Les Dits de la Sage-femme en contextes réunionnais et mahorais

Anne Guernalec[(1)], Nathalie Wallian[(2)]

(1) Doctorante en Sciences de l'éducation
Université de la Réunion, Laboratoire Icare EA 7389
(2) Professeur en Sciences de l'éducation
Université de la Réunion, Laboratoire Icare EA 7389

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 5, No 2 | pp. 133-147

Reçu le : 12/02/19 | Accepté le : 12/04/19

Résumé : Bien que régi par des règles et des normes institutionnelles les modalités d'exercice du métier de sage-femme varient en fonction des contextes culturels dans lesquels elles accueillent les naissances. Ainsi à Mayotte et à La Réunion, les sages-femmes mettent en dialogue la culture des parturientes pour exercer au mieux leur métier. Ce dialogue, construit au fil des expériences biographiques, recouvre en fait la question de l'acceptation d'autrui dans l'altérité des cultures et traditions familiales. Cette étude s'appuie sur les Dits de Sages-femmes (N = 6) qui témoignent des manières dont elles prennent en charge l'altérité de l'univers de référence de la patiente pour mener au mieux, en contextes, les intérêts de la mère et du nouveau-né. En postulant que le sens est le résultat d'une co-construction, la méthodologie d'analyse du discours s'appuie sur le concept de "possibles interprétatifs" (Charaudeau, 2016) partagés et négociés au plus près des identités et des cultures mutuelles. En abordant le discours sous l'angle de la médiation culturelle des savoirs l'analyse de contenu et du discours montre que c'est la rencontre avec l'altérité qui génère l'émergence de compétences d'interface et in fine autorise l'intercompréhension et l'auto-formation aux compétences d'interface.

Mots-clés : sage-femme, compétences d'interface, possibles interprétatifs, analyse du discours, contextualisation, Réunion-Mayotte

---

"L'interdisciplinarité est ce qui évite ce que j'appelle l'"arrogance" disciplinaire, c'est-à-dire, l'enfermement dans une seule discipline pensant qu'elle est seule maître de l'objet d'étude. Il n'y a pas d'objet exclusif d'une discipline" (Charaudeau, 2016, p. 9).

Introduction

Comme dans toute profession, les témoignages autobiographiques des Sages-Femmes (SF) constituent la mise en récit d'expériences singulières à haut potentiel professionnel

(ONDPS, 2016), symbolique, culturel et émotionnel [1] [2]. Cependant ils sont généralement considérés comme le reflet fictif d'une réalité professionnelle altérée par les biais de l'expérience du terrain et de son pendant, le vécu émotionnel intime. Pour autant, l'authenticité et la pertinence de ces récits de vie engagent une réalité située et vécue de l'intérieur qui, sans être partageable ni recontextualisable, autorise l'accès à ce qui fait sens, à un moment donné d'une trajectoire professionnelle. Considérant que le discours n'est pas un système décontextualisé mais un moyen d'échange et d'interaction (Rabatel, 2005) la question est de savoir comment accéder à la manière infiniment personnelle avec laquelle les SF négocient en contextes les modalités (trans)culturelles de l'exercice de leur métier. En restituant leur expérience singulière, celles-ci conceptualisent, certes, les catégories de savoirs utiles pour l'exercice du métier : elles tissent également des manières de contextualiser leurs savoirs en actes au regard des contextes d'exercice et des profils culturels des parturientes, le métier du soin étant par essence adressé. En formulant leur récit de vie elles relisent et réinterprètent les traces de leur cheminement professionnel et personnel tout en opérant un retour réflexif sur les inflexions et les transformations opérées durant leurs carrières. Nous postulons qu'en s'appuyant sur la co-construction de leur expertise dans et par le dialogue entre pairs, avec la patiente et au fil des événements d'expériences, les SF incorporent l'altérité des contextes comme une opportunité de rencontre aux fins de s'ouvrir à d'autres espaces culturels propices au déploiement et au développement de leur expertise professionnelle.

L'objet de cette contribution consiste à donner la parole aux SF exerçant à Mayotte et à La Réunion [3] à propos des dimensions transculturelles de l'exercice de leur métier. Il s'agit de décrire et comprendre comment elles élaborent durant leur trajectoire professionnelle des "compétences d'interface" (plutôt que "de contextualisation" (Sauvage-Luntadi et Tupin, 2012) qui, nées du dialogue avec les situations de travail et de l'interaction avec les patientes, servent d'appui pour une rencontre avec d'autres identités Ces compétences, que nous qualifierons « d'interface » sont à la fois *structurées* par la mobilité au sein des différents espaces culturels et socioprofessionnels et *structurantes* de l'exercice pratique du métier, tant au plan des valeurs et des savoirs qui les portent que des gestes techniques qui les incarnent.

Nous verrons dans un premier temps qu'aux fondements de la profession de SF se pose une forme de nomadisme propice aux influences croisées. Ensuite, nous montrerons que les compétences d'interface ouvrent les "possibles interprétatifs" et autorisent la porosité des prescrits aux contextes. Enfin, nous verrons que la tolérance aux croyances locales est culturellement négociée sous le joug des (cruelles) réalités.

1. Les travaux de Delory-Momberger prennent en charge l'étude de la biographie dans la construction du sujet à travers les processus de formation et de socialisation, notamment en contexte sociétaux variés : ils s'appuient en cela sur des approches qualitatives de type herméneutique. Ceux d'Alaoui (2018) partent de la pratique du journal interculturel critique. D'autres approches plus psychanalytiques (Buczic etTerrisse, 2014 ; Chaussecourte, 2003) mettent l'accent sur le déjà là inconscient. Pour cette étude, le cadre théorique engage une méthodologie inspirée d'Ainswoth-Vaughn. *In* Schiffrin, Tannen et Hamilton (2001) : « *As in the case of relogious retuals, the approved speech activities, their phrasing, and their sequance are taught explicitly by the ordained to the neaphyte (in medical schhol). Another smilarity to religious rituals is the fact that the design of the discourse is subject to overt debate and change* » (ibid, p. 454).

