Naître aujourd'hui à La Réunion

Contraintes, paradoxes et effets de la globalisation

Laurence Pourchez

Professeure d'anthropologie, INALCO, Paris

Résumé : Cet article s'appuie sur diverses enquêtes qualitatives de terrain menées de 1994 à 2015 à La Réunion par entretiens semi-directifs, études de cas et observations sur la question de la santé reproductive. Il présente également quelques données issues des premiers résultats d'une enquête consacrée aux représentations associées à la naissance et à la famille dans la société réunionnaise. Au total, sur 20 ans, plusieurs centaines de femmes ont été concernées par les enquêtes. M'appuyant sur le récit de l'évolution des pratiques tant familiales qu'hospitalières associées à la naissance, mon objectif est ici de poser la question des effets consécutifs à la globalisation des usages.

Mots-clés : normes, naissance, globalisation, anthropologie, île de La Réunion

Quels sont, à La Réunion, et dans des contextes tant hospitaliers que familiaux, les conséquences de l'évolution et de la globalisation des usages ? Cet article constitue la synthèse de près de vingt cinq années de recherches effectuées auprès de quatre générations de femmes. Il présente également quelques données issues des résultats d'une enquête [1], consacrée aux représentations associées à la naissance et à la famille dans la société réunionnaise. Au total, en près d'un quart de siècle, plusieurs centaines de femmes ont été concernées par les enquêtes.

Je développerai plus particulièrement quelques aspects de l'évolution des pratiques et représentations :

La relation au savoir tout d'abord. Internet a détrôné les médecins et les sages-femmes et tout est, aujourd'hui, discuté et critiqué à l'aune des médias. Au rapport à l'argent ensuite. A celui qu'entretiennent les familles vis-à-vis des professionnels de santé in-

1. Enquête MFV (Migration, Famille, Vieillissement) pour la partie qualitative, commanditée par l'INED, en collaboration avec Didier Breton et Claude Valentin Marie.

tervenant dans le champ de la naissance. Qu'il s'agisse de médecins, de sages-femmes, de pharmaciens, de *tisaneurs*[2], là où, jadis (et le jadis à La Réunion, n'a guère plus de 50 ans si l'on considère le passage de l'accouchement traditionnel à la maison à la venue au monde des enfants à la maternité) dominait une relation basée sur la proximité, le care autant que le cure, le service à la personne -service qui était, selon les ressources des familles concernées, soit gratuit soit rémunéré sous la forme de paniers garnis de légumes, de volailles... - c'est de nos jours l'argent qui domine.

Les années 1960 constituent le début de la grande transition. Alors que les accouchements se déroulaient traditionnellement à la maison, en présence du père, de la mère de la parturiente, en l'espace de 20 ans, les venues au monde se sont déplacées vers les maternités, excluant souvent les pères (qui ont été réintroduits plus tard). Ce passage d'un accouchement traditionnel à un accouchement "moderne" a été, à l'époque, présenté comme une œuvre civilisatrice et de santé publique, avec, il faut le reconnaître, une chute spectaculaire du taux de mortinatalité qui est passé de 150 ‰ en 1951[3] à 7,1 pour 1 000 naissances en 2016, et ceci même si ce taux reste encore très nettement supérieur à celui de la métropole (3,5 pour 1 000 selon l'ORS OI - 2018).

Qu'en est-il alors aujourd'hui ? Les femmes ont-elles définitivement abandonné les pratiques d'antan ? Comment s'organise, en 2019, la répartition des recours entre influence des médias et de la mondialisation, transmissions intergénérationnelles, recours à des tradipraticiens ? Les politiques de santé ont-elles finalement eu raison des conduites traditionnelles ? Y a t-il résistance, mise en place d'un contre-pouvoir ? Et l'argent dans tout ça ?

1 Les lieux de la naissance : temps, espace, acteurs

Les discours des femmes renvoient, selon la génération à laquelle elles appartiennent, à des temporalités, des lieux, des présences différentes. Trois espaces dominent, reliés à des époques précises, à des acteurs particuliers. Le premier, l'espace domestique, est le théâtre d'un accouchement que nous pourrions qualifier de traditionnel, qui appartient au passé (même s'il perdure, comme nous le verrons, au travers de nombreuses pratiques). Il est lié à la famille élargie, à l'entraide et à la convivialité attachée à la naissance. Le second, situé à la maternité, est un espace récent, dominé par l'hygiène et la technologie, soumis à un modèle hygiéniste (celui des « puériculteurs »[4] ou des « fées d'aujourd'hui »[5], médecins, sages-femmes, infirmières), à des présences plus restreintes. Le troisième espace est plus informel, il n'a pas de localisation exacte. Lié à la modernité, il ne se place ni dans l'espace domestique, ni dans l'aire biomédicale. Il est le lieu des transmissions, des pratiques qui se sont perpétuées et sont devenues souterraines, conduites thérapeutiques ou magico-religieuses, cachées aux yeux des professionnels de la santé, reproduites tant à la maison, avant le départ pour la

2. Nom donné localement aujourd'hui, aux tradipraticiens spécialistes des remèdes à base de plantes. Historiquement, le terme possédait une connotation liée à la sorcellerie. *Tisaner* quelqu'un signifiait lui jeter un sort.

