les changements recherchés. On ne prétend évidemment pas traiter tous les aspects de la culture malgache. Certains sujets sensibles n’ont pas pu être abordés tels que la notion de temps et de gestion prévisionnelle<sup>74</sup>, la conception de l’argent et la corruption, les relations hommes-femmes, ou bien le rôle particulier des *Vazaha*.

Les propositions qui suivent ne sont que des pistes de travail. Les partenaires des projets sont mieux placés pour les discuter et en trouver les modalités pratiques. Nous espérons cependant qu’elles aideront à élaborer des méthodes adaptées au contexte culturel. Certaines propositions pourront aussi sembler proches de ce qui *est déjà fait* ou bien *relativement secondaire*. Nous insistons sur le fait qu’il s’agit, dans notre esprit, de souligner ce qui, dans une modalité pratique, prend effet sur les ressorts culturels.

Nos propositions portent notamment sur l’amélioration de la relation de soins, pour inciter les patients à se faire dépister et à se soigner ; des pistes nouvelles en matière d’organisation et de gestion. Un autre bénéfice d’une telle étude est d’éclairer les relations interculturelles entre partenaires. Bien que cet aspect ait été moins directement traité, nous donnons quelques pistes en ce sens.

Nous avons vu dès le premier abord que la question de « la qualité de l’accueil » est citée comme la priorité, concomitamment avec le manque crucial d’argent. Cette priorité est soulignée par tous, patients, personnels médicaux, animatrices sociales, médecins, et responsables de projet. Cette priorité n’est pas surprenante dès lors que l’on comprend qu’elle est l’expression d’une « bonne relation », centrale dans cet univers culturel. La demande est claire, que « tous » les patients, *i.e.* sans discrimination, soient accueillis à l’identique avec le sourire, sans gronder, en montrant une attitude globale d’empathie, en prenant le temps de les interroger, de les écouter et d’expliquer... selon le caractère de chacun ! Si cette image est désirable, de nombreux aspects concrets y font obstacle : le manque d’infrastructures et de moyens, le manque de médicaments et les ruptures de stocks, l’encombrement des files d’attente, l’ignorance et l’indiscipline des malades qui sont cause d’énervements et de « hurlements ». Les expédients, tels que le recours à une “relation”, les “arrangements” financiers cachés et les passe-droits permettent à certains de s’en tirer. Mais ils ne font qu’alimenter l’inefficacité globale et la méfiance des uns et des autres.

---

<sup>73</sup> Collectif Voankazoanala, *Le Henamaso, taureau à dompter*, Op. cité. p. 26.

<sup>74</sup> Voir O. Dahl, *Signes et significations à Madagascar*, Opus cité. pp. 97-109. On se reportera avec grand intérêt à ce texte. L’auteur étudie le problème de gestion prévisionnelle et de renouvellement des stocks. Son analyse concrète fournit un éclairage remarquable sur le renouvellement des stocks de médicaments, qui est à la base des projets de santé en milieu rural (Cf. Projet Inter Aide de lutte contre la mortalité infantile de la côte sud-est).

Les médecins oscillent plus ou moins entre prendre le temps d'expliquer et un recours « sévère » à l'autorité. « Il y a des patients qui ont besoin d'être grondés (rires) parce qu'ils n'arrivent pas à prendre leurs médicaments, dit une animatrice ». Mais la solution ne vaut pas pour chacun, au contraire. « Si y a cinq ou six malades qui viennent, souligne le médecin du projet Raitra-TB, ce n'est pas de la même façon qu'on va émettre des messages à ces personnes. » Mais le caractère impersonnel des relations, le silence apeuré des personnes vulnérables, l'incompréhension des personnes peu éduquées, sont autant de questions sensibles. Les médecins sont confrontés aussi au manque d'hygiène et de propreté des personnes pauvres mais ils sont supposés en supporter l'embarras sans rien dire. Enfin un gros obstacle tient à ce que de nombreux malades – notamment pauvres – « n'osent pas affronter » les médecins. La relation entre les médecins et les patients s'inscrit à l'intérieur des représentations que l'on a des rapports sociaux dans l'univers culturel malgache. Celles-ci constituent le matériau avec lequel on peut construire des améliorations :