2. On compte en 2014 21 700 sages-femmes dont 44% en maternités publiques, 10% en privé, 15% en libéral, 7% polyactives, 16% sans activité ; âge moyen 40, 3 ans. [En ligne] : http ://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/

3. Les statistiques ethniques étant interdites en France, la question des origines culturelles des personnels n'est pas considérée comme une donnée objective : les appartenances culturelles des SF étudiées sont à propos métissées.

1 Flexibilité, mobilité et nomadisme : aux fondations du métier de SF

La formation initiale sert de creuset à une mise en forme des postures et des pratiques professionnelles de haute technicité, dans laquelle le hasard du début de carrière occupe paradoxalement une part non négligeable :

> « . . . en sortant de l'école, j'avais envie de voyager, j'ai envoyé mes CV dans tous les DOM-TOM, Mayotte a répondu en premier, j'ai pris l'avion ! j'ai du mal à me rappeler si en montant dans l'avion je savais où était Mayotte sur la carte ! (rires) et voilà ! puis je suis arrivée et puis je me suis plu ! » (Esméralda, 79-82)

Depuis 2010, le "nomadisme professionnel" des sages-femmes est une réalité qui exige une mobilité tant intellectuelle que géographique (ONDPS, 2016) : le parcours d'insertion est complexe voire chaotique et exige une grande flexibilité. En naviguant entre différentes structures (bloc opératoire, services hospitaliers, cabinets de consultation, dispensaires. . .), avec des partenaires aux cultures et aux formations variées (médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, infirmières puéricultrices, aides-soignantes. . .) et dans des aires géographiques multiples (lieux de formation initiale et de stages, contrats successifs, migration dans des espaces variés,. . .), la SF déploie de gré ou de force des compétences d'adaptation et de dialogue interprofessionnel et interculturel :

> « La sage-femme n'est pas forcément amenée à exercer toutes ses compétences en métropole. . . ici je peux pratiquer, je peux pratiquer régulièrement, sans outrepasser mes compétences, du fait que, ben il n'y a pas de puéricultrice en salle d'accouchement, et du fait du manque de médecin. » (Esméralda, 99-116)

L'essence même du métier est donc caractérisée par une ouverture à des mondes et à des univers de références étendus moyennant la prise de hautes responsabilités : le corrélat est la mobilité et la flexibilité pour l'entrée dans le métier (ANESF, 2018). Dans un contexte socioculturel *a fortiori* éloigné de celui de la SF, la prise en charge d'un univers de référence signifiant commun mais étendu -et à partager- est vital :

> [À Mayotte] « on tourne, on n'est pas affectée, contrairement à d'autres maternités, à des postes fixes, on tourne tout le temps. . . j'ai fait un peu de tout, accouchements, grossesses patho, en suites. . . » (Valérie, 39-43)
>
> « Il y a un turn-over pour les sages-femmes, un turn-over de plus de 50% dans l'équipe, c'est énorme, sachant qu'on a une équipe de presque 90 sages-femmes à Mamoudzou seulement, donc t'imagine, y'a 40 à 50 qui tous les ans s'en vont. » (Esméralda, 802-804)
>
> « On doit être moins de dix SF à Mayotte à avoir autant de temps sur place, peut-être 20 sur 200, une minorité en tout cas, les gens restent un voire deux ans. Ils viennent de toutes les écoles, puisqu'il n'y a pas d'école sur place, donc aussi on s'enrichit des pratiques de Paris, de Marseille,. . . alors que quand on a fait ses études à Marseille et qu'on va bosser à la maternité

> de Marseille, on n'a quasiment que des gens qui ont fait les études au même endroit avec les mêmes protocoles, le même parcours, donc ça limite un peu les horizons, l'obstétrique c'est pas non plus une science exacte, il y a une part de cuisine un peu, et donc y'a un peu moins de métissage de cuisine, Mayotte a ce côté sympa aussi pour ça. » (Valérie, 150-154)

La mobilisation de compétences variées passe par l'opportunité d'agir en cas d'urgence vitale, engageant une expertise professionnelle pleine, en cas par exemple de dystocie des épaules ou d'hémorragie de délivrance :

> « Le bébé, pas de son pas d'image, on commence la réanimation, on appelle le médecin, le pédiatre, mais nous on l'a commencé, et ça fait partie de nos compétences. Et tout ça c'est des choses qui en métropole, mes collègues ne sont pas amenées à pratiquer régulièrement et résultat : c'est même des gestes qui leur font peur maintenant, alors que ça fait partie de notre métier. » (Esméralda, 122-126)

La question est de savoir comment les SF orientent l'exercice de leur métier en contextes mahorais et réunionnais. Afin d'analyser cette diversité complexe et évolutive de conceptions et de pratiques de SF, il est nécessaire de croiser plusieurs approches. Nous proposerons un détour préalable dans le domaine des sciences du langage autour du concept de "possibles interprétatifs" pour questionner le métier sous l'angle des "compétences d'interface" de la SF.

1.1 Les Dits : méthodologie

Dans la collecte des "Dits des SF", l'enjeu consiste à compiler des fragments d'expériences professionnelles et humaines signifiantes (pertinentes) pour autoriser un tour d'horizon cohérent des modalités d'exercice de la profession ainsi que de la vision du monde singulière qui l'oriente. En quoi ces "Dits de la SF" autorisent-ils l'accès aux compétences d'interface ?