3. A. Lopez, 1995.

4. Voir G. Delaisi de Parseval et S. Lallemand, 1980.

5. La formule est de G. Delaisi de Parseval, 1979.

maternité, que dans la voiture ou dans les couloirs du centre hospitalier. Il comprend aussi, depuis une vingtaine d'années, les recherches sur internet ou dans les médias.

Aussi, appréhender les conditions de la naissance revient à décrire et à analyser ces trois espaces, ces temps qui s'entremêlent. Ils ne peuvent, sans que les liens qui les rattachent les uns aux autres ne se perdent, être présentés de manière indépendante. Il semble impossible de les séparer de façon nette. J'opèrerai donc un va-et-vient permanent entre le passé et le présent, le domestique, le médical et des espaces que l'on pourrait qualifier d'interstitiels.

2 L'accouchement traditionnel

Avant que les accouchements ne se fassent de manière systématique à la maternité, les femmes accouchaient chez elles, dans leur chambre. Plusieurs cas de figure étaient possibles selon le degré de pauvreté des familles. « Le plus souvent », raconte Andréa, qui était âgée de 96 ans à l'époque de nos entretiens en 1997, « on plantait quatre piquets, on plantait quatre gaulettes [6] dessus, on mettait une petite paillasse, un *goni*[7] dessus, un peu de paille dans le *goni,* et on accouchait là-dessus. Mais des fois même, tout le monde dormait là-dessus, le papa, la maman, les enfants, sur ce petit lit en piquets ». Dans les familles plus aisées, les femmes possédaient un petit lit spécifiquement destiné aux accouchements.

Ce petit lit d'appoint, réplique de ceux recommandés en France, à la fin du XVII^{e}, par l'accoucheur Mauquest de la Motte (J. Gélis, 1984), était présent dans de nombreuses familles. Il était installé dès le début du travail. Hyacinthe, ancienne "femme-qui-aide" (selon la formule d'Yvonne Verdier, 1979), 84 ans lors de notre première rencontre en 1999, le justifiait par le désir des femmes de ne pas salir la literie pendant l'accouchement. Parfois, comme le signale Yvonne, qui avait 60 ans en 2005, des sangles étaient disposées afin d'aider la femme à pousser lors de l'expulsion. Elle pouvait s'y cramponner. De plus, la matrone ou le médecin pouvaient disposer le lit dans la pièce de manière à se placer au mieux auprès de la femme en couche. Les femmes étaient rarement laissées seules. Souvent, dit Hyacinthe, dès le début du travail, « Le papa était là. Il regardait, bien entendu. Il donnait un coup de main quand on avait besoin de lui. Il était présent, souvent. Des fois, quand l'accouchement se passait mal, le papa soulageait sa femme, la tenait, l'aidait. »

Son rôle était également de prévenir la matrone, la sage-femme ou la femme-qui-aide [8] qui restait souvent avec la parturiente durant tout le travail : « Si quelqu'un i attendait un petit enfant, i prévenait *a moin* d'avance, et quand la femme était *malade* (avait des contractions), hé bien, le monsieur i venait rejoindre *a moin*, *mi* partais attendre l'enfant » (Andréa). Le médecin était, semble-t-il, toujours appelé un peu plus tard lorsque l'expulsion approchait. Généralement, la mère de la parturiente assistait à l'accouchement, parfois aussi, des amies ou des voisines venaient aider. Les présences étaient d'autant plus nombreuses que l'accouchement était long et difficile. Henriette,

6. Pièces de bois solide, qui servaient aussi à soutenir le toit de la paillote.

7. Sac de jute.

8. La femme qui aide, équivalente à celle décrite pour la France métropolitaine par Yvonne Verdier (1979) était celle qui lavait les bébés et les morts. Elle apportait son aide lors des naissances et des décès et était choisie dans le village en raison de ses qualités humaines et morales.

