Des compétences professionnelles d'interface sous haute tension. Les Dits de la Sage-Femme à Mayotte et à La Réunion

Anne-Laure Guernalec & Nathalie Wallian
Université de La Réunion, Laboratoire ICARE (EA 7389), France

Résumé : Le métier de Sage-Femme (SF) engage une relation à autrui qui ne se limite pas à la réalisation de techniques corporelles et de gestes professionnels fondés sur les savoirs et les protocoles biomédicaux. En intervenant en contextes ultramarins, la SF questionne ses savoirs d'expérience et laisse émerger dans la pratique des compétences d'interface qui « tropicalisent » l'exercice du métier en contextes. L'étude s'appuie sur les Dits de professionnelles (N = 6) en contextes mahorais et réunionnais autour de la question du réaménagement des pratiques sous le feu des rencontres avec les patientes, en situation interculturelle et parfois humanitaire extrême. Elle questionne récursivement la formation au métier qui, plus qu'une acquisition de gestes hautement technicisés, engage par la genèse d'un lien existentiel avec autrui et d'une symbolique du divers, l'émergence de compétences d'interface sous haute tension.

Mots-clés : Sage-Femme, gestes de métier, compétences d'interface, situation extrême, Mayotte, La Réunion

1 Introduction

La formation des Sages-Femmes (SF) présente une haute technicité qui leur confère une responsabilité importante et une quasi autonomie dans l'exercice du métier. Les gestes professionnels sont en effet déterminés par des procédures professionnelles et des normes de sécurité stables qui font l'objet d'une réactualisation et d'une évolution constantes. Pour autant, la confrontation au réel des pratiques en contexte amène un réaménagement profond des croyances et des savoirs chez ces professionnelles, allant même, sous le joug du contexte culturel et social, à un conflit de valeurs et de fondations.

A La Réunion et à Mayotte, en territoire ultra-marin, les SF exercent dans des conditions particulières qui modifient le sens de leur métier et les manières de l'exercer. Plus précisément à Mayotte, plus de 200 SF interviennent chaque année dans cette « plus grande maternité de France », où naît chaque jour l'équivalent d'une nouvelle classe d'enfants. Plus que le débit journalier des naissances dans des infrastructures sursaturées, c'est la variété des cas auxquels sont exposées les professionnelles et la diversité culturelle des patientes qui donnent sens à leurs pratiques quotidiennes. Exposées à des pathologies et à des profils très variés, les SF sont constamment amenées à questionner leurs pratiques sous le joug des urgences et des filtres culturels : la coprésence des cultures mahoraise, comorienne, malgache, métropolitaine -et plus généralement est-africaine- les amène à questionner l'identité des patientes tout autant que les valeurs qui orientent leurs gestes professionnels.

La question est de savoir comment ces SF négocient, par le dialogue avec les altérités ancrées au cœur des pratiques, des compétences d'interface qui leur permettent de gérer les situations parfois extrêmes auxquelles elles sont confrontées. En retour, ces compétences autorisent l'émergence de savoirs d'expérience qui les aident à se construire une expertise sans commune mesure avec les terrains d'exercice plus classiques. La mise en contraste des discours entre les SF réunionnaises et mahoraises devrait permettre de donner du relief aux spécificités rencontrées par ces dernières à Mayotte.

Nous définirons dans un premier temps le cadre théorique croisé choisi pour aborder cet objet d'étude complexe. La méthodologie qualitative d'entretien permettra d'engager une collecte et un traitement de corpus discursif étendu (N= 6 SF ; 52 280 = mots ; 12 heures d'entretien cumulées). Les résultats seront présentés sous forme thématisée en s'appuyant sur des éclats de corpus signifiants collectés durant les entretiens.

2 Cadre théorique

Le *récit biographique* consiste en un récit vécu par lequel le locuteur parle à la première personne en témoignant de son expérience passée de façon supposée sincère et authentiquement impliquée : il présente une double dimension structurelle et d'émergence (Delory-Momberger, 2019, p. 47) : *« Les notions de "biographie" et de "biographique" ne se confondent pas avec la "vie" et avec le "vécu" considérés comme l'ensemble factuel des événements et des situations qui forment une existence. (…) la recherche biographique prend le mot "biographie" dans son sens fort et premier d'écriture de la vie, en entendant sous ce terme l'ensemble des figurations, en particulier discursives, par lesquelles les êtres humains donnent forme et sens à leur existence et inscrivent leur expérience dans l'espace social ».*

Dans le parcours professionnel, le *récit interculturel* (Clanet, 1993 ; Alaoui et Lenoir, 2019) prend en charge les rencontres décisives et les événements marquants au terme desquels les manières de penser et d'agir sont impactées : l'entretien biographique narratif est donc un mode d'approche des réalités vécues par les praticiens tout en dénotant les événements qui modifient les façons de dire et de faire dans la pratique. L'énoncé est ancré dans la situation d'énonciation autour de faits et de ressentis marquants : le point de vue est internaliste, impliqué de façon subjective mais neutralisé

par le croisement des interprétations. En évoquant son vécu, le sujet permet l'émergence d'une expérience comme base de connaissances et rend compte de la manière dont il incarne à la fois « la » pratique et « sa » pratique vécue et éprouvée : ce faisant, il dénote une posture mentale tout autant qu'un rapport au monde et aux savoirs (Garfinkel, 1967). Le récit de vie constitue alors une réécriture du rapport à soi et de son rapport aux savoirs et au monde sur un mode distancié, auto-instituant et re-créatif, c'est en quoi il intéresse le chercheur : nous postulons que les rencontres et expériences de métier font évoluer le rapport au monde, à soi et à l'autre, ainsi qu'à l'exercice professionnel.

La subjectivisation réflexive du vécu en actes présente une utilité sociale dans le champ de la formation en ce qu'elle constitue un outil de développement des compétences professionnelles (Mouchet et Carracuza, 2015). L'expérience n'est ni l'action, ni le vécu : elle représente le travail qui s'effectue sur le vécu pour en extraire des savoirs utiles pour exercer. La communication d'expériences destinées à être partagées s'appuie alors sur un monologue orienté : en se disant, la SF met en mots un vécu unique qui lui permet d'une part la reprise, la restitution explicitante et le partage d'expériences, d'autre part la distanciation réflexive nécessaire pour l'auto-formation.

2.1 Gestes professionnels, règles de métier et moment interculturel

La construction d'une identité professionnelle nécessite la formalisation *« d'une compétence techniquement et scientifiquement fondée »*, s'appuyant sur *« la spécialisation d'un savoir »* (Dubar, 1998). En didactique professionnelle, les gestes professionnels -ou gestes du métier de SF- sont constitués par l'ensemble des attitudes et des actions qui orientent et caractérisent l'activité professionnelle lors de la réalisation d'une tâche (Jorro, 2013). Ces gestes forment la partie visible des compétences mobilisées en contexte et orientées vers une quête d'efficacité et d'efficience du service de soin. Toute la difficulté repose dans le constat que la formation aux règles et normes de métier sur un modèle ne convient pas : l'intégration des connaissances au coeur de la pratique ne peut reposer sur des dispositifs de transfert de connaissances pour une pratique basée sur les données probantes (Cabana & al. 1999 ; Harrison, Légaré, Graham, & Fervers, 2010 ; Michie, Fixsen, Grimshaw, & Eccle, 2009 ; Mitchell, 1999 ; Straus *et al.*, 2011 ; Wensing, Bosch & Grol, 2010 ; Woolf, 2000). Le respect des règles de métier est une condition nécessaire mais non suffisante pour assujettir la pratique à la complexité des lieux d'exercice et à la tension exercée par les contextes et par la pression temporelle des décisions à prendre.

Bucheton et Soulé (2009) considèrent que l'enjeu des gestes professionnels est l'ajustement aux situations de travail et qu'il est possible d'en dégager des invariants sous formes de configurations. En combinant différentes variables pour prendre des décisions, les SF opèrent un travail complexe similaire au multi-agenda des enseignants. La rencontre avec la patiente ne peut reposer sur la gestion d'un cas épistémique ou exemplaire -tel que traité dans les ouvrages de formation- mais exige la prise en charge de son histoire et de sa trajectoire, de sa culture et de son rapport au corps et aux savoirs. L'expérience de la grossesse et de l'accouchement mobilise, outre le registre biomédical, des registres symboliques et langagiers, des registres psychiques identitaires et cognitifs qui portent les émotions, les sensations et une pensée incarnées.

Avec Bakhtine (1984), l'agir et la parole humaine sont considérés comme s'inscrivant dans une culture, dans des cadres d'expérience partagés autorisant des « adaptations secondaires » (Goffman, 1973) qui en même temps les dépassent pour les recréer et les développer, constituant de la sorte un fil biographique qui retrace par sa trajectoire une histoire singulière. En avançant dans sa trajectoire professionnelle, la SF se constitue un répertoire de gestes toujours plus adaptés aux contextes d'exercice : ces gestes permettent de faire face à des situations inédites, parfois loin des protocoles de soin qui définissent la bonne pratique et en orientent -parfois partiellement- l'efficacité. En prenant en charge l'imprévu de la situation et/ou de la patiente, la SF réadapte sa pratique dans le cadre des protocoles (ex : soins d'urgence) tout en reconstruisant le fil des significations qui orientent son action (Cloarec, 2008). En engageant l'espace strict d'autonomie professionnelle conféré par sa fonction, la SF accomplit des gestes à l'interface des règles du métier et des contextes d'exercice :

> *« L'accomplissement effectif de l'activité ne s'accommode jamais d'un respect absolu des règles. Celles-ci sont, au minimum, interprétées, ajustées, assouplies, au maximum, ignorées ou violées. La réalité quotidienne des ateliers industriels, des chantiers, des hôpitaux, des salles de commande de centrales nucléaires, de la conduite des trains, du contrôle aérien, etc., est celle de l'écart à la règle. La preuve empirique la plus manifeste de cette assertion est la grève du zèle, dont on sait bien qu'elle peut bloquer la plupart des activités économiques »* (Girin et Grosjean, 1996).