1. *Concernant la priorité de l'accueil (reconnue par tous), on sensibilisera les médecins au caractère décisif d'un "bon accueil pour tous".* Un patient qui se sent mal accueilli « ne peut pas se dire "je vais ailleurs" » insiste une animatrice. Certains préfèrent *de facto* s'auto-exclure plutôt que de se sentir discriminé. Dans les années 1960, un anthropologue note que, en matière de soins, « on enregistre de véritables démissions »<sup>75</sup>. Notre analyse montre le caractère critique de la systématisation d'un bon accueil "pour tous" (sourire, ne pas gronder, interroger d'abord...). L'effort d'organisation et de gestion des CSB et des salles d'attente va dans ce sens. On rappellera que la seconde condition d'un bon accueil est l'attention personnelle au malade (empathie). « Les malades, ajoutait Molet, attribuent plus de prix au moment où les soins leur sont donnés qu'aux soins eux-mêmes. »
2. *Organiser des formations aux techniques d'entretien et de communication.* L'expérience nous a montré que ces méthodes sont très appréciées et utiles dans les cultures où l'étiquette est primordiale (Cf. l'exemple des stratégies IEC). L'objectif se résume ainsi : comment accueillir chaque malade avec considération et douceur, dans un temps le plus court possible, en s'ajustant à sa personnalité, le convaincre des règles médicales à suivre et, si nécessaire, le « gronder » en faisant qu'il comprenne que ce n'est pas un manque de gentillesse, mais le conseil d'un ami et avec des conséquences vitales ? Selon la demande des médecins, les formations pourront porter davantage sur : les manières de faire sortir un patient de la peur et de la timidité, les stratégies de conviction, la gestion du temps, etc. On cherchera d'abord l'offre de formation à Madagascar.
3. *Veiller à capitaliser les méthodes pour "communiquer avec les familles" et "convaincre les malades", avec les animatrices sociales.* On organisera des échanges entre elles sur leurs « bonnes pratiques », afin de formaliser les méthodes à appliquer. Selon la demande des animatrices, on pourra leur proposer des formations complémentaires à la communication avec les patients et les familles.
4. *Chercher un accord avec les médecins afin que des animatrices puissent parfois assister aux consultations,* lorsque les patient le souhaitent. Cette participation épisodique aurait l'avantage : a) de rassurer les patients et les motiver à venir consulter, b) faire gagner du temps en aidant le malade à mieux répondre au médecin, c) améliorer les connaissances des animatrices sur la manière de préparer les patients, d) améliorer l'accueil de la consultation (le propre des règles de politesse est qu'elles sont plus "naturelles" en présence d'autres), e) améliorer le suivi des patients avec traitements longs (pour la tuberculose). L'objectif est de mieux travailler ensemble.

---

<sup>75</sup> Louis Molet, « Esquisse de la mentalité malgache », *Psychologie des peuples*, 14 (1), 1959. Les raisons données par l'auteur sont floues et renvoient, comme souvent à l'époque, aux « croyances traditionnelles ». Mais le constat lui-même n'est pas sans rappeler la problématique actuelle.

La condition de la participation des animatrices est que les règles soient définies à l'avance (par exemple, il s'agit d'aider les patients « timides » à s'exprimer, surtout pas de répondre à leur place). Les animatrices pourront aussi insister sur l'hygiène.