98 ans en 1998, se souvenait : « Une fois, une personne est venue me chercher. Il y avait déjà six personnes avec la femme et sur le moment, je n'ai pas réussi (à la faire accoucher). La femme était faible, vraiment faible, plus que faible. Alors, j'ai passé ma main dans son passage, j'ai fait ma prière, et l'enfant est venu ». Mais il arrivait aussi, quand la future mère était vraiment très démunie, quand le travail aux champs mobilisait parents et amis, qu'elle se retrouve seule et que la seule présence dans la chambre soit celle de la matrone : « Des fois, dans la chambre, il n'y avait personne, rien que moi. Les gens avaient trop de travail. Si la maman pouvait, elle venait, mais souvent, il n'y avait vraiment que moi ! ». Andréa se rappelait même de femmes parties vendre leurs légumes au marché de Saint-Denis qui ont accouché en chemin et sont rentrées chez elles avec leur nouveau-né dans les bras.

L'accompagnement de la mère avant son accouchement dépendait donc de son niveau social, de l'importance des travaux des champs (il était sans doute plus simple d'être entourée hors de la saison de la coupe des cannes). Le père était souvent présent, assistait son épouse, aidait la matrone en allant chercher de l'eau, préparait le repas pour la maisonnée.

Dès les premières contractions, il était d'usage de dire des prières à l'attention de celle qui, disait-on, « avait un pied dans la tombe ». Ces prières se poursuivaient jusqu'à la délivrance. Certaines invocations étaient particulièrement renommées : il est possible de citer la prière à la Sainte-Croix, citée par M. Bouteiller (1966), la célèbre oraison de Saint-Charlemagne, les prières pour la délivrance contenues dans le livre de prières de l'abbé Julio. Certains saints ou saintes étaient plus particulièrement sollicités, comme Saint-Antoine, Sainte-Anne, Sainte-Marguerite ou Sainte-Vivienne. Quand l'enfant naissait vite et en bonne santé, coutume était de lui donner le nom du saint ou de la sainte invoquée : c'est ainsi que Hyacinthe, qui avait, durant la venue au monde de son fils aîné, invoqué Sainte-Vivienne a nommé son premier-né Vivien. Les prières étaient le plus souvent récitées à voix haute, mais elles étaient également contenues dans de petits sachets nommés *garanti* ou *garde corps*[9], que les parturientes portaient sur elles, à même la peau. D'autres objets étaient particulièrement importants, comme les cordons de Saint-Joseph, commandés en France, près d'Alès, par les frères spiritains. Ces ceintures bénies avaient la réputation de hâter les accouchements, d'éloigner les dangers de la parturition. Les sept petits nœuds présents sur le cordon possédaient une fonction conjuratoire, de protection face à une éventuelle attaque extérieure[10]. A ces diverses précautions étaient associés d'autres objets, déjà évoqués. Marie-Ange, 93 ans en 2001, en témoignait en ces termes : « On mettait des prières dans un petit sac en tissu, et on gardait ça autour du cou. Ça, il pourrait y en avoir encore. Il y avait des petits coussins, des petits sacs, et des fois, on les enterrait aussi pour éviter les *contrediseurs* (sorciers). *Moin*, *mi* mettais la prière de la Sainte-Croix, *ma a* mis dans un petit sac la prière de la Sainte-Croix avec une petite médaille dedans, une médaille de Saint-Benoit, une médaille de la Sainte-Vierge. Beaucoup de gens faisaient ça. »

Ces prières, ces objets religieux étaient en fait, et jusqu'à une époque relativement récente marquée par l'arrivée massive des médecins dans le secteur, l'un des seuls

9. Garantie ou garde corps.

10. Les cordons de Saint-Joseph continuent d'être utilisés et peuvent toujours être commandés en Métropole.

recours envisageables en cas d'accouchement difficile. Henriette résumait ainsi cette détresse des accoucheuses : « J'ai vu des femmes, je mettais ma main dans le corps de la femme, et puis l'autre main, et je priais, et je donnais une petite tisane pour faire venir le bébé. Ma tisane, c'est une prière, à un saint. Pas un spécialement, des fois, je m'adressais à mon papa qui est mort, des fois à un saint. »

De nos jours, si les prières semblent encore présentes dans de nombreux foyers, officiellement, les cordons n'existent plus, ne sont plus importés. Cependant, de nombreuses jeunes femmes les utilisent encore et il est toujours possible de les obtenir sur commande, à Alès, chez les frères spiritains.

3 Accélérer l'accouchement

Outre les prières précédemment mentionnées, les données recueillies mettent en évidence, quelle que soit la génération concernée, divers procédés, d'ordre thérapeutique ou magico-religieux destinés à hâter l'accouchement. Il s'agissait d'éviter que la parturiente ne s'épuise lors du travail. Pour cela, les femmes avaient d'abord recours à des plantes médicinales. L'objectif de ces remèdes était d'amplifier les contractions, de permettre une meilleure dilatation du col de l'utérus, de faciliter le passage de l'enfant. De manière complémentaire à ces premières pratiques, les usages magico-religieux avaient pour but de protéger la mère et l'enfant, de permettre un bon déroulement des couches. Auparavant systématiquement exécutés à la maison, ces actes sont aujourd'hui effectués soit dans le cadre domestique, avant le départ pour la maternité, soit discrètement, en milieu hospitalier, dans la salle de travail, lors des absences du personnel médical.