En identifiant quatre types de « figures d'infraction », Girin et Grosjean (1996, p. 108) considèrent que la réalité quotidienne des lieux de travail n'autorise jamais l'accomplissement effectif de l'activité dans le respect des règles : c'est donc l'écart -voire l'entorse ou à défaut le réaménagement interprétatif- aux règles qu'il convient d'étudier pour comprendre le cœur de métier de la SF. Pour garantir le but visé, à savoir la qualité et le contrôle du soin (Lortie & al., 2013), celle-ci engage certes une action normée, mais également la représentation symbolique qu'elle s'en fait et qui oriente l'intention dans le geste. Confrontée à une multiplicité de cas possibles -parfois improbables-, elle engage une professionnalité qui tient compte et du contexte et des protocoles en supportant les dilemmes et contradictions y afférentes (Goyette, & Martineau, 2018). Ceci l'amène à faire sans dire, à dire mais à ne pas faire, à voir mais à ne pas dire, à faire sans voir :

> « *Partagées dans un milieu de travail donné, elles [les infractions] sont régulées de deux façons : d'abord par la compétence, l'expérience accumulée, la connaissance du contexte et des comportements des professionnels et ensuite par la normalisation collective des comportements. [. . .] Validée par le collectif, l'infraction dans ce cas n'apporte pas de culpabilité particulière mais au contraire, le sentiment de "faire au mieux" en régulant les dysfonctionnements engendrés par les règles elles-mêmes* » (Girin & al., 1996, p. 8).

Léry (Girin & al., 1996, p. 8) souligne « *l'incapacité dans laquelle sont parfois les personnels hospitaliers, débordés par des situations parfois inextricables, par la mul-*

tiplicité des acteurs, englués eux-mêmes dans une souffrance non dite, de situer les niveaux de règles, de définir les limites de leur action et de celle d'autrui ».

La variabilité des contextes n'est pas toujours liée aux conditions d'exercice -en milieu hospitalier mais également en libéral- mais essentiellement à la relation engagée avec la patiente : en contexte ultramarin, le moment de la rencontre peut parfois prendre la forme d'une rencontre interculturelle (Lefebvre, 1959). Nous appellerons « *moment interculturel* » tout instant au cours duquel la SF est obligée de travailler le dialogue de façon décisive avec la patiente pour pouvoir en comprendre l'univers de référence, pour l'intégrer en adaptant les gestes professionnels de soin, voire pour modifier en retour ses propres attentes et conceptions du métier. Dans le moment interculturel, le dialogue qui se noue avec la patiente est un échange avec une altérité culturelle, représentationnelle, émotionnelle et cognitive autour de cette situation particulière qu'est la mise au monde « en donnant forme à une vie » (Bruner, 2000). C'est donc au contact de ces moments interculturels -entre autres moments-, que la SF modifie sa pratique et son rapport à la pratique : l'imprévu permet alors de penser l'événement inédit comme la source même de la dynamique du sens se co-construisant en contexte.

2.2 Mondes du dedans/dehors, processus de tropicalisation métissage et « *compétences d'interface* »

La prise en compte des contextes d'intervention rend les procédures de soin relativement complexes : qu'il s'agisse « simplement » de préparer une salle d'accouchement ou un bloc opératoire, dans tous les cas le personnel doit prendre en compte à la fois les prescrits de la logistique et du matériel à disposition, les ressources humaines et les cultures collectives de travail, ainsi que le profil de la patiente. Dans le contexte ultra-marin où la variation des contextes de travail est inévitable, il est nécessaire de « tropicaliser » ces pratiques en tenant compte de particularités externes et internes. D'une part les conditions climatiques et matérielles font du travail en salle d'accouchement une épreuve particulière : la chaleur moite à Mayotte particulièrement, le turn over accéléré des patientes en pénurie de lits, l'urgence de cas d'école parfois rares, tout concourt à forger chez la SF une expérience variée et signifiante (Pourchez, 2000 ; Thomas, 2016). D'autre part les manières de ressentir et de se comporter des patientes dépend de leurs interprétations de ce monde hospitalier et des modes de lecture qu'elles emploient face au monde médical. Ainsi la maternité peut-elle être perçue comme un véritable monde étranger, doté de ses logiques et de son langage propres, incarné par des personnels « étrangers » à une culture médicale éloignée de la culture commune, pratiquant des gestes de soin incompréhensibles aux significations et aux intentions illisibles.

La SF est ainsi confrontée à une nécessaire « tropicalisation » de ses pratiques aux fins de rendre compréhensible et efficace sa pratique au quotidien, a fortiori à l'adresse d'une patiente culturellement et socialement éloignée de la culture hospitalière : loin de simplement vulgariser ses savoirs, elle mobilise des « *compétences d'interface* » qui consistent à mettre en relation les mondes du dedans et du dehors. Le monde interne -ou « *monde du dedans*"- des personnes en présence (patiente et SF) est constitué de leurs références culturelles et repose sur le système de valeurs qui touche à la fois les aspects symboliques, filiatifs et affiliatifs. Le « *monde du dehors* » est celui de l'autre,

de l'environnement externe, de la culture majoritaire (médicale, traditionnelle, religieuse, etc.) dans la société. Pour être en mesure de tisser une alliance, il est nécessaire d'autoriser des allers-retours entre les mondes internes et externes ; ce travail demeure à l'initiative de la SF mais nécessite malgré tout un engagement des deux parties, au moins un consentement qui ouvre à l'intime.

Les « compétences d'interface » mises en oeuvre dépendent alors de la reconnaissance du monde interne de l'autre, de son système de valeurs et de croyances, aux fins de créer ce lien nécessaire entre dedans et dehors.

2.3 Le développement professionnel : un rapport d'*exote au divers*

Gosselin, Viau-Guay et Bourassa (2014) considèrent que la perspective socioconstructiviste du développement professionnel, minoritaire dans le domaine de la santé (Beckers, 2007, p. 11-34 ; Wittorski, 2009), consiste à investiguer cette part d'appréciation pratique selon les exigences rattachées au contexte (Harrison, Légaré, Graham et Fervers, 2010 ; Graham, Harrison et Brouwers, 2002 ; Mitchell, 1999 ; Munroe *et al.*, 2008 ; Rappolt et Tassone, 2002 ; Straus *et al.*, 2009 ; Edwards *et al.*, 2002 ; Uwamariya et Mukamurera, 2005 ; Verkerk *et al.*, 2006 ; Webster-Wright, 2009) :

> « *le développement professionnel est conçu comme un processus rattaché à la personne qui gère les situations professionnelles et non seulement à la pratique. Dans cette perspective, les savoirs et les compétences à développer sont déterminés à partir des préoccupations et des intérêts de la personne en tenant compte de leur évolution selon le vécu de la personne. [...] Dans cette conception, l'apprentissage professionnel est alors soutenu par des conditions favorisant le développement des compétences et des savoirs en visant à les adapter au contexte et à la personne de façon continue* » (Gosselin *et al.*, 2014, p. 5).

Dans ces conditions, les indicateurs du développement professionnel reposent soit sur des théories centrées sur le sujet et son activité, soit sur le collectif et son activité (Lefeuvre, Garcia, & Namolovan, 2009, p. 307). Dans la perspective socioconstructiviste, les indicateurs retenus pour analyser le développement du sujet sont « *les représentations, les conceptions liées à l'activité, les connaissances liées à la maîtrise d'artéfacts et d'outils, le sentiment d'auto-efficacité et estime de soi, la capacité de prévoyance-d'autorégulation-d'analyse* ». C'est donc le rapport à soi et au monde qui est questionné tout au long de la trajectoire professionnelle. Le développement professionnel tout au long de la carrière (Lefeuvre, Garcia, & Namolovan, 2011) passe par ces rencontres successives au terme desquelles la SF s'en trouve bousculée et changée. Si l'identité professionnelle est le produit d'une succession de reconstructions, c'est la conception même d'action professionnelle qui s'en trouve modifiée au fil des rencontres, des événements et des lieux d'exercice dans l'univers professionnel et culturel. En laissant place à une reconfiguration de représentations cognitives affectives, perceptives et opérationnelles, les « logiques de l'agir professionnel » se trouvent de la sorte constamment remaniées par les expériences (Berger & Luckmann, 1986) : la réalité de la vie quotidienne se présente à la SF comme un monde intersubjectif, un monde à partager avec autrui. Du coup, c'est le rapport de la SF à l'altérité, parce que

celle-ci autorise et génère du développement, qui est engagé dans ce développement professionnel.

Le terme « *exote au divers* » est inventé par l'explorateur Segalen et consiste à « *faire abstraction d'une bonne part de ses propres modes de pensée pour tenter de saisir de l'intérieur, en partant de leur centre, en adoptant leurs propres valeurs les civilisations différentes de la sienne* » (Segalen, 1986/1978, p. 20). Les « compétences d'interface » d'un individu consistent ainsi à se libérer des propres modes de raisonnement habituels et des allants de soi pour (inter-)agir en contextes culturels *autres que* le sien propre (Bartel-Radic, 2009 ; Weisser, 2015) : à la manière dont il va lire et interpréter la situation de travail en « tous terrains » -voire en « terrain incertain »-, il va résoudre les problèmes professionnels complexes, c'est-à-dire *lire et interpréter aux fins d'agir,* sous pression temporelle et en contexte hautement normé.

C'est donc le regard porté réciproquement sur la SF et sur la patiente qui va orienter les décisions ; *le rapport d'exote au divers* est quasi certain du point de vue de cette dernière, non familiarisée au monde médical. Celui de la SF est plus implicite car il exige de sa part un décentrage de son point de vue et de ses allants de soi pour se demander ce qui fait sens pour la patiente, aux fins d'entrer dans un dialogue fructueux pour une rencontre réussie lors de la mise au monde.