5. *Étudier des possibilités de lier le projet-TB à des actions (existantes ou non) de sensibilisation sur l'hygiène et la propreté.* L'hygiène des patients est un problème général qui dépasse le cadre du Projet-TB, sur lequel les ONG sont déjà engagées. Des efforts sont en cours pour améliorer l'hygiène des CSB (Centres de santé). Un effort devra être fait en direction des populations vulnérables. Des liens pourraient être recherchés entre l'accès à la consultation et des actions de formation existantes ainsi que l'accès à des douches publiques.
6. *Former les Agents communautaires de quartier (AC) aux symptômes de la tuberculose et aux risques de contamination.* En pratique, la coopération avec les animatrices sociales a du mal à se concrétiser. On doit s'appuyer sur un *a priori* culturel favorable à toutes les formes de coopération. L'idée qu'il vaut toujours mieux « travailler ensemble » et que l'on « n'arrive jamais à rien tout seul » constitue une « ressource culturelle » sur laquelle s'appuyer pour justifier des efforts en ce sens, même si cette collaboration ne va pas de soi, surtout pour les *Vazahas*.
7. *Associer les tradipraticiens et les former aux symptômes et aux conséquences de la tuberculose,* pour qu'ils incitent plus vite les patients « suspects » à se faire dépister. Il n'y a d'opposition de principe entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne. Cette opposition est le fait d'une mentalité « moderne » tandis que les populations juxtaposent facilement les deux registres. L'objectif premier des guérisseurs est de garder leurs relations avec leurs clients. Ils devraient être accessibles à la peur de voir leur client mourir, aux spécificités des symptômes, à l'accompagnement complémentaire des patients (contre les discriminations ?). Il faudra du temps et des arguments pour les convaincre, mais l'idée d'une collaboration ne doit pas être écartée d'office.
8. *Concernant la « honte » de la tuberculose et la crainte cachée d'une exclusion, on réfléchira à tout ce qui peut être fait dans le sens d'un resserrement des liens autour des malades.* On ne peut prétendre résoudre la difficulté d'un trait. Notre analyse montre que l'idéal sera que se répande l'image du bon accueil qui leur est réservé. Enfin le fait de resserrer l'entraide autour d'eux est une voie pour faire évoluer l'image de la maladie.
9. *Généraliser dans la mesure du possible les groupes de travail mixtes hommes-femmes* (notamment dans les réunions entre médecins). Les femmes arrivent à donner plus ouvertement des informations choquantes et discuter des mauvaises conduites.
10. *Approfondir la compréhension mutuelle des relations interculturelles et, le cas échéant, adapter les méthodes de collaboration.* Cette question n'était pas spécialement prévue dans les objectifs, mais le cadre d'analyse que nous avons dégagé peut y aider. Il est fréquent – de manière générale, sans songer à l'équipe du projet – de rencontrer à Madagascar des expatriés qui sont vraiment décontenancés voire profondément perdus devant des situations culturelles qui les dépassent. De façon plus habituelle, l'expérience montre que l'on gagne systématiquement en efficacité à éclairer les malentendus culturels les plus courants. Ceux-ci se comprennent bien si on les considère de l'intérieur de leurs propres logiques culturelles, sans recourir à quelques lois mythiques qui envouteront les esprits. La clarification des logiques culturelles suppose que chacun des partenaires prennent conscience de ses propres représentations sociales<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Un Français sera plus à l'aise avec les subtilités de l'étiquette ; mais sa vision plus aristocratique risque de l'empêcher de sentir tout à fait les rigueurs d'une étiquette de modestie. Un Belge se sentira plus en accord avec

11. *Un exemple interculturel classique concerne les processus de décision collective.* L'idée, largement admise, qu'à Madagascar les décisions sont consensuelles, sans être inexacte, est très insuffisante pour comprendre ce qui est en jeu. A Madagascar, le but premier n'est pas de confronter des propositions, mais d'élaborer ensemble une décision commune modérée (*marimaritra iraisana*). L'objet d'une réunion est de construire un espace commun d'entente. L'idée suggérée n'est pas de demander aux uns d'adopter les règles d'une dispute contradictoire, ou aux autres de n'admettre que des décisions « tièdes », mais de chercher une manière d'être ensemble qui aille dans le sens d'une collaboration interculturelle fluide. C'est un mélange qu'il faut tenter d'inventer ensemble. Une décision prise en commun gagne à être réactivée en réunion lorsque les membres d'une équipe changent.

*Le caractère transversal des catégories culturelles observées ici conduit enfin à une proposition générale. Ces catégories auraient pu s'observer aussi bien dans d'autres contextes, comme un projet de microfinance, la gestion de la Jirama, des institutions religieuses ou le fonctionnement de la justice, etc. Elles permettraient également d'éclairer des "bonnes pratiques", adaptées à ce contexte culturel. Par exemple, on considère souvent l'incapacité à sanctionner comme un « effet pervers du fihavanana », une sorte de détournement des "valeurs" traditionnelles. Elle est plutôt l'effet de méthodes de gestion qui ne prennent pas en compte les logiques culturelles. Des éléments qui nous ont été rapportés (qui mériteraient d'être regardés de près) indiquent que des procédures de contrôle et de sanctions sont appliquées dans une société de microfinance avec des résultats commerciaux probants. Une telle méthode pourrait alors être transposée avec succès au recouvrement des factures de la Jirama. Plus largement, la gestion des centres et des villages d'Akamasoa devrait offrir un important gisement de réflexions sur des modes de travail collectifs adaptés à ce contexte et exploitant ses ressources culturelles.*

---

la conception participative des décisions ; mais il pourrait se méprendre sur la nature des décisions consensuelles, dont la validité ne s'étend pas vraiment au-delà des personnes présentes.