Les douches ou les bains tièdes ou chauds sont toujours cités par les aînées pour leur action émolliente. Ils avaient (ont toujours…) la réputation d'assouplir les tissus, de faciliter le passage de l'enfant. Ils pouvaient [11] être pris avec des plantes, comme les *herbes à bouc* [12] qui ont la réputation de faciliter la dilatation du col et être complétés de compresses chaudes déposées sur le ventre de la parturiente par leur mère ou leur grand-mère.

Le choix des plantes utilisées est révélateur. Ce sont des végétaux considérés comme ayant des vertus magiques, et lors des cérémonies de l'hindouisme, on se sert de certains d'entre eux (feuilles de manguier, *lila*, camphre). L'utilisation d'eau de mer (de sel), la manière dont il faut se débarrasser des résidus complètent ce schéma. Tout se passe ici comme si le bain avait pour fonction de lever les obstacles, les sorts, et d'empêcher toute attaque maléfique susceptible d'atteindre la future mère, de gêner le bon déroulement de ses couches. Ces premières techniques sont toujours utilisées en 2019 et de nombreuses jeunes femmes font précéder leur départ à la maternité d'un bain chaud. Ainsi, Fabienne, 32 ans en 2011, décrit-elle la dernière visite du médecin, une consultation à domicile qui précède son départ pour la maternité : « Moi, ma mère, elle m'a fait prendre une douche chaude, et puis après, elle a fait venir le docteur. Le

11. L'imparfait employé pour la narration est en fait également un présent car ces conduites n'ont pas disparues.

12. Herbe à bouc, *zerb a bouk* : *Ageratum conyzoïdes (Asteraceæ)*.

travail, maman a demandé, c'est comment ? A un franc, deux francs ? [13]. Maman m'a pressé un citron et me l'a donné. Avant, le docteur était déjà venu, et il avait dit que ça n'était pas pour maintenant. Et là, il revient et maman m'avait donné du citron. Le docteur dit « mais qu'est-ce qui se passe ? Le bébé est presque là ! Allez le plus vite possible à la maternité ! » Maman a répondu « Je ne sais pas (pourquoi le bébé est déjà là) ». (Rires) Les docteurs ne savent pas tout ça ! Maman, aussi, elle m'a fait des compresses d'eau chaude pour faire sortir le bébé. »

Autre technique, quelque peu tombée en désuétude (encore que de nombreuses mères regrettent qu'à la maternité, elle ne soit pas appliquée), la pratique qui consistait en une utilisation de corps gras (huile d'olive le plus souvent, parfois graisse de porc) afin disait-on « d'élargir le passage ». Cette pratique était souvent couplée à une seconde conduite dont l'objectif était de déterminer le degré de dilatation du col. Il s'agissait, pour la première technique et selon les propos d'Henriette, de « travailler le corps de la femme » [14], d'enduire de graisse les grandes lèvres et le vagin, puis de tenter, au fur et à mesure des applications successives, de distendre les tissus. Ce « travail » du corps de la femme en couche a été, à La Réunion, couramment pratiqué jusqu'aux années 70. Cette conduite était souvent associée à un second usage destiné à mesurer l'avancement du travail. Andréa le décrit : « Avant l'accouchement, il y avait les douleurs. Mais quand arrivaient les dernières douleurs, c'est que c'était le moment. On le disait aux vieilles femmes et nous, on mettait notre doigt. Quand ça arrivait comme ça (un centimètre, un centimètre et demi), on disait à un franc, la taille de la pièce. Quand le doigt était tout près, on disait c'est à cinquante centimes. Quand c'était plus avancé, c'était à deux francs ». Le toucher était en fait à cette époque, le seul moyen de vérifier l'état d'avancement de l'accouchement, la bonne présentation de l'enfant lors de l'expulsion et l'analogie avec les pièces de monnaie (un franc, deux francs, cinq francs, dix francs quand le col était dilaté) était compréhensible par toutes.

Ce témoignage d'Andréa met également en évidence l'importance de la douleur dans l'enfantement.