1.2 Compétences d'interface : "possibles interprétatifs" et dynamiques de changement

Les compétences d'interface d'un individu consistent à se libérer des propres modes de raisonnement habituels (UNESCO, 2013) et des allants de soi pour (inter)agir en contextes culturels *autres que* le sien propre (Bartel-Radic, 2009 ; Weisser, 2015) : c'est la manière dont il va lire et interpréter la "propension des choses" (Jullien, 1992) qui va signer son appartenance et sa congruence -ou non- au monde environnant pour ouvrir des modalités d'action. Dans bien des métiers où l'intervention s'opère en "tous terrains" voire en "terrain incertain" (exemples : urgentiste, enseignant, ingénieur… et SF), les compétences d'interface nécessaires pour résoudre des situations professionnelles complexes exigent des manières de comprendre, c'est-à-dire de *lire* et d'*interpréter pour agir* sous pression temporelle et en contexte hautement normé. Plus précisément dans le cas de la "SF tous terrains", les compétences d'interface sont incontournables pour identifier, reconnaître et comprendre l'univers de référence de la future mère *et* également des partenaires de l'équipe des professionnels. En explorant l'univers de référence qui oriente les façons de

dire et de faire dans l'aide et le soin, la SF va intégrer les espaces différentiels et variés qui questionnent ses pratiques au risque d'en compromettre l'issue.

2 Les Dits. Compétences d'interface, valeurs et croyances fondatrices du métier

Les compétences d'interface de la SF se situent à la croisée de plusieurs systèmes de valeurs (Zarate, 2003) qui sont externes et internes. Dans la première catégorie, la formation professionnelle initiale, les expériences capitalisées, les systèmes de croyances et de valeurs, les savoirs académiques et d'expérience servent de toile de fond à la lecture interprétative. Dans les Dits des SF, des valeurs sont profondément ancrées dans les pratiques et portées par les discours :

> « La magie de la naissance, c'est un moment quand même fort. » (Valérie, 47-48)

La spécificité du métier de SF est définie *a contrario* :

> « En orthoptie, il y a le côté soin et intellectuel mais il n'y a pas de contact physique, c'est pas un métier où on touche les gens et ça me manquait, je savais que ça allait me manquer, pas d'urgence non plus. » (Valérie, 8-10)

Mais la majeure définition du métier de SF est également portée par la comparaison :

> « En France métropolitaine ou à La Réunion, qui reste très proche, il y a une culture différente ; je pense qu'en France on nous fait voir que la grossesse est une maladie et qu'on a des patientes et pas des gens qui vont fonder une famille, et ça c'est dans notre culture française, voilà ! ... On n'est pas malade ! » (Valérie 73-76)

Ce travail de mise en confiance passe également par la levée des doutes et par la mise en lisibilité des comportements -inédits pour la nouvelle mère- du bébé. Cette aide au travail interprétatif de la jeune mère est fondatrice de la lecture des situations et de la mise en dialogue avec le bébé :

> « ... notre rôle aussi c'est qu'elle puissent rentrer à la maison avec un peu moins de questions, et un peu plus sereines, souvent c'est le stress, partir de la maternité, se retrouver à la maison sans sonnette pour appeler quand il y a un problème,... c'est les rassurer sur leurs compétences... le fait de dédramatiser aussi plusieurs situations, le bébé qui pleure, c'est pas grave, je leur explique que c'est pas grave, c'est sa seule façon de s'exprimer, il peut pleurer parce que [...] ou [...] donc accepter le fait que votre bébé pleure, il ne faut pas que ce soit un stress, ça ne veut pas dire qu'il est malheureux... » (Marjorie, 454-468)

La dimension axiologique est omniprésente dans le discours des SF, allant jusqu'à questionner l'essence même du métier. La question est maintenant de savoir comment est symboliquement et pratiquement engagé l'acte de la mise au monde (Lemay, 2017).

2.1 *Mettre au monde*, un acte fondateur et une affaire de conviction

Le constat d'une signification culturelle du concept de naissance [4] comme rite de passage à Mayotte explique le fait que celle-ci est vécue sereinement par les patientes :

> « C'est culturel, je pense que la naissance, accoucher, c'est un passage, c'est important pour la femme mahoraise, d'accoucher dans la douleur, voilà, c'est une fierté à mon avis, elles sont peut-être -c'est une supposition- plus reconnues. » (Marjorie, 7-10)
>
> « C'est le but d'une vie, la vie d'une femme c'est le but de ça ! une femme sans enfant, ce n'est pas vraiment une femme » (Esméralda, 227-229)

Les enjeux symboliques et sociaux de la mise au monde dépassent ceux du mariage : inscrits dans une tradition plutôt matrilinéaire où une maison peut être offerte en dote, selon le principe de matrilocalité [5], ils expliquent les fréquentes grossesses précoces. Celles-ci permettent d'accéder à l'indépendance : les fréquentations extra-conjugales, les divorces et les nouvelles alliances permettent de la maintenir. C'est en fait l'existence de l'enfant qui établit les obligations du père, lequel est qualifié "d'impensé" dans les liens (Jacques, 2012). La fratrie est ainsi élaborée au fil des alliances successives et des naissances consécutives :

> « Quand tu comprends qu'à la maison ou quand chez toi, tu n'es pas grand-chose, t'es rien et que tu deviendras quelqu'un et tu auras une place dans la société -tout ça- à partir du moment où tu as un enfant, bon, ben je comprends, peut-être que moi aussi je ferais la même chose, j'aurais un enfant rapidement, pour avoir une place. » (Esméralda, 185-188)
>
> « Tout le monde ici a eu plusieurs maris... Elles font ce qu'elles veulent, elles peuvent être indépendantes, déjà, elles ont eu leur maison, parce que ça, ça va être dans la dote, tout ça, on leur aura construit la maison, elle aura été remplie par le mari et par la famille du mari tout ça, donc elles vont pouvoir avoir cette indépendance-là, donc elles ne bougeront plus de cette maison-là. » (Esméralda, 198-201)

La naissance est donc vécue comme un changement de statut qui institue un processus au cours duquel la jeune mère se réalise en s'isolant mentalement du monde pour vivre pleinement l'instant :

> « ... souvent les patientes mahoraises, elles sont dans leur bulle, elles ont -entre guillemets- pas forcément besoin d'aide, voilà, elles arrivent à... elles gèrent toutes seules... Les patientes mahoraises demandent pas forcément qu'on soit là, ou alors si on y est, on sent que voilà, c'est leur truc et elles sont dans leur bulle à ce moment-là. » (Marjorie, 26-29)