## Annexe 1, Remerciements et démarche

Nous remercions chaleureusement ceux et celles qui se sont prêtés avec gentillesse à l'exercice délicat de l'interview (Médecins, Sage-femmes, infirmier, Animatrices sociales, bénéficiaires AFAFI, patients jeunes et âgés, pour certains choisis au hasard à l'entrée d'un centre de consultation).

L'auteur souhaite remercier en particulier l'équipe des enquêteurs pour leur engagement et leur perspicacité lors des entretiens et pour leur ténacité dans le travail difficile de traduction et de retranscription : Judith Randriamalala, S.M. Francia Rakotozafy, Herinaina Rasoanirina, Miliary J. Randrianasolo, et Henintsoa H. Raharisolomanana. Le travail a été piloté et révisé par le Dr Fanou Andriamalanahary. Sans ce travail, cette étude n'aurait pas été possible. Nous avons bénéficié de l'appui de Tsilavina Gabriel Razafimahtratra. Que soient remerciés enfin Marc Giordan, Philippe Redon, Dr Thierry Comolet et Dr Fano Andriamalanahary pour leur rôle moteur, leurs conseils et leurs analyses, ainsi que les équipes de l'ONG Koloiana et du projet Raitra-TB dont les analyses ont été très éclairantes. Je voudrais remercier Claire Lesegretain qui, par ses correspondances régulières et son immersion dans la société malgache, a été une source constante de réflexion. Enfin je voudrais redire ma dette à l'égard de mes collègues chercheurs (Philippe d'Iribarne, Sylvie Chevrier, Jean-Pierre Segal et Geneviève Tréguer-Felten), ainsi que des auteurs dont les travaux antérieurs éclairent bien les données de terrain (Cf. bibliographie, Annexe 2).

\*\*\*

La présente étude s'appuie sur l'analyse approfondie d'une trentaine d'entretiens réalisés au cours d'une mission à Antananarivo fin juin 2022. Durant cette mission, nous avons formé cinq enquêteurs à la méthode d'entretien. Ensemble, nous avons réalisé 35 entretiens semi-directifs, traduits puis intégralement retranscrits, en restant aussi près que possible du verbatim. L'ensemble représente environ 28 heures d'enregistrement et 390 pages de retranscriptions.

La notion de « culture » désigne en général la spécificité des rapports sociaux propres à un ensemble social et leur part de permanence. Toutefois elle reste la source de nombreuses confusions. Nous devons donc poser quelques préalables et écarter des malentendus usuels. Dans le langage courant le mot renvoie à un ensemble quasi infini d'habitudes, d'usages, de normes, de valeurs, de techniques ou de productions artistiques. Nous adoptons ici une vision renouvelée de la culture, qui se focalise sur la conception que les membres d'une société ont de leur relation aux autres. Nous ne cherchons pas à repérer des « valeurs malgaches » (ou supposées telles), ni une « identité » mais la manière propre dont les situations sociales prennent sens pour les membres de cette société. La « culture » est considérée ici comme un « contexte d'interprétation », *i.e.* un cadre implicite à partir duquel les intéressés interprètent leurs relations (c'est ce cadre qui donne à chaque culture sa spécificité et sa permanence). Nous cherchons – au-delà de ce qui différencie les groupes sociaux et les ethnies qui composent un large ensemble comme Madagascar, au-delà aussi ce qui bouge avec le temps – les marqueurs d'une manière malgache de donner un sens aux situations sociales. L'approche n'implique pas non plus de déterminisme : les représentations auxquelles les intéressés se réfèrent n'impliquent nullement que les situations réelles leurs soient conformes.