Celle-ci est présentée, par l'ensemble des femmes, comme la marque d'un passage. Il faut, disent-elles, souffrir pour enfanter. La souffrance liée à l'accouchement fait en effet partie des signes de la naissance. Les aînées en présentent les phases, des premières *crampes*, aux *coliques* puis à la fin du travail, quand l'expulsion s'annonce et que la femme est *malade* [15]. Elle est souvent présentée par les grands-mères comme une épreuve obligatoire, presque une initiation à plusieurs degrés que doit subir celle qui s'apprête à donner le jour. Il faut ici distinguer la primipare, celle qui enfante pour la première fois, de la multipare, mère d'une nombreuse progéniture. Car chaque enfantement fait passer la femme à un degré de reconnaissance sociale supérieure, hiérarchie à laquelle la douleur est étroitement associée. Les matrones, du reste, étaient jadis choisies en raison de leur âge et surtout de leur nombre d'enfants, du nombre de fois où elles avaient connu les douleurs de l'enfantement. Tout se passait en fait

13. Ancien système de repérage du degré de dilatation du col.

14. Cette technique était nommée de la même manière dans la France du XVIII^{e} siècle. Il est possible de la retrouver dans les différents écrits de J. Gélis - 1984-, de M. Laget- 1982.

15. Ces trois termes correspondant à divers niveaux de force des contractions.

comme si le fait d'avoir, à de nombreuses reprises, vécu cette expérience dans son propre corps, pouvait lui permettre de mieux comprendre et aider la femme qu'elle venait délivrer.

Aussi, lorsque quelques jeunes femmes font référence à l'éventualité d'un accouchement sous péridurale, la plupart n'ont que mépris pour celles qui refusent ou craignent la douleur. Elles les considèrent souvent comme de mauvaises mères, ou les rangent dans des catégories sociales différentes, *Gros Blancs, Zoreils*. Cette douleur, il faut la supporter stoïquement, ne pas la montrer. Aussi Christine, 21 ans en 2007, 2 enfants, se rit-elle de celles qui, à la maternité, « *dansent le séga* »[16], s'agitent et crient. Mais ainsi que le reconnaît Dominique, 26 ans également en 2007, 4 enfants, parfois, il est difficile de rester de marbre...

Il semble y avoir, dans ce rapport à la douleur, une revendication presque identitaire et le « nous, les femmes réunionnaises », revient régulièrement dans les discours. Néanmoins, un temps de travail trop long inquiète. Car à l'époque où les matrones étaient seules à aider les femmes en gésine, un bébé qui se présentait mal, un accouchement qui durait plusieurs jours, des douleurs qui épuisaient la femme, étaient souvent synonymes de mort, pour la mère comme pour l'enfant... d'où, peut-être, ce désir sans cesse réaffirmé, génération après génération, d'accélérer la venue au monde de l'enfant, de l'aider, par tous les moyens possibles, thérapeutiques, magiques ou magico-religieux

4 Les positions de l'enfantement

Généralement, les femmes accouchaient de manière horizontale, allongées sur le dos dans leur lit ou sur un lit de travail, préparé pour la circonstance. Parfois, selon le témoignage de Hyacinthe, elles avaient la possibilité de s'agripper à de larges bandes de tissu. Néanmoins, cette position n'était pas systématique et d'autres techniques d'accouchement étaient parfois employées. Reneta, âgée de 79 ans en 2012, fait quant à elle allusion à un accouchement sur le côté. Marie-Ange rapporte des enfantements pratiqués en position assise, le corps de la femme reposant sur le bord d'un petit banc bas, du type de ceux que l'on trouve toujours dans les cuisines *longtemps*[17]. Dans ce cas, la parturiente était aidée et soutenue par une tierce personne. Il semble également que dans certains cas, les femmes aient accouché en position debout, maintenues, comme lors de l'accouchement en position assise, sous les bras, souvent par le géniteur de l'enfant. En cas de position allongée, la matrone ou la sage-femme se tenait face à la parturiente pour recevoir l'enfant. Par contre, en cas de position assise, elle récupérait l'enfant sous sa mère. Il est du reste probable que l'expression créole « ramasser les petits enfants » provienne des positions jadis utilisées pour l'accouchement. Je n'ai pas de données quant à la position sur le côté, mais il est vraisemblable que la sage-femme se tenait, pendant la dernière phase de l'accouchement, derrière la parturiente. Alors que pour la position verticale, elle rattrapait l'enfant lorsqu'il sortait du ventre de sa mère. Clémence, 60 ans lors de nos entretiens en 2001, 11 enfants, fait référence à une

16. Danse locale, vraisemblablement dérivée des mazurkas européennes.

17. Cuisines généralement en tôles dans lesquelles se faisait la cuisine au bois. Les bancs étaient très bas de manière à pouvoir être assis sans respirer la fumée.

position à genoux. Elle rapporte que, quand l'accouchement était difficile, la matrone qui officiait dans l'îlet faisait mettre les femmes à genoux et leur demandait de faire leurs prières. S'agissait-il de la quête d'une aide divine ou cette position était-elle destinée à faciliter l'expulsion ? Il est possible que ce recours ait été double : associant la commodité de l'accouchement à une sollicitation religieuse.