4. Le taux de natalité s'élève à 41‰ avec 4.1 enfants par femme à Mayotte en 2012. [En ligne] : https ://www.insee.fr/fr/statistiques/3048782

5. Principe clanique par lequel l'épouse reste dans le village de sa mère, l'époux venant habiter chez les beaux-parents et les grands-parents

Ce changement de statut n'est pas que symbolique, il engage par la naissance le changement de dénomination de la mère qui perd son prénom :

> « Dans la culture mahoraise, elle devient une femme à partir du moment où elle a un enfant. Elle change de nom à ce moment-là... on l'appelle Ma-Carlo (Ma, qui signifie mère + nom du premier enfant). Donc tu ne portes plus ton vrai nom en plus, tu changes d'identité, tu deviens la mère de... » (Esméralda, 176-182)

Dans le discours des SF, le rapport à la douleur est culturalisé [6] et le seuil de douleur semble localement plus élevé ou tout au moins pleinement assumé, au point d'être peu exprimé :

> « Les patientes à La Réunion, elles ne sont pas du tout douillettes, les créoles, elles ont un taux de tolérance à la douleur vachement différent de celles de métropole... elles ne se plaignent jamais, une césarienne, 3 heures après elles sont debout. En métropole, elles restent couchées pendant 2 jours, ça n'a rien à voir ! ... quand on les reçoit en début de travail, elles arrivent avec un col qui est déjà vachement favorable, alors qu'en métropole, tu reçois des patientes qui sont au bord de la crise de nerf et qui ont le col fermé. » (Célimène, 304-307)
>
> « Moi je viens du sud de la France, dans tout le bassin méditerranéen, la douleur, on l'exprime, quoi, j'ai fait un stage en Tunisie, ça crie, quoi, on est là pour dire qu'on a mal et on est là pour le faire savoir, c'est comme ça que ça s'exprime. Ici (à Mayotte), quand elles ont vraiment très, très mal, elles plissent les yeux, elles vont fermer et elles vont faire "t-t-t-t-t-t-t", c'est quand même une maîtrise de soi qui est quand même assez impressionnante ! » (Esméralda, 151-157)

En métropole, les indicateurs de taux élevés de péridurale (32% contre 10% à Mayotte) (INSERM et DREES, 2017) marquent un rapport social syncrétique et fantasmé au geste médicalisé de prise en charge, porté par les lieux communs :

> « On garde ce côté patriarcal, on infantilise un peu les gens, en faisant peur, et je pense que cette peur est hyper-présente, et on quand même le taux de péridurale le plus élevé au monde, je pense que les femmes françaises n'ont pas de raison d'avoir plus mal pendant la naissance qu'une anglaise ou qu'une espagnole, donc y'a une part de culturel. Beaucoup de femmes, ici ou ailleurs, quand elles annoncent leur grossesse, "Ah il faut que tu prennes la péridurale sinon tu y arriveras pas." » (Valérie, 99-104)
>
> « La peur de la douleur reste suffisamment prédominante pour que ces femmes continuent d'accepter tous ces inconvénients (de la péridurale), mais ça c'est

6. Le paradigme *naturaliste* de la mise au monde consiste à postuler que l'instinct et la nature se chargent de faire advenir l'accouchement et l'allaitement, la douleur étant liée à l'accouchement. Le paradigme *médical* postule qu'elle présente des risques que l'intervention permet de réduire. Dans le paradigme *culturaliste*, l'accouchement est un construit social orienté par les représentations individuelles et collectives en cours dans l'espace culturel de référence. C'est cette dimension, sur un mode non relativiste et critique, qui est explorée dans l'étude.

> typiquement français... c'est pas rien, c'est vraiment pas anodin, donc du coup nous, les soignants, on est habitués à suivre aussi, on s'perd un peu,... Mayotte est à côté pour ça ; on a 10% de péridurale. » (Valérie, 111-116)
> « À Mayotte, elles ont la culture de "tout le monde l'a fait sans, donc je vais y arriver" » (Valérie, 194)

À Mayotte, cette technique représente un paramètre de gestion du débit des naissances [7] :

> « La péridurale en elle-même les médicaments ne ralentissent pas le travail, sauf qu'une fois que tu as la péridurale, tu restes clouée sur ton lit et tu ne bouges pas, et c'est le fait de ne pas bouger, de rester statique, qui va faire en sorte que les choses prennent du temps... ça nous permet de gérer les lits » (Esméralda, 639-643)

Le travail d'interface auquel est soumise la SF consiste donc à mettre en dialogue les rapports d'intériorité et d'extériorité au métier de SF avec les savoirs traditionnels liés à la maternité. Il est à noter que la particularité de cette relation repose sur le fait que la mère n'est pas à proprement parler une patiente puisqu'être enceinte ne signifie pas être malade. Dans ces conditions, la relation d'aide des SF relève plus de la mise en dialogue entre traditions et obstétrique.

2.2 Des techniques corporelles et médicales refaçonnées par les contextes

Le rapport au temps et à la durée du travail d'accouchement est modifié à Mayotte car les parturientes prennent seules en charge les premières contractions et attendent pour se présenter à la maternité, ce qui réduit le temps de prise en soin :

> « La première fois que tu vois une femme qui arrive en travail et qui n'a pas l'air spécialement algique, on fait "on va vous examiner, hein, mais je pense que vous allez pouvoir rentrer chez vous", et elle est à 8 cm, quasiment à la fin, elle est aux 3/4 de son travail ! Tu as un coup, tu te dis "elle gère vachement bien, elle est en train d'accoucher, c'est pas possible" » (Valérie, 164-168)

Le caractère extrême des conditions de travail amène la réalisation de deux projets de délégation de compétences aux SF de Mayotte pour autoriser la formation et l'usage de ces techniques normalement réservées aux obstétriciens :

> « Avec l'ARS, on a travaillé à rédiger ce projet et à former les sages-femmes dans les maternités périphériques, sur des critères très, très restrictifs et très précis, elles peuvent effectuer une ventouse Kiwi, en ayant prévenu le médecin évidemment. » (Esméralda, 735-737)
> « Le ballon de Bakri c'est un outil récent, dans la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, qui consiste, à, une fois qu'on a vérifié que l'utérus

7. 26% d'un échantillon (n = 1835) (Kpéa et *al.*, 2016) préfère accoucher sans analgésie neuraxiale ; cette préférence est associée à une parité élevée, à des conditions sociales défavorables et à un accouchement dans une maternité publique. Les résultats de l'étude suggèrent que la parité, la gestion du travail et la disponibilité des anesthésiologistes jouent un rôle majeur dans la décision intrapartum d'utiliser l'analgésie neuraxiale chez les femmes qui ont initialement préféré ne pas l'avoir.