A un premier niveau, nous prêterons une grande attention à un ensemble d'images et de catégories, positives ou négatives, qui entrent en résonance avec ce qui est vécu, et à partir desquelles ceux qui appartiennent à une culture perçoivent les rapports sociaux. Celles-ci servent à donner un sens aux « bonnes manières » de coopérer, de se soumettre à un supérieur, d'appliquer les règles, d'accorder des points de vue, de faire pression sur autrui, etc. Nous ne cherchons pas à définir des « valeurs malgaches » (ou supposées telles), ni une « identité » particulière mais la manière propre dont les situations prennent sens pour ses membres, tout en se lestant des émotions qui leur sont associées dans l'imaginaire collectif. Dans le contexte français, par exemple, on peut citer l'attachement spontané au « métier » ou au « statut » avec ce que, à chaque fois, cela implique de devoirs, de servitudes acceptées, et aussi de « grandeur » ou de « noblesse » revendiquée ; à l'inverse, on note le regard négatif que l'on porte sur celui qui n'agit que par intérêt – dont l'expression « bassement commercial » se fait l'écho, peu traduisible hors de cet univers culturel. Dans chaque culture, on voit ainsi se dégager un ensemble de marqueurs – d'autant plus stables qu'ils sont inconscients – qui pointent implicitement vers ce à quoi l'on aspire et ce que l'on rejette.



Au-delà d'une grande diversité d'images, on discerne à un second niveau plus profond un type spécifique de craintes, associées à des situations génératrices de sentiments d'inquiétude, d'angoisse et de solitude morale. Elles dessinent l'image d'une menace capitale qu'il est essentiel de conjurer, une figure d'un péril, crainte entre toutes. Celle-ci conduit les membres d'une culture à prêter une attention particulière, dans ce qui advient dans la vie courante, à ce qui évoque cette menace ainsi qu'aux manières d'y échapper. L'opposition entre ces deux pôles forme une sorte de scène de péril et de salut qui marque secrètement les cultures, et dont on voit de multiples affleurements dans les images qui servent à donner un sens aux situations sociales. Cette peur centrale donne aux images courantes leur cohérence et elle explique la permanence des représentations.

Dans la société française, le refus de se soumettre « servilement » devant qui est plus puissant et peut vous nuire, ou par intérêt devant qui peut vous faire bénéficier de ses faveurs, suscite des sentiments violemment négatifs. Cette crainte trouve de multiples échos, que ce soit dans des figures historiques ou mythiques jusqu'à celle du « petit chef » honni parce qu'il est le « larbin » des puissants. A l'inverse la grandeur d'un métier protège chacun de devoir « se plier » devant les caprices d'un supérieur ou d'un client. Autre univers, aux États-Unis, le péril de la servilité occupe aussi une place centrale, mais il se caractérise différemment avec la crainte d'être à la merci d'une intrusion d'autrui dans sa liberté ; alors que l'on doit pouvoir rester maître de son destin et de ses choix. Par exemple, un respect scrupuleux des lois et des contrats permet à chacun de restreindre strictement son action à ce à quoi il s'est engagé. D'autres cultures tiennent à d'autres craintes fondamentales : au Cameroun, les mauvaises intentions cachées d'un proche qui pourtant fait bonne figure, en Chine la peur du chaos, ou en Inde celle de l'impureté... Ces évocations très partielles ne sont données qu'à titre comparatif avec ce qui suit<sup>77</sup>.

A Madagascar, notre premier objectif est de tirer des entretiens réalisés sur la relation de soins un ensemble de marqueurs, d'images, de manières de donner sens, de catégories autour desquelles s'organisent de façon générale les rapports sociaux. Dans un second temps, nous verrons que celles-ci font écho à une peur fondamentale.

Un point reste à mentionner concernant l'hypothèse d'un univers culturel commun à la Grande Île. Tous les auteurs rappellent qu'il existe de fortes disparités entre les "ethnies", entre les régions et aussi entre les castes. Cependant la plupart d'entre eux admettent ici l'existence d'une culture « malgache » (nous avons déjà rencontré des cas comparables en Suisse et en Belgique)<sup>78</sup>. Dans le cas présent, notre démarche – prenant appui sur la diversité des personnes interrogées en termes d'âge, de genre, et d'origines sociales ; la méthode d'analyse des entretiens ; la comparaison avec d'autres cultures – permet de dégager un ensemble de marqueurs communs. Certains traits que nous avons observés ont déjà été repérés par de nombreux auteurs, qui les ont considérés comme communs « à tous les Malgaches » (cf. Collectif Voankazoanala, Noiret, Dahl, Ürfer, Ralibera, Hervouët). Notre échantillon ne permet pas de repérer des différences liées au genre. D'autres travaux présentant des cohérences avec notre analyse nous ouvriront toutefois des pistes utiles. Concernant les différences entre classes d'âges, notre approche s'intéresse plutôt aux continuités. Nous vérifierons d'ailleurs la permanence de certains repères sur plusieurs générations, même s'il sera intéressant à l'occasion de savoir comment certains changements se produisent autour de ces repères.