5 Premiers soins à la mère

Dès que l'accouchement commençait, parfois dès le début du travail, la pièce était calfeutrée. Il ne devait pas y avoir d'air, la lumière était réduite au strict nécessaire (ce qui n'allait pas sans poser de problèmes au médecin venu aider la mère). Dans les familles aisées, la parturiente était placée sous des voiles, afin d'être certain qu'aucun courant d'air ne puisse l'atteindre. En effet, la vulnérabilité de celle qui venait d'accoucher était jugée importante. Selon la logique présente dans la médecine populaire réunionnaise, la femme qui mettait un enfant au monde évacuait, en quelques heures, une grande partie de la chaleur accumulée, dans son corps, pendant la grossesse, par l'absence des menstruations. Elle devait donc être réchauffée le plus rapidement possible. Plusieurs procédés étaient employés : accumulation de chaleur dans la pièce, ingestion de rhum, de tisanes échauffantes, habillage spécifique, consommation de repas revigorants. Souvent, la matrone ou la sage-femme restait quelques heures, voire plusieurs jours, aux côtés de celle qui venait d'enfanter afin de surveiller les « suites de couches ». L'accouchée absorbait du rhum pour *faner* (éliminer) le sang. Elle pouvait également être réchauffée par des tisanes concoctées à base de plantes dites « échauffantes » [18] telles que cannelle [19], citronnelle [20], benjoin [21] ou romarin [22], et toujours préparées selon une règle de trois (le 3 étant supposé optimiser les effets du remède).

6 Comment le médecin ou la sage-femme étaient-ils rémunérés ?

Il était d'usage de payer le médecin ou la sage-femme. Cependant, à une époque où l'argent était rare, cet émolument pouvait revêtir des formes diverses. Il était par exemple possible de payer le praticien à l'aide d'un panier garni de fruits, de légumes, d'œufs ou de volailles. Du reste, selon la naissance, son déroulement, le sexe de l'enfant né, le nombre d'enfants (sachant que des naissances multiples et masculines renforçaient la réputation de virilité du père), le contenu du panier pouvait changer. Ainsi, Francis, 58 ans en 1999, qui a pratiqué des accouchements à domicile jusqu'au début des années 1980, raconte qu'une fois, alors qu'il venait de mettre au monde des jumeaux (deux garçons), le père était si heureux qu'il avait glissé 2 bouteilles de whisky dans le panier, ce qui, pour l'époque, représentait un cadeau très rare et onéreux...

18. Concernant la classification des végétaux dans la médecine traditionnelle réunionnaise, lire Pourchez, 2011.
19. Cannelle, *Kanèl* : *Cinnamomum burmannii (Lauraceæ).*
20. Citronnelle, *sitronèl* : *Cymbopogon citratus (Poaceæ).*
21. Benjoin_, binjwin_ : *Terminalia bentzæ (Combretaceæ).*
22. Romarin : *Rosmarinus officinalis (Lamiaceæ).*

7 A la maternité

Le passage de l'accouchement à la maison à la naissance en maternité s'est achevé au début des années 1980. Les femmes ont été largement incitées à abandonner l'accouchement à la maison pour des raisons invoquées de sécurité, d'hygiène et ce, alors que peu d'indices (voire aucun) laissent à penser que le taux de morts en couche ait été élevé.

Malgré l'introduction, depuis une vingtaine d'années, du choix de positions d'accouchement alternatives (sur le côté notamment), à la maternité, on accouche à présent principalement en position gynécologique. Cependant, après une phase durant laquelle les femmes semblaient passives devant ce qui n'était en fait pas un choix mais une position prescrite, nombreuses sont celles qui sont, à présent, en quête d'une plus grande souplesse dans leur projet de naissance. Elles justifient en partie cette évolution par l'influence des médias, de la télévision et des revues féminines, par leurs recherches sur Internet.

Dans le même temps, les objets rituels sont toujours là. Prières et cordons bénis sont toujours utilisés. Ils sont juste dissimulés aux yeux du personnel médical. Les présences ont changé : il n'y a plus de voisines ou d'amies venues conforter celle qui enfante. Cependant, les mères demeurent présentes et assistent souvent leur fille en couche.