En observant la manière dont elle est perçue par la patiente, la SF opère un travail d'interprète qui spécule sur le sens de ses actes de soin et qui les adresse à une patiente particulière. La « *SF exote* » suit alors un itinéraire singulier de rencontre avec l'altérité qui, en suspendant le jugement et l'auto-référencement, engage une distance absolue entre soi et l'autre, condition pour autoriser cette rencontre à un moment interculturel décisif, celui de la mise au monde. En faisant passer la patiente d'un monde exotique du dehors -celui de la connaissance que quelque chose n'est pas soi-même mais autre-, à l'exote du dedans -celui du pouvoir de concevoir autre en s'en trouvant changé-, la SF modifie son rapport au divers et à l'autre de façon radicale et par extension à son propre métier.

3 Méthode

Pour suivre une trajectoire professionnelle singulière et comprendre ce qui constitue l'univers de référence de la SF dans l'exercice de son métier en contexte mahorais/réunionnais, une approche qualitative est privilégiée : elle est basée sur le discours à propos de la pratique sous forme de récit biographique en entretien semi-directif. L'enjeu est d'accéder à ce qui fait sens en contexte pour les SF dans l'exercice du métier et d'interpréter les comportements des acteurs à partir de leur signification individuelle et collective, selon les motifs et mobiles qui orientent leurs décisions. En collectant des données empiriques à propos des rencontres décisives, des événements marquants, des témoignages d'activités professionnelles en contexte mahorais et/ou réunionnais, l'étude s'appuie sur une analyse du discours (Charaudeau & Maingueneau, 2002) qui met l'accent sur les enjeux des locuteurs et sur les significations qu'ils prêtent aux rencontres lors d'instants marquants : « *le contrat relève de l'altérité : il n'y a pas de Je sans Tu, de production de sens sans prise en compte de l'autre* [...]

c'est dans le rapport entre le Je et le Tu que se construit un Nous » (Charaudeau, 2016, p. 3) :

> « *Pour moi, il y a trois dimensions dans la production discursive. Une dimension situationnelle (le contrat), une dimension énonciative (la mise en scène langagière) et une dimension topicalisante qui est de l'ordre de la sémantique des contenus. Le contenu sémantique est dans les mots, les formules, les types de phrases récurrentes, mais au service de stratégies qui agissent sur la dimension situationnelle (par exemple pour renforcer la légitimité de parole), sur la dimension énonciative à l'aide des possibilités de modalisation du langage (par exemple la possibilité de manifester accord ou désaccord, etc.), et sur la dimension topicalisante par le choix des mots, des expressions et des tournures qui sont porteurs d'imaginaires et qui sont employés en fonction d'une visée stratégique. Tout cela c'est du sens.* » (Charaudeau, 2016, p. 4).

Dans la collecte des « Dits de la SF », l'enjeu consiste donc à compiler des fragments d'expériences professionnelles et humaines signifiantes pour ces professionnelles aux fins d'autoriser un tour d'horizon varié des modalités d'exercice de la profession en contextes. C'est également la vision du monde et la question de la rencontre avec autrui qui permettront d'envisager une « *posture d'exote* » déployée par la SF dans l'exercice du métier : *si les « Dits de la SF » autorisent l'accès aux compétences d'interface, comment se manifestent-elles dans le discours ?*

Les SF ayant autorisé la collecte des données sur la base du volontariat, ces « cas » sont choisis en raison de la pertinence et de la richesse de leurs profils au regard de l'objet d'étude. La population enquêtée comporte des SF de La Réunion et de Mayotte ($N = 6$; $6 <$ expérience < 22 ans ; $29 <$ âge < 60 ans) pour des entretiens qualitatifs ($T = 12$h) menés selon un protocole semi-directif respectant scrupuleusement l'anonymat. Après réglage du contrat de communication, les thématiques suivantes sont abordées : trajectoire de formation initiale et motivations, circulation dans le métier et dans les espaces professionnels et géographiques, récits de cas de contextualisation de l'exercice de métier, incident majeur ayant orienté les façons d'exercer, perspectives professionnelles.

4 Résultats

Le début de l'entretien restitue la trajectoire professionnelle et intellectuelle de chaque SF et vise à comprendre les préoccupations et aspirations de cette professionnelle. Le corpus ($N = 52\,280$ mots) est transcrit en privilégiant le respect du sens et des éléments paraphrasiques (hésitations, silences, gestes, ponctuation). Les thématiques d'analyse sont traitées en rapport avec les dimensions situationnelles (professionnelle, anthropo-culturelle et symbolique) et les postures énonciatives (rapport du *je* au *elle* et à *nous*).

4.1 Variation tropicalisante : lire et interpréter comme un livre ouvert

L'entrée dans le métier de SF fait une large place à un nomadisme lié à une forme de précarité initiale : la mobilité professionnelle est de mise en début de carrière. Le terrain outre-mer est considéré comme un terreau d'expertises au motif que la variété et le volume des cas aident à diversifier la palette des compétences professionnelles, lesquelles sont ajustées aux protocoles locaux :

> *(A La Réunion) j'ai commencé en salle d'accouchement, et après je suis allée un peu dans tous les services, comme c'est une grosse maternité, du coup, il y avait tous les protocoles à voir, qui étaient différents de métropole, y'a beaucoup de pathologies ici, beaucoup, des choses que je n'avais jamais vues (Célimène, 22-25)... ici tu vois vraiment tout ce que tu vois dans les livres et qui n'existe jamais, tu le vois ici.* (Célimène, 27-28)

Différentes modalités professionnelles sont citées ; les techniques corporelles (différentes positions d'accouchement ou de tenue du nourrisson), les gestes techniques (rupture de poche, péridurale...) et les techniques d'accompagnement de la douleur (hypnose, acupuncture, massages). Confrontées à la complexité de ces pratiques, les SF dénotent un souci de maîtrise élevée de la technicité tout autant qu'un besoin de s'en affranchir :

> *... on nous formate à quelque chose, on apprend nos protocoles, on apprend les règles, on apprend les gestes d'urgence, de survie, ce qui est essentiel, et je pense qu'une fois qu'on commence, comme on fait beaucoup de naissances en plus à Mayotte, ça accélère peut-être un petit peu les choses, parce qu'on acquiert plus de pratiques, de choses qui peuvent être exceptionnelles ailleurs, y'a 10 000 naissances à Mayotte, c'est énorme, donc on a plus de pathologies, plus d'expérience dans l'urgence et dans les problèmes, et une fois qu'on commence un peu à maîtriser, qu'on a fait le tour de cette question-là, on peut commencer à remettre en question...* (Valérie, 211-217)

La connaissance des pratiques à l'international montre que la SF a pleinement conscience des différences de conceptions, ce qui l'aide à relativiser le poids des normes nationales voire locales :

> *On a besoin de maîtriser le moule, la technique, se rassurer qu'on maîtrise les gestes techniques, et après les formations sont différentes en Europe, y'a des endroits où ils forment tout de suite énormément dans l'accompagnement. En France on est quand même un pays qui médicalise vraiment beaucoup.* (Valérie, 225-228)

Tout se passe comme si les compétences, en s'affirmant et en se contextualisant au fil de l'expérience, se reconfiguraient en « compétences d'interface » selon les cultures variées d'exercice conçues comme autant d'opportunités de formation :

> *... les formations complémentaires ne sont pas forcément dans le package de base, en cinq ans d'études, on ne peut pas avoir fait le tour de la question, c'est impossible... mais après on peut s'orienter vers plein de choses et changer, aussi, son fusil d'épaule mais après c'est des rencontres, on lit des livres, et hop ! on reset à nouveau...* (Valérie, 235-240)

Processus de construction par l'acteur de la situation (Barbier et Galatanu, 2000), à l'interface entre environnement et situation d'action, la contextualisation correspond donc à « *l'ensemble des relations interactives entre le professionnel et le contexte en cours d'action* ». En fonction des cultures professionnelles locales, le métier de SF opère un brassage culturel tant au plan international que national ou local, avec une variante pour Mayotte et La Réunion dans la mesure où le haut débit de naissances amène une perméabilité maximale qui enrichit l'ensemble du répertoire professionnel. Cette diversité des cultures du métier est considérée comme une opportunité de perfectionnement, moyennant une prise de distance avec les règles du métier acquises en formation initiale :

> *Honnêtement je pense que les trucs, les opportunités que j'ai eues même si c'était pas des choix que j'avais, je suis contente de les avoir eus, parce que je n'aurais pas choisi de faire ça et j'aurais raté des choses (Hafou, 100-102) Et du coup j'ai la comparaison des patientes à La Réunion qui est un métissage, un brassage, où il y a la population de Mayotte, mais aussi de la Réunion, mais aussi de métropole.* (Hafou, 115-117)

Selon Bressoux (2000), la capacité à intégrer différentes sphères contextuelles conditionnerait, pour partie, la nature des processus à l'œuvre dans l'exercice du métier : (l'*art de faire*) « *est sans doute constitué de multiples habiletés qui ne sont pas également efficaces dans tous les contextes* ». Mais le poids structurel des lieux d'exercice détermine les opportunités relationnelles et de circulation pour se former :

> *c'est l'ambiance de travail, elle est hyper importante, bien sur l'humain rentre en compte parce que on peut être surmené avoir énormément d'activité, en fonction des tempéraments humains, sur une garde, ça va passer crème, comme ça va être très compliqué, parce que on est une grosse équipe et forcément on travaille avec d'autres personnes et les personnalités des uns et des autres.* (Hafou, 419-423)

4.2 Des gestes d'approche à pas feutrés

Le dépistage anténatal par échographie est saturé de questions éthiques autour du normal et du pathologique mais vécu sur un tout autre plan par la patiente, d'où une rencontre paradoxale fondée sur des attentes différentes entre elle et la SF :

> *j'aime l'aspect technique, et puis aussi toute la réflexion éthique qu'il y a par rapport à l'échographie obstétricale, ça m'intéresse. Et qui n'est pas forcément facile d'aborder avec les patientes à chaque consultation, avec la barrière de la langue, et puis on se rend compte qu'il n'y a pas les mêmes*