Partout la culture met en jeu des sentiments très forts et très profonds, susceptibles de susciter des réactions passionnelles devant une manière d'agir culturellement inappropriée. Ce qui paraît aller de soi en un lieu peut susciter indignation et totale incompréhension en un autre lieu. Une meilleure connaissance de l'univers culturel local doit éclairer les manières de coopérer dans le projet-TB et ouvrir des voies pour en améliorer l'efficacité.

---

<sup>77</sup> Une présentation de ces univers culturels n'a pas sa place ici (voir bibliographie). Cependant notre approche est *comparative* comme on peut le voir dans plusieurs des notes de bas de page.

<sup>78</sup> L'approche est empirique. Nous ne posons pas les frontières *a priori* d'un ensemble culturel. Nous vérifions parfois l'existence de traits nationaux, qui n'effacent pas pour autant les différences entre régions ou sous-groupes (notamment linguistiques). Ph. d'Iribarne et al., *Cross-cultural Management Revisited*, Op. cité.

## Annexe 2, Bibliographie restreinte

- Andriamantjato, Richard, *Le tsiny et le tody dans la pensée malgache*, 1957 (2013)
- Dahl, Oyvind, *Signes et significations à Madagascar*, Présence Africaine, Paris, 2006 (ver. Angl. 1999).
- Hervouët, Loïc, *Comprendre les Malgaches, guide de voyage interculturel*, Riveneuve, 2019.
- Ink, Laurence, *Un zébu léchant les pierres*, No Comment éditions, Antananarivo, 2015
- d'Iribarne, Philippe, « Commune de Papeete et Marquises », *La République, le Pays et le Tavana, des politiques publiques à l'échelle communale en Polynésie française*, F.Audras et al., Études de l'ADF, 2016.
- d'Iribarne, Philippe, Chevrier, Sylvie, Segal, Jean-Pierre, Henry, Alain, Tréguer-Felten, Geneviève, *Cultures et Management international, un nouveau paradigme*, Presses des Mines, 2022 (édit. anglaise, *Cross-cultural management Revisited*, Oxford University Press, 2020).
- Mannoni, Octave, *Psychologie de la colonisation*, Seuil, 1950 (2022).
- Paulhan, Jean, *Le repas et l'amour chez les Merinas*, Fata Morgana, 2005 (1909).
- Rajeriarison, Patricia, Urfer, Sylvain, *Madagascar, idées reçues sur la grande ile*, Ed. Le cavalier bleu, 2016.
- Ralibera s.j., Rémy, *Vazaha et Malgaches en dialogue*, Impr. Catholique, Fianarantsoa, 1966.
- Chevrier, Sylvie, Viegas Pires, Michaël, « Prendre en compte la dimension culturelle dans les pratiques de délégation des responsabilités », *Les Documents de la direction scientifique*, GRET, n°71, 2011.
- Urfer, Sylvain, *L'écume et la vague, Où va Madagascar ?* Foi et Justice, Antananarivo, 2015.
- Voankazoanala (Collectif), *Série Culture malgache*, Foi & Justice, Antananarivo, Sept livrets bilingues :
  - *Le Henamaso, taureau à dompter*, 2011
  - *Le consensus à l'épreuve*, 2013
  - *La peur, contrainte et dépassement*, 2014
  - *Le Fihavanana, au péril de son renouveau*, 2015
  - *En finir avec le laxisme*, 2017
  - *Le labyrinthe de la jalousie, quelle issue ?* 2019
  - *Vaincre l'impunité*, 2019

Auteurs ayant participé à la rédaction des livrets : Olivier Rakotomalala, Gilles Clet Rakotomanga, Lantoarisata Ranoroamanandraibe, Harvel Bienvenue Randrenjatovo, Arsène Razanatsimba, Jeannette Razanamahasoa, Sylvain Urfer.