Le rôle du père apparaît perturbé : alors que les aînés rapportent l'importance de leur rôle à la naissance, des comportements de couvade caractérisés, les pères appartenant à la tranche d'âge qui a connu les premiers accouchements à la maternité (ceux qui ont environ une cinquantaine voire une soixantaine d'années) semblent n'être intervenus, lors de la venue au monde de leur enfant, que de manière beaucoup plus restreinte, voire pas du tout. Ils étaient à ce moment exclus du processus de la naissance, comme l'étaient au milieu du siècle leurs homologues métropolitains, condamnés, pour cause de "risque microbien", à griller cigarette sur cigarette dans le couloir ; exclus des manuels de puériculture européens (G. Delaisi de Parseval, S. Lallemand, 1980 : 49-68), comme ils l'ont été à La Réunion [23] (F. Saint-Auret *et al.*, 1982) comme si la naissance d'un enfant était exclusivement une affaire féminine. Cette interdiction des présences masculines était souvent ressentie de manière cruelle par les femmes. Mathilde, 71 ans en 2013, 9 enfants (et qui tient à préciser que trois de ses enfants sont décédés en bas âge) a connu les deux types d'accouchement. Elle témoigne : « Quand j'accouchais à la maison, la sage-femme était là, avec ma maman, et mon mari. Il restait là pour me donner du courage. Mais à la maternité, ils ne voulaient pas du mari… Mais pour certaines, c'était dur ! Je connais une femme, elle voulait que son mari soit près d'elle. Tant que son mari n'a pas été là, elle n'a pas accouché. Et quand son mari est arrivé, elle a accouché ». Or l'on assiste, depuis une trentaine d'années, faisant en cela écho à ce qui s'est passé dans les maternités métropolitaines dans les années 1970, à une tentative parfois maladroite de réintroduire le père dans les salles d'accouchement (après l'en avoir chassé…). Maladroite, car, en demandant aux pères d'assister à la naissance de leur enfant, on les place souvent face à l'expulsion de l'enfant, face au sang.

23. Un seul ouvrage traite, à La Réunion, des problèmes de la grossesse et de la naissance. Le père n'y est pas évoqué, pas plus que ne sont mentionnées les pratiques traditionnelles liées à l'enfantement.

Or, quand on connaît les risques et les interdits liés de manière presque universelle au sang lochial, les réactions parfois vives de certains jeunes pères s'expliquent... Ainsi, Didier, 35 ans en 2006 et mari de Dominique, 33 ans, s'est évanoui lors de la naissance de son fils. « C'est », dit-il, « à cause de tout ce sang, c'était vraiment dégueulasse de me mettre en face de ça ! ».

Parallèlement, cette tentative de réintroduction du père semble avoir déclenché d'autres phénomènes. Alors que les phénomènes de couvade semblent ne pas apparaître dans la tranche d'âge des pères qui avaient été exclus de la naissance, ils sont fréquents, voire systématiques chez les plus jeunes. D'autant que le phénomène de la couvade est présenté sur Internet, que des sites y sont consacrés et que ce qui est difficilement racontable par les grands-pères qui pourtant, parlent de maux de dents, de reins, de masque de grossesse lors de "leur" grossesse, semble, du fait de cette "officialisation", devenir quelque chose de naturel. Ce saut d'une génération dans les conduites paternelles peut être interprété comme le symptôme d'une réinterprétation des données exogènes (la réintroduction du père dans les maternités, les cours d'accouchement sans douleur, l'influence des médias) sur la base de la réappropriation d'un espace perdu pendant plusieurs décennies.

La relation aux professionnels change elle aussi. A l'époque des accouchements à la maison, l'argent ne circulait que peu et la relation humaine était privilégiée. On appelait la sage-femme (nommée *fam saj* ou *matrone* pour les accoucheuses traditionnelles), la femme-qui-aide, et le médecin qui, souvent, arrivait une fois la délivrance achevée. Dans un second temps, lors du passage à la maternité, des années 1980 à 2005-2010, les relations n'ont plus été que strictement liées à ce que l'on pourrait nommer une prestation de service rémunérée. Or, les choses semblent être en train de se modifier. L'enquête qui a été menée sur les représentations de la famille semble montrer un désir des mères et des futures mères (et des pères) à un retour vers plus de proximité, plus de convivialité. Les paniers de fruits ou de légumes ont fait leur réapparition (au moins dans les discours, car avaient-ils réellement disparu ?) et les entretiens mettent plus l'accent sur le lien humain au (à la) professionnel(le) que sur la transaction financière. Là encore, il est possible de voir l'indice d'une évolution de la société, l'influence des émissions de télévision (l'émission "les maternelles" est fréquemment citée, ainsi que de nombreux sites Internet).