> *attentes par rapport à une échographie, que le personnel médical, voilà moi j'arrive à ma vacation, je sais ce que je vais chercher, à tout ce que je vais pouvoir voir et ce que je vais pouvoir ne pas voir également, lors d'une échographie et puis bien souvent, ici, les patientes elles arrivent, ici ou même en métropole, hein, pour savoir le sexe du bébé ! donc ça c'est rigolo, cette dichotomie, entre les attentes des deux personnes qui se retrouvent face à, être présent lors de cet examen, moi je trouve ça marrant, et après aussi ça m'interroge, ça me questionne beaucoup, de voir avec l'évolution de la technologie en échographie, toutes les choses qu'on est capable, de plus en plus fines de voir, et qu'est-ce qu'on en fait ? Est-ce que c'est des variantes de la norme, du normal, de choses qui n'auront pas de répercussion plus tard ou est-ce que c'est quelque chose de pathologique et dans quelle mesure on peut se permettre et on doit se permettre d'inquiéter les parents, le couple, avec toutes les répercussions psychologiques que ça peut avoir durant une grossesse et l'attachement que ça peut avoir avec l'enfant.* (Esméralda, 17-32)

Ce rapport au normal et au pathologique est vécu par les populations à Mayotte sur un mode d'acceptation empreint de religiosité, offrant une tolérance importante à la variation et à l'anormal :

> *Ici avec la culture, comment c'est accepté, ici à Mayotte on dit « Mwana mwana », un enfant, c'est un enfant, Dieu nous l'a donné, donc on a beaucoup de couples qui accueillent les enfants tels qu'ils sont… Les couples accompagnent beaucoup les enfants et les gardent et ne demandent pas énormément d'interruptions médicales de grossesse, même si ça aurait pu être accepté par un CPDPN, mais ils ne le demandent pas. Comparé à la métropole, par exemple.* (Esméralda, 49-57)

Le rapport à la maltraitance obstétricale (OMS, 2014 ; Manning & Schaaf, 2018 ; HCE, 2018 ; Fraecznek, 2018) des femmes et à la violence symbolique des actes médicaux est conscientisé sur un mode assez subversif car il conditionne les fondements de la vie ultérieure :

> *quand on infantilise, on dit « madame, c'est maintenant, on pousse – et moi j'ai pas envie », c'est hyper… heu une pression, qu'on met vraiment forte sur les femmes, à un moment où c'est de l'intime, c'est le sexe des femmes, c'est un moment intime de la famille, et on commence à peine à en être vraiment conscient, et je trouve qu'il y a encore une vraie violence, cette violence obstétricale qui peut être vécue comme une agression de la part des femmes. C'est dur pour les soignants de se rendre compte de l'impact, on veut être bien traitant à la base et on est parfois maltraitant, on se rend compte après mais il y a un vrai travail à faire dessus, pour mieux bosser mais aussi pour les femmes, et ça aura un impact vraiment global, même sur la sexualité, sur beaucoup de choses en réalité, parce que une femme qui s'est sentie lésée, qui a des douleurs, qui machin, eh bien*

elle va s'étioler, alors que celle qui s'est sentie à l'aise va s'ouvrir et tout le monde va en bénéficier. (Valérie, 292-303)

4.3 Une redéfinition du lien d'accompagnement

Le terme même de « patiente » semble alors poser question. Ensuite, ce sont les références internes qui orientent les systèmes de valeurs liées au métier. Ainsi, la manière de vivre l'accouchement par la parturiente oriente son rapport à elle et à son nouveau-né tout en activant un potentiel re-créateur, visé comme facteur de développement par la SF. La manière dont est vécue l'expérience oriente la suite des interprétations :

une femme qui a vécu son accouchement comme une réussite, quel qu'il ait été d'ailleurs, comme « ben j'ai eu la force de faire comme je le souhaitais, ça s'est bien passé, je me suis sentie capable de… », fera une mère qui sera mieux capable aussi de s'occuper parce qu'elle se sera déjà sentie compétente (Valérie, 285-288) … c'est quand même un moment vraiment maturant dans la vie de femme, je trouve. (Valérie, 291)

Le travail d'accompagnement, dépassant le soin, prend une coloration particulière de médiation culturelle par la mise en confiance fondée sur le caractère intangible et essentiel du lien mère-enfant :

… c'est aider, pas aider au lien mère-enfant, parce que ça c'est plutôt naturel, c'est plus rassurer la mère dans ses compétences de mère, … mon rôle c'est juste de leur montrer qu'elles sont des super mamans et que quoi qu'elles fassent, tant qu'elles aiment leur bébé ça se passera bien, c'est juste de les faire revenir à l'essentiel, et souvent … c'est plus aussi d'insister, par exemple quand le bébé regarde sa maman, c'est de dire « ah ben tu reconnais ta maman, tu regardes ta maman, tu reconnais son odeur », voilà, c'est plutôt en leur parlant avec le bébé (Marjorie, 438-448) […] *juste leur dire qu'elles fassent confiance à leur instinct et voir ce qu'il y a de mieux pour leur enfant.* (Marjorie, 475)

4.4 Des savoirs ancestraux médiés par le lien intergénérationnel

Le lien de proximité traditionnel entre femmes initiées par le mariage sert de vecteur de circulation des savoirs féminins. Il crée une expertise et une confiance spontanée qui amènent les jeunes femmes dans un continuum intergénérationnel rassurant :

à Mayotte jusqu'à récemment il n'y avait pas d'anesthésiste dédié à la maternité… après, leur mère, leur grand-mère, y'a dix ans quand je suis arrivée, il y avait 1% (de péridurale) -déjà on a multiplié par dix… mais elles ont toutes leurs soeurs, toutes leurs cousines, toutes leurs copines qui ont accouché sans quasiment… donc elles ont une image différente de la naissance, elles se disent « ma mère y arrive, ma soeur y arrive, ma cousine y arrive, pourquoi moi je n'y arriverais pas… elles partent gagnantes. A Mayotte elles se disent je veux, je vais y arriver, j'y crois… c'est comme le coureur du Grand Raid qui dit je vais partir mais je ne sais

pas si je vais arriver, il a moins de chance d'arriver. » (Valérie, 123-131 ; 136-143)

Cette configuration traditionnelle de type matrilinéaire impacte en retour les patientes métropolitaines résidentes qui questionnent leurs allants de soi :

après aussi des métropolitaines, parce qu'elles savent qu'il y en a moins (de péridurales), parce qu'elles savent, qu'elles entendent leurs collègues . . . , elles vont voir une collègue mahoraise qui va leur dire, « ben oui moi ça s'est bien passé sans péril, ça peut le faire ». Même avec leur bagage culturel et familial d'avant, elles entendent une autre version, elles se préparent aussi. (Valérie, 196-2001)

La catégorie des systèmes externes, soit les dispositions mentales de la mère, relève d'une socialisation primaire, d'une éducation familiale traditionnelle peu scolaire et du parcours de santé et de femme déjà engagé.

4.5 Techniques corporelles, technicité et postures

La technicité des gestes est *a priori* relativisée au regard du caractère physiologique de l'acte d'accoucher :

comme tous les mammifères on est capable d'accoucher tout seul ; on aide à l'accouchement mais l'accouchement, c'est la femme qui fait tout, finalement, après on a peut-être des petits gestes, des choses techniques, mais après je pense qu'une patiente retiendra plus une SF qui aura été là, qui aura compris, qui aura été empathique plutôt que l'acte technique de l'accouchement. (Marjorie, 503-507)

Ces techniques corporelles viennent également questionner les pratiques des SF qui s'en trouvent enrichies :

les patientes nous apportent aussi, parce que en voyant les massages traditionnels, en voyant comment elles se posturent. . . (Valérie, 162-163) la douleur va guider en réalité, aucune femme au monde ne se met à 4 pattes les fers en l'air pour accoucher quand elles ont mal, c'est impudique, c'est rarement la position qui va spontanément venir, on va plus se mettre accroupi, à 4 pattes, ou à la limite face à un endroit un peu tamisé, c'est logique. . . c'est pas cohérent avec la physiologie de notre corps. . . on propose de plus en plus de mobilité, de plus en plus de positions différentes. . . mais l'image qu'on a, si on demande à n'importe quelle femme ou jeune fille, elles répondront toutes « sur le dos les pattes en l'air », donc ça reste encore hyper présent, cette image des pieds dans les étriers. (Valérie, 333-343)

La SF considère que cette variété de techniques corporelle d'accouchement, héritée du passé et de la culture locale française, est en cours de réévaluation et d'évolution. Elle

formule un monologue sur un futur possible qui dénote le fait qu'elle projette assez clairement les mutations du métier :

> *tout doucement ça va changer... il y aura des femmes qui diront « ben moi c'était sur le côté, moi c'était à 4 pattes, moi c'était accroupie, ben moi c'était sur le dos »... quand on est enceinte, on parle de ça à sa mère : « et toi c'était dans quelle position ? »... on reproduit quand même énormément le schéma culturel, quoi !* (Valérie, 355-362)

Les techniques médicales s'en trouvent modifiées au profit d'une mobilisation systématique censée réduire les effets de la douleur :

> *à Mayotte on nous apprend de SF en SF une technique de dire « ben non, ne romps pas la poche, ça fait vachement plus mal, laisse-lui le temps, elle gère bien », on les fait marcher, beaucoup plus tard qu'ailleurs, c'est-à-dire qu'on ne va pas les mettre sous monitoring en croix et tu bouges plus, elles vont se mobiliser, elles vont marcher jusqu'à très tard, jusqu'à 7-8, 9 cm et ça aussi nous a conforté que la mobilité va aider à supporter à être moins douloureux, à avoir moins mal dans les reins, à ce que ça aille plus vite parce que du coup on mobilise, donc elle va trouver son chemin dans le bassin.* (Valérie, 182-189)

Une acculturation à la démarche scientifique, menée par la SF dans le cadre d'un mémoire repris en études doctorales par un chercheur, peut se révéler déterminant, au point de modifier considérablement les pratiques, allant même jusqu'à améliorer l'espérance de vie du nourrisson :