était complètement vide... ça a été rédigé, pour les sages-femmes, spécifique à Mayotte. » (Esméralda, 745-748)

Les techniques sont clairement questionnées à l'aune des usages en contextes (ARS, 2016 ; 2018), dans une perspective pragmatique et sous le feu des contraintes qui refaçonnent les manières d'exercer. C'est autour du soin au bébé que se cristallisent les variations de pratiques.

2.3 Une sensibilité des prescrits aux contextes concernant les soins au bébé

L'allaitement est à Mayotte pris en charge par la mère comme un allant de soi fondé sur les traditions familiales et ne semble pas poser de problèmes majeurs :

> « Étonnamment, même si elles (les mahoraises) sont plus instinctives, elles n'auront aucun doute sur l'allaitement, les soins au bébé. Elles sont dans une société très matriarcale où la maternité -elles ont toutes quand même beaucoup d'enfants, en moyenne 4, 5, 6, 10- c'est des grandes familles, donc elles ont toutes vu soit leur demi-frère ou sœur, elles ont toutes vu une femme allaiter... elles ont une grande autonomie, quasiment aucune femme ne vient pour des problèmes d'allaitement, c'est rare. » (Valérie, 306-313)

Cependant l'allaitement peut prendre la coloration d'un élément de distinction sociale : il fait abandonner les pratiques traditionnelles d'allaitement maternel au sein au profit du biberon :

> « Ils font rarement de l'allaitement strict, c'est tout de suite mixte, parce qu'ils ont encore la culture du "si je peux payer du lait, c'est que je suis riche", donc ce besoin de l'exposer, "j'ai les moyens de payer les biberons. » (Valérie, 383-385)
>
> « En général elles font du mixte quand elles sortent de la maison, pour ne pas avoir à allaiter ailleurs, alors que certaines exposent leurs seins sans problème, ça dépend des gens, donc il y a une part qui l'utilise comme ça, celles qui bossent pour le retour au travail (Valérie, 386-389). Les seuls conflits parfois, c'est sur l'eau qu'elles veulent introduire, rapidement, quand elles allaitent, on essaie de leur dire que voilà, avec un biberon, vu la qualité de l'eau, c'est pas génial, mais bon... » (Valérie, 396-399)

L'acculturation sociale entre femmes de tous âges présente un puissant moyen d'auto-formation et autorise la reproduction des modes familiaux :

> « Quand une femme voit toutes les femmes d'une génération au-dessus ou de ses égales, allaiter, elle se posera peut-être moins la question qu'une qui n'a jamais vu une femme de sa famille ou dans son entourage l'allaitement et que tous les bébés, sont... Je ne dis pas forcément, mais ça crée quand même un terrain et puis on sait que pour l'allaitement le soutien il est hyper important pour la réussite de l'allaitement, et si le père il est dans une culture où pour lui, il voit toutes les femmes, il a vu sa mère allaiter, il a vu ses sœurs allaiter,

> ben pour lui c'est peut-être une évidence de voir sa femme allaiter, et c'est peut-être pas le cas pour quelqu'un qui est, qui n'a pas cet environnement et cette culture-là. » (Hafou, 180-187)

Allant à l'encontre des situations économiques défavorisées, certaines représentations font obstacle dans l'interprétation des préconisations des SF. Ainsi, les patientes mésinterpètent le refus de proposer des biberons au nouveau-né en l'imputant à un souci de limiter les coûts d'allaitement :

> « Parfois mes patientes, quand elles reviennent me voir, elles me disent "ben ils n'ont pas voulu me donner mes biberons, ils étaient radins, ben non ! c'est pas qu'ils étaient radins, c'est qu'ils voulaient que ton allaitement marche. » (Valérie, 405-409)

Le contact peau à peau avec le bébé -et même son toucher- dès la naissance, préconisés en métropole pour son bien-être, ne sont pas une pratique signifiante à Mayotte (Pouget, 2001) :

> « Le peau-à-peau c'est pas une grande demande. Limite si on le propose, quoi ! » (Esméralda, 284)

Le bain du bébé est prodigué en maternité essentiellement afin de sensibiliser la jeune mère aux gestes de soin et d'hygiène en sécurité :

> « ... pour pouvoir transmettre des conseils de sécurité, parce qu'ils n'ont pas tous l'eau, l'électricité, ce bain est plutôt un moment d'apprentissage, à quatre mains pour celles qui n'en ont jamais eu. » (Valérie, 369-371)

La vaccination dès la naissance est une mesure particulière pour Mayotte liée aux mouvements massifs de migration émanant des Comores (Claude-Valentin et *al.*, 2017) :

> « On les vaccine à la naissance pour l'hépatite B parce qu'il y a une grande prévalence de l'hépatite B, on les vaccine avant la sortie de la maternité contre le tétanos, tout ça, le BCG parce qu'il y a aussi beaucoup de tuberculose, donc ça c'est ... lié au flux migratoire de Mayotte, qui fait qu'ils sont exposés à beaucoup de pathologies précocement, on a une mauvaise couverture vaccinale avec le flux migratoire. » (Valérie, 372-377)

En préalable, le discours des SF est axiologiquement orienté selon des valeurs qui donnent sa teneur à l'engagement au propos. Qu'il s'agisse des techniques d'accouchement, des soins au nouveau-né ou d'expériences douloureuses rencontrées sur leur trajectoire, le discours porte les traces de la contextualisation réunionnaise ou mahoraise. Cette trajectoire enrichit la lecture des attentes de la parturiente et consolide le lien avec une connivence qui prend une coloration interculturelle. La question est de savoir comment le poids des cultures, variées à Mayotte ou à La Réunion, pèse sur les pratiques au point de les modifier récursivement aux plans sémiotique comme pratique.