> *mon mémoire, qui est devenu une thèse, a montré qu'on pouvait chercher la cause de la mort différemment de ce qui avait été fait jusque-là, donc j'avais mis en place une classification (Elona, 562-563) au départ j'avais cherché partout, je m'étais dit que c'était peut-être dû, que ça soit lié au côté afro, que ça soit le côté ethnique, qui jouait énormément, et puis c'était pas ça, je suis allée chercher tous les germes, donc c'est le streptocoque B en fait qui est responsable de la plupart des morts foetales in utero, et pourtant c'est un germe qu'on voit tous les jours parce qu'on a beaucoup de patientes qui en sont porteuses... on leur met alors des antibiotiques et bizarrement il y a un peu moins de morts foetales in utero, donc j'étais contente !* (Elona, 587-493)

4.6 Des expériences extrêmes marquantes

Chaque SF a vécu une expérience douloureuse qui reconfigure sa manière de penser le métier. A cet effet, l'acte chirurgical de la césarienne relève du tabou à Mayotte et exige des négociations -voire des palabres avec la famille- préjudiciables, parfois médiées dans l'urgence par les personnels locaux qui savent mieux « trouver les mots ». Les césariennes successives n'hypothèquent pas les grossesses à venir mais déclassent la mère au rang de malade, l'excluant possiblement des « 40 jours de réclusion » post-partum, au risque de la répudiation :

> *la césarienne c'est dur, c'est maudit, c'est souvent des grosses négociations, même si l'enfant est en train de mourir sous nos yeux, c'est des grosses négociations, c'est compliqué… c'est vraiment une connotation extrêmement négative pour elles, ça c'est dur ! Les premières frustrations quand on commence, c'est d'avoir l'impression de se dire « moi je sais que ça va merder, ils vont continuer à refuser et il va sortir, il va être mort, mais… et plus on passe de temps, plus on arrive à savoir trouver les mots, par rapport que ça soit la religion, les croyances, à trouver des biais, c'est dur quand on commence, c'est peut-être plus facile après… après là-bas les aides-soignantes, elles savent trouver les mots aussi, en Shimaoré, ça passe mieux, mais des fois c'est un peu frustrant au départ, de savoir que si elle part, elle rentre contre avis médical, de se dire « purée, je vais la retrouver dans un état catastrophique. »* (Valérie, 446-461)

La césarienne n'est pratiquée à Mayotte que lorsqu'elle est médicalement justifiée et ne relève pas du confort de convenance lié à une volonté de maîtrise totale des conditions d'accouchement telle que pratiquée ailleurs. Toutefois la peur culturelle de la césarienne peut être fatale. L'emploi du présent de narration illustre la charge émotionnelle du témoignage :

> *… ça m'est arrivé qu'elle repart, qu'elle refuse de venir à la date de césarienne programmée, qu'elle arrive le jour du travail, qu'elle décède parce qu'elle avait trop attendu et que l'utérus avait fait une rupture -le bébé on l'a récupéré, pas en pleine forme-, la mère on l'a jamais récupérée, ça c'est dur !* (Valérie, 463-467)

Le moment de l'expérience douloureuse est fondateur d'une reconfiguration du rapport au métier et d'une redéfinition de ses contours :

> *mon premier accouchement, mon premier bébé, c'était un bébé mort. … et là on se dit « ah ouais, quand même, SF c'est pas que faire naître les bébés, en fait il y a autre chose », donc on ne se vante pas de ça.* (Elona, 66-68)

La reconnaissance par une patiente accompagnée lors d'une interruption médicale de grossesse touche particulièrement. Le caractère fortement symbolique du don restitue la force du lien :

> *(je l'avais accompagnée pour une IMG) elle était venue m'offrir un petit cadeau, et elle m'avait dit « pour moi, c'est important, j'avais fait ça pour la naissance de ma fille, de mon premier enfant, je voulais remercier la sage-femme avec un cadeau et c'était important pour moi de le faire de la même manière pour ce deuxième enfant, parce que vous avez été, … » tu vois ça m'émeut encore d'en parler, j'avais pas pensé à ça depuis longtemps, « vous avez été un rayon de soleil pour moi au moment de cette naissance. »* (Esméralda, 466-471)

4.7 Anthropologie des croyances : une tolérance ouverte par le contact avec l'altérité

Le métier de SF se trouve reconfiguré sous le poids culturel des patientes, amenant la professionnelle à engager un dialogue avec un monde inédit faisant contact avec une altérité surprenante ou incongrue pour elle. Loin d'un simple problème de traduction, la difficulté revient à identifier et à se représenter cet univers sous-terrain, implicite et difficilement dicible et partageable.

> *il y a des choses qui ne sont pas rationnelles, qui sont de l'ordre de l'invisible, qui sont de l'ordre de l'héritage animiste, bantou, et des croyances et des mythes et des légendes, tout ce que vous voulez, et il y a énormément de croyances qui sont faites par analogie…* (Hafou, 223-226)

L'exercice du métier se trouve d'autant complexifié par la coprésence de cultures variées qui orientent les pratiques. Ce constat vient en contrepoint des résultats de Benard & Eymard (2014) qui affirment que :

> « *Nos résultats montrent d'ailleurs, comment les sages-femmes privilégient l'apport d'informations standardisées […]. La grande variété de significations et de modèles sous-jacents au concept d'accompagnement est souvent corrélée à un large éventail de postures professionnelles : counseling, relation d'aide basée sur l'écoute de la personne, soutien pour découvrir et utiliser ses propres ressources personnelles ou environnementales, mais aussi conseils ou démarches de type cognitivo-comportementaliste. Les réponses apportées par l'enquête ne permettent pas d'identifier le type d'accompagnement auquel ont fait référence les sages-femmes* ».

La question des origines est essentielle pour assurer le continuum intergénérationnel. En portant un regard médical sur la physiologie de la mise au monde, la SF voit les dimensions culturelles oblitérer ses pratiques, au point de les modifier. En accédant à l'intime, la SF découvre par exemple les représentations d'origines variées autour de la fertilité :

> *Ya d'autres croyances qui sont propres à l'océan indien, je sais que y'en a qui se recoupent avec Mada, La Réunion, Mayotte, sur les rapports sexuels, si elles ont des rapports avant, c'est bien parce que le sperme va venir renforcer l'enfant, renforcer l'accouchement.* (Valérie, 440-443)

Les manières de penser le placenta questionnent le regard sur les origines et la filiation (Saura, 2000 ; Proust, 2010 ; Bouchasson, 2017) ; elles s'insèrent dans le système de valeurs qui pèse sur le fonctionnement du groupe social. Considéré dans le milieu médical comme une pièce anatomique potentiellement infectée devant (donc) être incinérée, le placenta cristallise des pratiques ancestrales antinomiques. Ainsi, le fait de l'enfouir dans la terre de la maison permet d'enraciner le nouveau-né au propre et au figuré (Barry, 2017) :

> *des fois y'a des patientes qui veulent partir avec le placenta pour le cuisiner et le manger, tous ces trucs là… après on dit non… Le placenta, dans certaines cultures, y'en a qui veulent l'enterrer, normalement on n'a pas le droit de les donner, mais bon moi ça me gêne pas… ça arrive pas très souvent, peut-être une fois par an, surtout dans les cultures mahoraises.* (Célimène, 537-539 ; 552-555 ; 564)

Le lieu symbolique des origines permet de savoir d'où l'on vient et de rendre à la terre ce qu'elle a donné ; c'est le père, considéré comme un jumeau du nouveau-né, qui a la charge de cette tradition :

> *il m'est arrivé de discuter avec des couples en salle de naissance, tout ça, des papas, qui me disaient, mais moi je sais où est enterré mon placenta, et la famille leur a dit où était enterré le leur, c'est marrant ! ça devait être sur des terrains de la famille ou quoi mais ce n'est pas forcément à la maison dans le jardin.* (Esméralda, 313-316)

Cependant le fait de ne pas posséder en propre un terrain pose un vrai problème identitaire sur la question des origines :

> *au final dans la culture, le placenta il est enterré sur le terrain de la maison maternelle. Donc quand on est en location, chez quelqu'un, qu'on habite dans une pièce où il y aussi la cour, donc je pense qu'il peut y avoir d'autres tenants et aboutissants qui peuvent faire qu'il y a des freins et des limites et que les gens ils ont le droit de dire ben non !* (Hafou, 164-167)

Même une SF mahoraise éduquée à La Réunion y perd ses repères et doit revisiter les gestes professionnels fondés sur les habitudes prophylactiques. Elle est surprise de se confronter aux pratiques mahoraises supposées évidentes, étant donnée sa propre identité. Ses allants de soi s'en trouvent questionnés :

> *à La Réunion, ma mère (mahoraise), elle n'emmenait pas le placenta à la maison, je n'ai jamais vu ma mère revenir à la maison avec un placenta ! Du coup quand je suis arrivée ici, les premiers placentas, moi, je les ai jetés, et pour certaines, ça les avait choquées ! Du coup je me souviens, mes collègues expat, elles me disaient « eh ben Hafou, comment ça tu as jeté le placenta ? », et puis j'étais là, « ben comment j'étais censée le deviner ? » et ça semblait les choquer, après c'est aussi un préjugé, c'est pas parce que je suis d'origine mahoraise que je vais tout savoir, si j'ai pas vu ou qu'on ne me l'a pas montré ou qu'on ne me l'a pas appris, au moins une fois ! donc du coup, après oui, au départ, bon, j'ai jeté le premier…* (Hafou, 144-152)

4.8 Compétences d'interface et attendus des femmes mahoraise/réunionnaise

La PMI ne fait pas partie des usages des femmes avant mariage sous le joug social, ce qui est congruent avec la thèse de médecine de Gomard (2017) qui constate que

« *La sexualité reste un tabou dans les familles, les mères ayant peur qu'en en parlant à leurs filles, elles encouragent une entrée précoce dans la vie sexuelle* » alors que « *Le taux de recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse en 2012 est de 29% de femmes à Mayotte alors qu'il est de 14,5% en France métropolitaine* » :

> *je ne pense pas qu'elles aient beaucoup d'adolescentes, non mariées, de filles qui sont non mariées, qui donc n'ont pas eu encore d'enfant, qui viennent consulter en PMI. Déjà parce que la PMI, c'est la PMI du village, tout le monde sait quand tu y vas, donc ça, par rapport à ça, le secret, ce n'est pas hyper facile, et que en plus, dans les familles, elles ne vont pas en parler, de sexualité, on ne va pas en parler à une fille qui n'est pas mariée.* (Esméralda, 239-243)

Le constat formulé par Gomard (2007) est que « *la femme à Mayotte ne se préoccupe pas ou ne connaît pas la contraception moderne avant d'avoir eu un premier enfant* ». La pression sociale engage *a fortiori* l'accès aux pratiques contraceptives ; à la méconnaissance de la physiologie de la procréation s'ajoutent celle en diététique et la précarité, si bien que la SF semble démunie pour engager des actions d'information et de prévention sanitaire :

> *La grosse pathologie de l'île, c'est un peu comme toutes les îles, c'est le diabète, pendant la grossesse, donc on a énormément de diabète pendant la grossesse, mais après tu leur dis, « ben voilà, il faut manger équilibré, donc des légumes, des fruits, machin, t'as quoi à manger chez toi ? », « ben j'ai du riz ! », « ouais ben ça ne va pas le faire ! », « ben ouais mais j'ai que ça ! » Ouais c'est le choc ça.* (Esméralda, 586-590)

De même, la barrière avec les patientes à Mayotte, n'est pas placée là où la SF pourrait l'attendre, à savoir dans la maîtrise de la langue et/ou dans la connaissance de la culture par les origines. Elle est liée aux représentations et aux attentes implicites, en ce sens que le soignant idéal espéré doit être métropolitain :

> *elle m'a remplacée, ça a été compliqué pour elle parce que… et je pensais que ce serait plutôt un avantage comparé à la langue, la barrière elle l'avait pas, la barrière de la culture elle l'avait pas, même si elle avait grandi ailleurs, elle avait quand même un peu plus de clefs malgré tout, et ça a été plus compliqué pour elle que pour quelqu'un d'autre et les patientes se plaignaient au départ en disant « non mais moi je veux un vrai docteur – c'est-à-dire ? -ben un docteur blanc ! »* (Valérie, 520-525)

La présence d'un SF homme n'est par contre pas mal perçue :

> *même si c'est une population musulmane,… c'est un Islam très très tolérant à Mayotte, et l'homme ne pose aucun problème, y'a aucune pudeur, la sexualité est pleinement assumée, c'est vraiment pas l'image qu'on en a… sur le soin c'est pas du tout gênant (d'être SF homme).* (Valérie, 549-556)

Ce constat n'est pas valable à La Réunion où le courant sunnite est plus rigoriste :

> *(A La Réunion) là, ceux qui sont vraiment pratiquants, les femmes elles arrivent voilées et ils (les maris) demandent vraiment à avoir une femme qui la suit.* (Célimène, 734-735)

Les efforts de la SF pour s'approprier la langue de la patiente sont récompensés par la proximité qu'elle confère et compensés par les contributions des personnels mahorais :

> *comme j'ai appris quelques mots (de shimaoré) à l'hôpital, du coup je jouais sur les mots que j'avais appris et du coup ça les faisait rire d'avoir une m'zungu qui parle (Elona, 390-392)... on a une aide-soignante qui est mahoraise, donc ça nous aide énormément, parce qu'elle traduit pas mal de choses....* (Elona, 425-428)

4.9 Lien humain(-anitaire), relation à l'altérité et limites

La proxémie engagée dans la relation entre SF et patiente passe forcément par un contact physique intime et répété. Ce contact physique, dicté par des codes sociaux culturellement très normalisateurs, varie selon les cultures, la nature du lien et le contexte de la rencontre. Il est évident que dans une salle de consultation ou d'accouchement, la proxémie engage systématiquement des touchers qui, en ciblant des parties du corps plus ou moins intimes, renseignent sur le degré de connivence entre protagonistes de l'échange :

> *nous par contre, on va essayer plus d'aller chercher l'info, parce qu'ils ne vont pas imposer, ou les laisser faire pour voir comment ça se passe, alors ils sont dans une relation avec un peu plus de pudeur, le toucher est facile aussi à Mayotte, on a le toucher facile, on va venir on met la main sur la cuisse, elles ont mal on les prend facilement dans les bras, vraiment ce côté tactile, ça c'est vraiment chouette !* (Valérie, 827-838)

Cet engagement du contact physique semble même représenter la signature d'un style professionnel originaire d'une école de formation donnée :

> *... t'as pas fait tes études à Marseille ! – oui, comment vous savez ? – parce que tu te positionnes différemment, tu t'assois sur le bord du lit, tu mets ta main sur moi quand tu me parles, tu es comme si on se connaissait depuis toujours.* (Valérie, 836-838)

Cette proximité prend également la forme d'un tutoiement, plus naturel en contexte mahorais, mais contradictoire dans la distance engagée par la manière distanciée et respectueuse d'apostropher :

> *... les patientes en fait, tu ne les reconnais pas forcément, parce qu'on en voit beaucoup ! ... mais on tutoie, c'est rigolo, on tutoie les patientes, on dit « Madame Payet » mais tu dis « tu », en fait, ça se fait beaucoup, sauf quand c'est des petites jeunes, tu les appelles par leur prénom.* (Célimène, 224-230)

L'élaboration de la proximité s'inscrit également dans la continuité des grossesses successives, si bien que la SF peut accéder à des informations majeures et déterminantes pour l'exercice de son métier :

> *je préférais les grossesses pathologiques, j'ai fait pif-paf entre les suites de couches pathologiques et la grossesse pathologique, en sachant que les suites c'est souvent les patientes que j'ai eues en grossesses patho, c'est sur le même palier en plus, c'est bien en fait parce que les grossesses pathologiques, on a souvent des patientes qu'on voit une semaine, un mois, deux mois,... on apprend à connaître la personne et en grattant bien, des fois on apprend des choses qu'elles ne nous auraient pas dites... on arrive à avoir des informations qu'on n'aurait pas eues avant.* (Elona, 174-187)

Cependant cette proximité s'arrête là où les représentations tendent le rapport au monde. En effet, les questions cruciales, voire vitales, rencontrent forcément des barrières liées à la connaissance médicale des limites liées aux risques et à la tentation de la culpabilisation :

> *ça (la première grossesse à 15-16 ans) c'est quelque chose qui, au début, interpelle, même des fois, maintenant j'ai pris un peu de recul et j'ai commencé à mieux comprendre, à m'intéresser à la culture mais au début je pense que j'étais très moralisatrice en consultation, en disant : « mais il faut prendre la contraception ! il faut vraiment, mais c'est pas possible, mais vous ne voulez pas faire des études ? vous voulez pas pour vos enfants ? mais comment ça va se passer plus tard ? vous allez devoir payer des études à tous vos enfants ! » Ben avec mes critères à moi, quoi de M'zungu !* (Esméralda, 166-172)

Les stratégies de contournement des résistances des patientes commencent par la lecture de leurs stratégies : la SF décode puis engage un rapport de force en s'appuyant sur une manière enjouée mais ferme de gérer les protocoles de médication :

> *je rigole et puis ça les détend, je ne reste pas protocolaire en disant « je suis sage-femme et tout ça », elles me disent souvent « ah toi tu es cool... j'essaie de les détendre parce que c'est des cocos durs aussi, quand elles ne veulent pas faire quelque chose, elles ne le feront pas, elles vont faire leur tête de pioche... de toutes façons quand elles dorment, elles ont le drap sur la tête et ça veut dire « m'emmerdez pas » et moi, je fais (geste de tirer le drap) « allez hop, tu te réveilles maintenant ! -ah tu m'énerves !- allez, tu vas prendre ton médicament ! »* (Elona, 431-449)

De même, elle anticipe sur les stratégies d'évitement des migrantes pour interpréter leurs comportements, notamment quand elles ne tiennent pas des rendez-vous pourtant cruciaux :

> *tout ce qui est en rapport avec la PAF, la police aux frontières, qui circule dans les rues, ça elles vont essayer de passer le matin, quand la police*

> *n'est pas encore dans la rue, pour arriver à l'hôpital, où elles sont dans un endroit neutre, comme ça elles se disent « bon ».* (Esmeralda, 343-346)

Confrontée à des situations extrêmes, la SF voit progressivement la relation humaine se transformer en relation humanitaire, à la source même de la naissance dans la clandestinité :

> *(suite à une EVASAN de Mayotte où elle était venue en kwassa kwassa depuis les Comores) à chaque fois qu'on rentrait dans sa chambre, elle prenant un de ses bébés et disait « tiens, maman, maman ! » pour nous les donner en disant « tien sois sa maman, ils vont mourir aux Comores – mais non c'est tes bébés ! – non ils vont mourir donc prends-les, je veux pas qu'ils meurent, je veux leur donner une chance ». Donc là tout le monde a pleuré... du coup l'assistante sociale a essayé de trouver des solutions... elle est en train de demander l'asile.*(Elona, 256-275)

Loin des poncifs colportés à propos des migrantes qui viendraient accoucher à Mayotte pour obtenir la nationalité, la SF prend en charge une migrante vulnérabilisée par la naissance sur sa trajectoire :

> *elle avait un petit qui avait deux ans et elle était enceinte et le travail avait bien avancé, tout le monde est parti parce que la PAF devait être pas loin, mais on les a lâchés sur une plage avec une ou deux heures de route... elle devait venir seule, personne ne devait être de sa famille et tout le monde l'a laissée, elle a accouché dans la nuit, toute seule, sur le chemin, avec son gamin de deux ans à côté, et pareil, une fois que le soleil s'était levé, elle est venue à la maternité, quand elle est arrivée -la force de ces femmes, quoi !- mais par contre là, le bébé il avait eu bien froid... toute la nuit, la maman elle-même devait être mouillée, parce que souvent ils se prennent les vagues aussi dans les kwassas et tout ça.* (Esmeralda, 538-551)