3 Anthropologie des croyances : une tolérance culturellement négociée sous le joug des réalités

La dimension culturelle de la maternité est clairement explicitée par la SF qui la pose d'emblée :

> « Même dans les sociétés européennes ou nord européennes si on remonte bien avant, mais peut-être beaucoup plus loin encore qu'à la Réunion, on va retrouver ces notions autour de la périnatalité, sur les quarante jours, les relevailles etc. » (Hafou, 272-274)

La mise en dialogue entre les dimensions symboliques et biomédicales est vécue comme problématique. Le principe de "tolérance" est posé comme un préalable à la rencontre, à la compréhension et à la négociation entre univers disjoints :

> « La culture va amener la religion, les superstitions, tout ça va s'imbriquer plus ou moins d'une certaine façon, va amener des représentations, des croyances et des convictions qui vont venir se confronter aux représentations et convictions du milieu médical et scientifique. Donc, quand on veut faire passer des messages de prévention et d'éducation, qu'on est strictement scientifique, sans se mettre dans le référentiel culturel de l'autre, on a du mal à faire passer ces messages parce que ça va faire à chaque fois, c'est taper contre un mur, et les croyances, la culture, ça a un poids hyper lourd et pour démonter ça, il en faut, parce que c'est quelque chose qui s'est transmis de génération en génération. Et je pense aussi, c'est ce que je disais aux étudiantes puéricultrices, quand on nous parle de tolérance dans le soin, de bienveillance dans le soin, comment on veut être tolérant et bienveillant si on ne prend pas en compte la culture de la personne qui est soignée en tant que soignant ? » (Hafou, 211-222)

De même que la manière d'aborder un patient en éducation à la santé, la prise en charge de son univers de référence exige une rencontre : de la qualité du lien au patient dépendra la qualité du soin (Benard et Eymard, 2014) [8]. C'est la variété des cas rencontrés dans un temps concentré qui élargit le champ des lectures interprétatives à propos de différentes situations apparemment anodines hors contexte :

> « (les nouveaux arrivants) commencent à bosser et à Mayotte, tu ne prends pas un mois pour être confronté à toutes les situations, en trois gardes, tu as brassé dix mille situations, différentes, donc du coup, tu as forcément été confronté à un accouchement, un placenta, au choix du prénom, au peau à

8. L'EPP, équivalent du diagnostic éducatif, est un moment de disponibilité et d'écoute de la sage-femme, cohérent avec ce nouveau dispositif. Il doit permettre « *d'identifier les besoins d'information, de définir les compétences parentales à développer, de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance, de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père, de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation, d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement, de planifier les séances prénatales* » [...] Selon les recommandations de la HAS et la convention nationale organisant les rapports des sages-femmes libérales et l'assurance maladie (Arrêté du 10 décembre 2007), les séances après l'EPP doivent être programmées et organisées de façon à répondre aux besoins des femmes en termes d'informations, d'expression de leur vécu et de réflexion à propos des changements inhérents à la maternité.

> peau, enfin à toutes, au compliment etc. enfin à toutes ces situations par rapport à l'enfant qui peuvent... » (Hafou, 362-368)

De nouvelles compétences, inédites et de nature interculturelle, sont mobilisées aux fins de comprendre l'indicible et l'implicite :

> « Parfois pour faire passer des idées, expliquer la culture, l'invisible, trouver les mots pour poser c'est compliqué, traduire certains termes, ou des concepts ou croyances qui existent dans la culture à Mayotte, trouver la traduction alors que ce concept n'existe pas, c'est un peu compliqué. » (Hafou, 254-257)

Généralement, les SF apprennent à l'école à complimenter la jeune mère sur son bébé. Cette pratique courante n'est pas appréciée à Mayotte car elle est susceptible de porter malchance ou de vulnérabiliser le nouveau-né :

> « C'est à des choses très anodines, comme par exemple, parfois une belle intention peut être vécue comme une agression de la part du soigné par le soignant, juste parce qu'il y a le choc des cultures. Et l'exemple que j'aime bien, c'est l'exemple des compliments. Quand on s'exclame et qu'on fait « oh il est beau votre bébé ! » c'est magnifique, c'est hyper anodin, jamais on ne pourrait imaginer que ça peut avoir une connotation, ça peut être très mal vécu, de la part d'une mère qui entend quelqu'un s'exclamer avec un compliment sur son bébé. C'est attirer le mauvais œil sur son bébé, c'est attirer le mauvais œil, le mauvais regard, et donc c'est lui enlever « des chances » en fait, et c'est tout bête mais ça peut être très mal vécu. » (Hafou, 307-315)

La jeune mère va alors s'employer à protéger son bébé de l'agression sans pour autant heurter le personnel médical :

> « Parce qu'il a été vulnérabilisé par ce compliment, elle va le dire soit intérieurement, soit à voix basse, chuchoter « que ton regard se retourne vers toi » [9] pour protéger le nouveau-né du mauvais œil. » (Hafou, 333-335)

Les idées reçues [*Ari-ari*] colportées peuvent amener la diffusion de représentations qui font obstacle et orientent les pratiques et les croyances. Ainsi, la manière dont se présente le nouveau-né est interprétée comme un présage. Tout événement est interprété comme signifiant et permet de lire l'avenir pour éviter le mauvais sort :

> « Par exemple le cordon autour du cou, là, qui s'enroule, donc là pendant la grossesse on va dire "il ne faut pas nouer un lien autour de sa taille parce que si je noue un lien et je fais un nœud, ben le cordon va s'enrouler autour du cou de mon bébé". Donc vous avez beau leur expliquer que ce n'est pas pour

9. [*matso yaho yawo nayahouréguéyé dé wawé*]. Certaines mères savourent tout simplement les compliments. D'autres acceptent les compliments sous formes d'images littéraires ou à condition que ce compliment ne soit pas itératif : il est alors accompagné d'un geste consistant à prendre un peu de terre sous les pieds de la personne qui a fait le compliment pour la mettre sur la tête du bébé et le protéger du mauvais œil, voire à le mimer comme s'il y en avait.