C'est en fait la mère isolée avec enfant(s) qui représente le cas le plus vulnérable. Le déracinement et l'absence d'attaches amène chez la SF une forme d'impuissance à aider en-deçà du séjour à la maternité :

> *Il y a deux poids et deux mesures, on est là avec notre médecine de M'zungu, nos attentes de M'zungu, notre excellence de mortalité, morbidité, ce vers quoi on voudrait tendre et puis il y a la réalité de leurs vies, parce que ces gens-là, cette dame-là, oui, on réchauffe son bébé, on fait en sorte qu'il aille bien, il passe quelques jours en néonat, il revient avec sa mère en maternité, allez on va dire quatre-cinq jours elle est rentrée, elle est rentrée chez elle, c'est ce qu'on va écrire sur le dossier, mais c'est quoi chez elle ?* (Esmeralda, 561-567)

Cependant il y a également de grands moments de perplexité, voire d'incompréhension, lorsque la SF découvre qu'une mère ne sait pas combien d'enfants elle a en-

gendrés. La précarité et les chocs traumatiques amènent, par-delà l'illettrisme, la confusion dans l'histoire personnelle et familiale :

> *quand on développe l'interrogatoire et qu'on dit « comment ça tu ne sais pas combien d'enfants tu as, comment ça tu ne sais pas combien de fois tu as accouché, où sont les enfants etc. » et qu'elle développe son histoire et qu'elle dit : « le premier il est aux Comores, le deuxième il est décédé en mer, le troisième il est à Mayotte, le quatrième il est aux Comores, le cinquième il est décédé en mer, le sixième il est à Mayotte, le septième il est décédé en mer » et que tu as ça qui est déroulé, moi j'ai trouvé ça quand même assez… j'étais abasourdie.* (Hafou, 455-461)

4.10 Condition de la femme, condition humaine, métier sous conditions

Ce constat porte la SF aux confins de la définition de ses limites interprétatives et de sa tolérance :

> *je pensais que pour toutes les femmes que c'était une évidence, que la maternité, que les grossesses c'était tellement précieux, et que tout le monde connaît les dates de naissance de ses enfants et le nombre d'enfants qu'il a et dans l'ordre qu'il a, sans réfléchir et sans hésiter, enfin c'est ça, moi c'est juste ça.* (Hafou, 498-502)

Le passage en « mode interprétatif culturel » permet de dépasser les résistances vives, au prix d'un effort supplémentaire qui permet de mieux comprendre les stratégies de filiation, en l'absence de système de retraite par répartition des cotisations des actifs :

> *elles font autant d'enfants, c'est parce que derrière, ben c'est les enfants qui vont s'occuper d'eux, plus t'en fait, plus t'as de chance que y'en ait au moins un ou deux qui s'occupe de toi plus tard ! elles font autant d'enfants, c'est parce que derrière, ben c'est les enfants qui vont s'occuper d'eux, plus t'en fait, plus t'as de chances que y'en ait au moins un ou deux qui s'occupe de toi plus tard !* (Esméralda, 387-89)

La prise en charge du lien de solidarité par les jeunes est évident mais peut déboucher sur des situations où ceux-ci sont financièrement asphyxiés, amenant leur départ/retour en métropole :

> *ce rapport à la solidarité dans la communauté, ici, est un dû, un acquis, et si tu n'y pourvois pas, si tu dis non en fait, c'est très mal vu, c'est très mal vu, et pour des jeunes qui ont vu autre chose, ailleurs, des jeunes couples, des adultes qui se lancent dans la vie, ben, ça leur pèse un peu trop, tout ça.* (Esméralda, 420-423)

Le lien intergénérationnel fondé sur la tradition est récursif : si les enfants ont obligation de prendre en charge les anciens, c'est le collectif des femmes qui éduque les enfants et cousins. En l'absence de lien à Mayotte, les enfants de migrants clandestins

sont laissés à des « relations » et peuvent se retrouver à la rue dès le jeune âge, ce qui choque profondément la SF (ici mahoraise éduquée à La Réunion) :

> *même les animaux ils n'abandonnent pas leurs petits, donc quand on a une mère qui part et qui laisse son petit, j'ai du mal à le comprendre, ça, je me dis, je sais pas l'instinct maternel, l'instinct primitif, il y a une histoire, je sais que même en difficulté on emmène son petit avec soi, ça veut dire quoi confier quand tu confies à une famille qui a six enfants et huit enfants et qui galère pour survivre déjà, tu lui confies encore un enfant et même la plupart du temps, ce n'est pas un enfant mais une fratrie, c'est confier, normalement on confie dans du mieux ou au moins pareil mais on ne confie pas pour pire. Confier, c'est dans le sens de donner quelque chose de précieux à garder sinon on ne confie pas, si je confie en me disant il va être plus en danger, je sais pas le mot confiance, je sais pas.* (Hafou, 503-514)

Les tensions liées à la pression nataliste amènent une gestion tendue des lits si bien que les nouvelles accouchées sont déplacées vers d'autres maternités sitôt l'accouchement réalisé. Cette nécessité fait surgir des formes d'ostracisme de la part de mahoraises :

> *Ça, le faire accepter aux femmes, trois heures après ton accouchement tu es dans un minibus, vous êtes quatre, quatre mamans, quatre bébés, un ambulancier et bam ! t'as une heure de route ! Et ça, ça nous arrive d'entendre des discours, de la part de personnes mahoraises, des discours racistes, en disant, « écoutez, moi je suis française, les clandestins, si vous voulez vous les envoyez ailleurs, moi je suis française, je paye ma place, je paye mes impôts, je reste ici ! » oui mais en fait, non ! ça n'a rien à voir ! il y a des tensions, des irritations par rapport à ça.* (Esmeralda, 668-674)

La SF est donc confrontée au choix de faire ou non le pas de côté pour prendre en charge les conflits interculturels, communautaires et sociaux. En investissant dans la maîtrise de la langue, dans l'intercompréhension des univers culturels des patientes, dans la reconnaissance des cas ultra-vulnérables de migrantes, elle met de côté le jugement moral et les protocoles prescrits pour exercer sur un mode compréhensif et interprétatif. Les stratégies de rencontre étant variées mais cognitivement et émotionnellement coûteuses, elles recouvrent des modalités différentielles qui apportent des bénéfices également différentiels. Le rapport aux langues et les barrières qui en découlent marquent bien cette distance culturelle à franchir pour rencontrer l'autre :

> *c'est aussi une histoire de se donner les moyens ou pas, parce que j'ai vu des différences, j'ai vu des gens être là depuis longtemps et avoir une maîtrise de la langue mais incroyable, j'ai vu d'autres en peu de temps, en un an à peine, savoir mener une consultation et être en mode « c'est comme ça qu'on dit ? » et d'autres dire, ben non je ne fais pas l'effort, c'est un choix et c'est un investissement. Après vouloir aller vers l'autre, et comprendre l'autre, se mettre à la place de l'autre, c'est un mouvement qu'on fait vers l'autre, et ce mouvement on ne va pas le pousser vers,*

> *soit on le fait soi-même, soit on ne le fait pas ou je ne sais pas !* (Hafou, 386-393)

In fine, c'est la condition même de « la » femme qui est questionnée. La SF se pose la question du sens de la médicalisation d'un acte biologique naturel, transcendant les époques et les espaces, mais qui exige(ra) toujours la présence d'une femme « sage » :

> *toutes les femmes ont affaire à une sage-femme au moins une fois dans leur vie, ben pas forcément, en fait je me demande à l'échelle de l'humanité, quand est-ce que ça a commencé, parce qu'ici on a encore beaucoup de femmes qui accouchent à domicile.* (Esmeralda, 486-489)

La condition féminine est largement cristallisée dans les modalités qui leur sont offertes -ou qu'elles subissent- au moment de la mise au monde de leur enfant. En prenant en charge une part de cette condition, en partageant au plan professionnel mais également humain ces instants de vie marquants, la SF joue le rôle de passeuse de mondes, certes du dedans vers le dehors, mais également entre cultures et traditions. En contexte mahorais, elle doit de surcroît tenter de sécuriser ce moment de grande vulnérabilité pour exercer pleinement son métier de femme « sage » parce qu'elle sait.

5 Synthèse et discussion

Le témoignage des SF sur leurs conditions d'exercice et les rencontres qu'elles opèrent au fil de leur développement professionnel montrent que c'est dans leur rapport à l'altérité que se jouent la qualité et le sens de leur métier. En accueillant non seulement des patientes aux horizons et aux profils variés mais également des univers de référence qui échappent au sens commun et au regard médical, elles se comportent comme des « exotes » qui, interpellées par la différence et la variation, engagent un dialogue interculturel à la fois pour médier les savoirs médicaux utiles et pour s'en trouver transformées et enrichies.

Nous avons vu que le témoignage porte sur la variation tropicalisée des gestes d'approche, du lien d'accompagnement, de la reprise des savoirs ancestraux : il fait également état des expériences extrêmes qui forcent la reconfiguration de l'univers de référence, voire des valeurs. Si les compétences d'interface permettent de lire et de comprendre les croyances, les us et coutumes et le rapport au monde de la patiente, elles prennent également en charge la condition de la femme, et plus particulièrement celle de l'immigrée clandestine en situation vulnérable. Si Mayotte apparaît à cet effet comme un véritable creuset professionnel, point de développement marquant pour la trajectoire professionnelle, La Réunion sert de point de référence pour mieux comprendre ce qui fait sens dans le cœur du métier de SF.

Si le contexte forge et tropicalise les convictions et les pratiques professionnelles, le métier de SF vécu sur le mode exote devient une condition pour s'adapter, durer et rester. En envisageant une mobilité, certes parfois subie, la SF opère ainsi un itinéraire initiatique au fil des rencontres marquantes et s'en trouve changée. Certes, cette étude qualitative gagnerait à être complétée par l'analyse des pratiques. Cependant, l'approche anthropologique permet de questionner le développement professionnel sur

un mode internaliste, tel que vécu par la SF, tout en montrant les manières dont elle remodèle les contours de son métier, des valeurs et savoirs qui orientent les pratiques. En questionnant dans la rencontre le rapport à l'altérité, la SF se comporte comme une exote qui accepte que le contexte pèse, oriente et enrichisse son regard sur la pratique professionnelle. Ce faisant, elle opère une transformation de son rapport au monde et à autrui.

6 Conclusion et perspectives

En prenant en charge la patiente dans sa trajectoire singulière, dans son parcours de santé et dans son identité culturelle, en l'état et sans *a priori*, la SF accepte d'emblée l'altérité comme constitutive de la relation d'accompagnement. Les attentes mutuelles sont alors positionnées non pas selon les « canons professionnels » mais en vertu d'une intuition bienveillante et ouverte à l'inconnu, à l'impensé et à l'étrange, gage d'une attention à l'autre et d'un respect ajusté : « *le contrat* [ici d'accompagnement et de soin] *relève de l'altérité : il n'y a pas de Je sans Tu, de production de sens sans prise en compte de l'autre* [...] *c'est dans le rapport entre le Je et le Tu que se construit un Nous* » (Charaudeau, 2016, p. 3). En témoignant par la description, la narration et l'argumentation d'expériences marquantes et chargées au plan (poly)sémique, les SF expriment leur statut par des actes de langage signifiants : ce discours puissant institue leur pouvoir mais également leur engagement dans le lien qu'elles nouent au fil des rencontres. Plus qu'un contrat de communication, la rencontre scelle alors une alliance qui transcende cultures et contextes pour mettre en dialogue une femme aidante avec une femme accouchante et faire de la vulnérabilité du moment une transformation mutuelle.

7 Références

Alaoui, D., & Lenoir, A. (2019). *L'interculturel critique : une articulation complexe de la diversité et de l'altérité.* Paris : Editions Archives Contemporaines.

Barbier, JM., & Galatanu, O. (Dir.) (2000). *Signification, sens, formation.* Paris : PUF.

Bakhtine, M. (1984) *Ethétique de la création verbale.* Paris : Gallimard.

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

Barry, A. (2017). L'enterrement des placentas et les enjeux dans la tradition africaine. *Essaim, 39*, 129-141.

Beckers, J. (2007). Compétences et identité professionnelles. L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine. Bruxelles : De Boeck.

Benard, MR., & Eymard, C. (2014). L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. *Santé publique, 5(26),* 591-602.

Berger, P., & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité.* Paris : Méridien Klincksieck.

Bouchasson, P. (2017). La placentophagie ou l'ingestion de placenta : entre traditions ancestrales et phénomènes actuels. *Médecine humaine et pathologie.*

Bressoux, P. (2000). *Modélisation et évaluation des environnements et des pratiques d'enseignement.* Note de synthèse d'HDR, Université de Grenoble.

Bruner, J. (2000). *Culture et modes de pensée. L'esprit humain dans ses oeuvres.* Paris : Retz.

Bucheton, D., & Soulé, Y. (2009). *L'atelier dirigé d'écriture au CP : une réponse à l'hétérogénéité des élèves.* Paris : Delagrave.

Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu,A.W., Wilson, M.H., Abboud, P.A.C., & Rubin, H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines ? A framework for improvement. *JAMA*, *282(15)*, 1458-1465.

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

Charaudeau, P., & Maingueneau, D. (2002). *Dictionnaire d'analyse du discours.* Paris : Seuil.

Clanet, C. (1993). *Introduction aux approches interculturelles en éducation et en sciences humaines.* Toulouse : PU du Mirail.

Cloarec, P. (2008). Protocoles, référentiels de soins, démarche qualité : autonomie collective et dépendance personnelle. *Recherche en soins infirmiers (2)93*, 28-31.

Delory-Momberger, C. (dir.)(2019). Vocabulaire des histoires de vie et de la cherche biographique. Paris : éditions érès.

Dubar, C. (1998). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles.* Paris : Armand Colin.

Edwards, R., Ranson, S., & Strain, M. (2002). Reflexivity : towards a theory of lifelong learning. *International Journal of Lifelong Education, 21(6)*, 525-536.

Franeczek, ML. (2018). *Violences obstétricales : essai de définition à partir de la littérature scientifique.* Gynécologie et obstétrique, Mémoire de Sage-Femme, Université de Marseille.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology.* Engiewood Cliffs : Prentice Hall.

Girin, J., & Grosjean, M. (dir.) (1996). *La transgression des règles au travail.* Paris : L'Harmattan.

Gomard, M. (2017). *Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte. Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire.* Thèse d'exercice en médecine générale, sous la direction de Dr. Thore-Dupont, E., Université de Toulouse III.

Gosselin, M., Viau-Guay, A. et Bourassa, B. (2014). Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : une compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail Et la Santé, 16(3),* 1-25.

Goyette, N., & Martineau, S. (2018). Considérations sur le développement professionnel dans les métiers de formation. *Phronesis*, 7, 1-3.

Graham, ID., Harrison, MB., & Brouwers, M. (2002). Faciliter l'utilisation de données probantes dans la pratique : évaluer et adapter les guides de pratique clinique à l'usage local des organismes de soins de santé. *Journal of Obstet Gynecol Nurses Nursing, 31,* 599-611.

Harrison, M.B., Légaré, F., Graham, ID., & Fervers, B. (2010). Adapter les directives de pratique clinique au contexte local et évaluer les obstacles à leur utilisation. *Revue CMAJ-JAMC, 182(2)*, 78-84.

Haute Autorité de la Santé (2017). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales.*

Haut Conseil à l'Egalité (2018). Note de positionnement sur le projet de loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, 16 avril.

Jorro, A. (2013). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation.* Paris : De Boeck Université.

Lefebvre, H. (1959). *La Somme et le Reste.* Paris : La Nef de Paris Editions.

Lefeuvre, G., Garcia, A., & Namolovan, L. (2009). Les indicateurs de développement professionnel. *Questions Vives, 5(11)*, 277-314.

Lortie, M., Faye, C., Laroche, E., Desmarais, L., Denis, D., Nastasia, I., Gravel, S., & Giraud, L. (2013). Bilan des études sur les guides de pratique en santé : qu'en retirer pour la santé et la sécurité au travail. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé, 15(1)*, 1-25.

Manning, A., & Schaaf, M. (2018). *Manque de respect et mauvais traitements durant l'accouchement et soins maternels respectueux.*

Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J.M., & Eccles, M.P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions : the need for a scientific method. *Implementation Science, 4,* 40.

Mitchell, G.J. (1999). Evidence-based practice : critic and alternative view. *Nursing Science Quarterly, 12(1)*, 30-35.

Mouchet, A., & Carraruzza, E. (2015). La subjectivité comme ressource en éducation et en formation. *Recherche et formation*, *80*, 9-16.

Munroe, D., Duffy, P., & Fisher, C. (2008). Nurse knowledge, skills, and attitudes related to evidence based practice : before and after organizational supports. *MEDSURG Nursing, 17(1)*, 55-60.

Organisation Mondiale de la Santé (2018). *Recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Transformer les soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être.*

Organisation Mondiale de la Santé (2014) *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins.*

Pourchez, L. (2000). *Anthropologie de la petite enfance en société créole réunionnaise (Hauts de Sainte Marie)*. Thèse d'ethnologie, EHESS Paris.

Proust, C. (2010). L« 'objet placentaire » et le mythe de l'enfant-placenta, futur héros civilisateur. In Revue *Le Coq-Héron, 4(204),* p. 108-113.

Rappolt, S., & Tassone, M. (2002). How rehabilitation therapists gather, evaluate, and implement new knowledge. *Journal of Continuing Education in the Health Professions, 22(3)*, 170-180.

Saura B. (2000). Le placenta en Polynésie française : un choix de santé publique confronté à des questions identitaires. *Revue Sciences sociales et santé, 18(3),* 5-27.

Segalen, V. (1986). *Essai sur l'exotisme*. Paris : Poche.

Straus, S.E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009a). *Application des connaissances dans les soins de santé : passer de la preuve à la pratique*. Wiley-Blackwell.

Straus, S.E., Tetroe, J., & Graham, I. (2009b). Defining knowledge translation. *Canadian Medical Association Journal, 181(3-4),* 165-168.

Straus, S.E., Tetroe, J., & Graham, I. (2011).Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *Journal of Clinical Epidemiology, 64,* 6-10.

Thomas, C. (2016). *Accoucher en France aujourd'hui. Les enjeux de la profession de sage-femme et la position des femmes face à la naissance médicalisée.* Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université de La Réunion.

Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le concept de développement professionnel en enseignement : approches théoriques. *Revue des sciences de l'éducation, 31(1)*, 133-155.

Verkerk, K., Van Veenendaal, H., Severens, JL., Hendriks, EJ., Burgers, JS. (2006). Prise en compte du jugement dans l'élaboration de lignes directrices fondées sur des preuves. *International Journal on Quality Health Care, 18*, 365-9.

Webster-Wright, A. (2009). Reframing professional development through : Understanding authentic professional learning. *Review of Educational Research, 79(2)*, 702-739.

Weisser, M. (2015). Former aux compétences interculturelles en école d'ingénieur. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur, 31(3),* 1-15.

Wensing, M., Bosch, M., Grol, R. (2010). Developing and selecting interventions for translating knowledge to action. *Canadian Medical Association Journal, 182,* 85-88.

Wittorski, R. (2009). Jeter les bases d'une conception d'ensemble des liens entre activité-compétence-professionnalisation/développement professionnel-identité. *Penser l'éducation, 25,* 143-151.

Woolf, S. (2000). Changing physician practice behaviour : The merits of a diagnostic approach. *The Journal of Family Practice, 49(2*), 126-129.