> ça que le bébé il avait le cordon autour du cou, ben elle ne le comprendra pas parce que c'est ses croyances et ses convictions, et qui des fois sont juste des analogies et des similitudes, et qui scientifiquement ne vont pas s'expliquer mais c'est juste pour comprendre que ça existe, que c'est un fait, et que c'est là. Pas en rigoler, pas être choquée, avoir juste quelques notions et quelques repères, et de se dire, ben oui dans la culture c'est comme ça. » (Hafou, 227-235)

Outre les coutumes, c'est le regard porté mutuellement qui questionne le lien entre la SF et la patiente : il porte des attendus mutuels implicites, autorise l'interprétation de silences, ouvre la connaissance des conditions de vie réelles. Le choc des cultures engagé au détour des pratiques révèle des croyances ancestrales puissantes qui, si la SF ne sait pas les décoder, peuvent l'amener à faire des erreurs d'interprétation. A fortiori si elle se tient au traitement médical de l'accouchement physiologique, elle risque de passer à côté de ces dimensions symboliques et spirituelles, pourtant cruciales pour comprendre la manière dont la patiente se sécurise en protégeant son nouveau-né.

L'accès à l'univers symbolique de la femme exige de la SF un réel effort et une posture ouverte à l'altérité. Au fil des expériences, la SF élargit son répertoire interprétatif en ouvrant des possibles qui l'éloignent d'une conception exclusivement autocentrée et positiviste des phénomènes. En prenant en charge l'univers de référence culturel et mental de la parturiente -avec l'aide éventuelle des (aides-)soignants locaux qui opèrent une véritable médiation-, la SF s'approprie des éléments signifiants qui évitent les erreurs, les mécompréhensions et les surinterprétations dans l'exercice du métier. De cette rencontre avec l'altérité se crée un lien puissant qui va se heurter aux conditions extrêmes des plus vulnérables, comme celles des immigrées clandestines enceintes à Mayotte.

4 Synthèse, limites

L'approche sémio-anthropo-didactique fait émerger de nouveaux angles de description et de compréhension de l'univers interprété de la SF. Si les rencontres avec les patientes sont toujours chargées, marquantes et transformatives, la spécificité des contextes amène la SF à ré-envisager systématiquement son rapport au métier, aux savoirs et à autrui, condition essentielle d'auto-développement et d'adaptation. Nombreux sont présents dans les discours les indices de "tropicalisation des univers socio-discursifs" : en entrant en contact avec des mères aux profils, aux attentes et aux conditions de vie variées et parfois extrêmes, la SF concède et négocie une porosité porteuse d'imaginaires et d'attentes d'où émerge une transformation mutuelle : en échangeant, les partenaires de la relation d'accompagnement et de soin s'en trouvent changé(e)s (Kerbrat-Orecchioni, 2001).

Si l'analyse discursive des "Dits de la SF" mobilise la référence à des expériences uniques et non reproductibles, c'est la richesse de ces témoignages qui en fait la pertinence donc l'intérêt. La question de la représentativité ne se pose dès lors plus : l'enjeu est de mobiliser l'étendue des façons de dire et de faire, c'est-à-dire de (se) vivre et de (se) construire avec cet "autre" que représente la patiente, dans et par le métier, en contextes symboliques étrange(r)s et dérangeants. Les limites de l'étude sont posées par un travail interprétatif croisé de chercheurs aux pertinences et aux sensibilités différentes, aux fins d'enrichir les interprétations par un dialogue faisant émerger les "possibles interprétatifs".

5 Conclusion et perspectives

Tout contact avec une alter culture -et plus généralement avec l'altérité- produit sous conditions du dialogue et de la transformation, remettant en cause une posture auto-référée voire ethno-centrée. A la croisée des certitudes professionnelles et des cultures indianocéaniques, la porosité des normes modifie les façons de penser et d'agir aux fins de prendre en charge et d'accompagner la grande vulnérabilité du moment (pour la femme parturiente) et de condition (pour la clandestine migrante). En mettant en dialogue les règles institutionnelles et les contextes d'exercice (mahorais ou réunionnais), la SF questionne ses propres conceptions de la condition féminine, des savoirs (scientifiques/d'expérience/traditionnels) et de l'action, au risque de s'en trouver changée. L'élargissement des possibles interprétatifs s'opère au fil des expériences et des rencontres marquantes, moyennant une négociation fine sur ce qu'il y a à entendre et à comprendre pour agir. Les compétences d'interface, non inscrites dans le bagage professionnel initial, se déploient ainsi sous le joug des contextes tout en reconfigurant les façons de penser : l'adage "échanger pour s'en trouver changé" pourrait être complété par "médier pour (se) trans-former". Les fragments de vie dont témoignent les SF dans leurs Dits dénotent leurs préoccupations du métier mais également celles des sociétés, mahoraise comme réunionnaise, qui accueillent, dans des conditions parfois extrêmes, un nouveau-né au milieu d'un océan de possibles :

> *« L'herméneutique étant un travail d'interprétation constant et critique, on doit également se placer du côté de celui qui reçoit, interprète ou analyse, puisque, une fois de plus, le sens est le résultat d'une co-construction. Si j'insiste tant sur la différence entre effets visés et effets produits, c'est pour rappeler cette dissymétrie de l'acte de communication qui fait qu'il n'y a pas nécessairement de coïncidence entre la production et la réception-interprétation de l'acte de communication. Pour moi une analyse ne peut jamais conclure à un sens, mais à des sens possibles, à ce que j'appelle des possibles interprétatifs. » (Charaudeau, 2016).*

Références bibliographiques

Achard, P. (1983). Dan Sperber : le savoir des Anthropologues. *Langage et Sociétés,* 24, 95-99.

Ainsworth-Vaughn, N. (2001). The Discourse of Medical Encounters (p. 453-469). *In* D. Schiffrin, D.Tannen, et H.E. Hamilton (éds.), *The Handbook of Discourse Analysis*. Malden (PMA) : Blachwell Publishing.

Alaoui, D. (2014). *De la diversité à l'étude des rapports à la diversité culturelle : pour une formation à l'interculturel critique*. Mémoire d'HDR, Université de La Réunion.

Bartel-Radic, A. (2009). La compétence interculturelle : état de l'art et perspectives. *Management international,* 13(4), 11-26.

Buznic, P. et Terrisse, A. (2014). Le sujet en position d'enseignant : pratiques et discours de trois professeurs d'EPS débutants avec ou sans expérience personnelle dans l'activité enseignée. *Revue Française de Pédagogie*, 184,5-15.

Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris : Fayard.

Charaudeau, P. (2016). Le discours doit être analysé en rapport avec les dispositifs de mise en scène. *Mots,* 111, 131-145.

Chaussecourte, P. (2003). Observations cliniques en sciences de l'éducation. Microanalyses et observations directes de pratiques d'enseignant(e)s de mathématiques. (Thèse de doctorat), Paris X Nanterre, Nanterre.

Durnerin, AC. (2018). Naître à la maison : modèle ou hérésie ? L'accouchement programmé en France : un conflit entre la confiance en la nature humaine et la sécurité des normes médicales. Mémoire de DE de SF. École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée.

Jacques, B. (2012). Les cours de préparation à la naissance comme espace de ségrégation sexuelle. *L'information Géographique,* 76, 108-121.

Jullien, F. (1992). *La propension des choses*. Paris : Seuil.

Kerbrat-Orecchioni, C. (2001). *Les actes de langage dans le discours*. Paris : Nathan.

Kpéa, L., Bonnet, MP., Le Ray, P., Prunet, P., Duclos-Buthors, AS. et Blondel, B. (2015). Préférence initiale pour le travail sans analgésie neuraxiale et utilisation réelle : résultats d'une enquête nationale en France. *Anesthesia Analgesia*, 121 (3), 759-66.

Lemay, C. (2017). *La mise au monde*. Montréal : Presses universitaires.

Pouget, M. (2001). *Place de la médecine traditionnelle dans la santé de la mère et de l'enfant aux Comores*. Thèse de doctorat en d'exercice en médecine (dir. Prof. Receveur), Université de Bordeaux 2.

Rabatel, A. (2005). Les postures énonciatives dans la co-construction dialogique des points de vue : coénonciation, surénonciation, sousénonciation. *In* J. Bres, p. Hailet, S. Mellet, H. Nolke, et L. Rosier (dir.), *Dialogisme et Polyphonie* (pp. 95-110). Bruxelles : De Boeck.

Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.

Sauvage-Luntadi, L. et Tupin, F. (2012). La compétence de contextualisation. *Phronesis,* 1(1), 102-112.

UNESCO (2013). *Compétences interculturelles. Cadre conceptuel et opérationnel.* Plate-forme intersectorielle pour une culture de la paix et de la non-violence.

Weisser, M. (2015). Former aux compétences interculturelles en école d'ingénieur. *Revue Internationale de Pédagogie e l'Enseignement Supérieur,* 31(3).

Weisser, M. (2007). Méthodes d'analyse des interactions verbales au service d'une didactique comparée. *Revue Française de Pédagogie,* 158, 103-115.

Zarate, G. (2003). Identités et plurilinguisme : conditions préalables à la reconnaissance des compétences interculturelles. *In* M. Byram (dir.), *La compétence interculturelle* (pp. 89-123). Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe.

Sitographie

ANESF (2018). *Enquête sur le bien-être étudiant.e.s sages-femmes*. [En ligne] : http ://anesf.com/index.php/enquete-bien-etre/dossier-de-presse/

Agence Régionale de Santé Océan Indien (2016). *Parcours de soin de la femme enceinte à La Réunion et à Mayotte*. [En ligne] : https ://www.ocean-indien.ars.sante.fr/parcours-de-soins-de-la-femme-enceinte

Agence Régionale de Santé Océan Indien (2018_). Projet de santé (PRS) Réunion-Mayotte 2018-28. [En ligne] : https ://www.ocean-indien.ars.sante.fr/le-prs-2018-2028-0

Claude-Valentin, M., Breton, D., Crouzet, M., Fabre, E. et Merceron, S. (2017). Migrations, natalité et solidarités familiales. La société de Mayotte en pleine mutation. In *INSEE Analyse Mayotte, 12*. [En ligne] : `https://www.insee.fr/fr/statistiques/2656589`

INSERM et DREES (2017). *Enquête Nationale Périnatale (2016). Les naissances et les établissements. Rapport 2016. Situation et évolution depuis 2010*. [En ligne] :`http://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf`

Observatoire National des Démographies et des Professions (2016). *Les Sages-Femmes. Une profession en mutation*. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. [En ligne] : `https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_ouvrage_sur_les_sagesfemmes*mai2016.pdf`

Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (2018). *La santé périnatale à La Réunion. Indicateurs en périnatalité et orthogénie*. [En ligne] : `https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/bulletin_stat_perinat_reunion_septembre2018.pdf`

Conseil de l'ordre des sages-femmes (2015). *Le marché du travail des sages-femmes. Transition ou déséquilibre* ? [En ligne] : http ://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Note-de-synthese-Le-marché-du-travail-des-SF.pdf