8 Ajustements et réinterprétations

Les données que je viens de présenter comprennent d'importantes interconnexions entre les pratiques familiales, thérapeutiques et religieuses ou magico-religieuses. L'objectif principal de ces usages familiaux était, est toujours, de protéger la mère et l'enfant avant, pendant et après l'accouchement, d'un point de vue à la fois physique, par la régulation thermique de leurs corps, le bon déroulement de l'enfantement, et spirituel (se placer sous la protection de saints et de saintes particuliers). Il serait alors, compte tenu des apports exogènes des vingt ou trente dernières années, possible d'envisager une réduction, voire une disparition de ces conduites et des logiques qui les sous-tendent. Cependant, l'observation des pratiques féminines en maternité, les discussions avec les jeunes femmes et leurs mères montrent que les pratiques tra-

ditionnelles perdurent en partie, qu'elles sont juste devenues discrètes. Les mères, qui parfois, assistent à l'accouchement de leur fille, apportent toujours du citron pour accélérer les contractions (il est facile de l'administrer en l'absence de la sage-femme...), de petits flacons de tisane de romarin (dans le sac à main) ou de gingembre pour « réchauffer » la jeune femme après l'accouchement. Un jeu se joue également du point de vue de l'aération des pièces : les mères sont parfois choquées du fait que, dans les maternités, les fenêtres restent ouvertes, chose inconcevable dans un contexte traditionnel et domestique, car la mère, comme l'enfant à la naissance, ne sont pas considérés comme « thermiquement stables » et risquent de se « refroidir » (la naissance étant, dit-on, déjà, en elle-même, à l'origine d'une importante déperdition de chaleur). Un étonnant ballet s'amorce alors entre le personnel médical qui entre dans la pièce, trouve l'atmosphère étouffante, ouvre les fenêtres, découvre les bébés, et les mères (et les grands-mères) qui se hâtent, dès que l'aide-soignante ou la puéricultrice est sortie, de fermer soigneusement les fenêtres, de tirer les rideaux, de recouvrir l'enfant, le spectacle se prolongeant bien souvent pendant le temps de présence de la mère et de l'enfant à la maternité, jusqu'au retour à la maison. Le même type de représentation est également présent vis-à-vis des couveuses qui sont associées, par les mères, à la réclusion post-natale : elles isolent l'enfant de l'air, partiellement de la lumière et sont, de ce fait, particulièrement bien considérées.

De retour à la maison, la mère respecte toujours une certaine réclusion et nombreuses sont celles qui évitent de sortir la première semaine qui suit leur sortie de la maternité. De grosses chaussettes sont toujours portées afin d'éviter les suites de couches et l'examen du nouveau-né est, avec l'émergence de courants identitaires « tamoul », « malgache », « africain » [24]

Il semble donc que, pour l'instant, et malgré l'intégration de données nouvelles, l'arrivée des médias, d'internet, l'influence de la globalisation, la logique inhérente au système ne varie que peu ou pas, qu'elle repose sur un principe qui privilégie la recherche d'un équilibre entre le chaud et le froid, le pur et l'impur, le liquide et l'épais (le liquide étant plutôt assimilé au froid alors que l'épais relève du chaud). Elle constitue le fondement des pratiques familiales, des représentations et des conduites thérapeutiques. Mais les transformations sont rapides, les influences multiples, davantage, peut-être, dans les Bas que dans les Hauts, avec tout de même un rôle important des médias (de plus en plus de femmes parlent de l'accouchement en piscine ou en mer – effet *Grand bleu* ou Leboyer 30 ans après ce qui s'est passé en Métropole ? –), des journaux, des ouvrages de vulgarisation, des modes (nous nous retrouvons à nouveau dans *L'art d'accommoder les bébés* [25]). Les représentations et les pratiques actuelles de la naissance sont donc à la fois issues d'un héritage du passé, mais aussi le fruit des apports biomédicaux des trente dernières années associés à l'évolution de la société, à la globalisation.

24. Le métissage présent dans l'île rend quasi impossible (à moins de procéder à une recherche généalogique approfondie, toute identification, en terme d'origine supposée

25. *op. cit.*

Références bibliographiques

Bouteiller, M., 1966, *La médecine populaire d'hier et d'aujourd'hui.* Paris : Maisonneuve et Larose, 1966.

Delaisi de Parseval, G., 1979, « les fées d'aujourd'hui », Nouvelle revue de psychanalyse, 19, p. 193-211.

Delaisi de Parseval, G., Lallemand, S., 1980, *l'art d'accommoder les bébés.* Paris : Seuil.

Gélis, J, 1984, *L'arbre et le fruit.* Paris : Fayard.

Indicateurs de santé périnatale à La Réunion, 2018, septembre. Saint-Denis : Observatoire régional de la santé Océan Indien.

Laget, M., 1982, *Naissances : l'accouchement avant l'âge de la clinique.* Paris : Seuil.

Lopez, A., 1995, « La population réunionnaise : histoire d'une transition démographique »,

Expressions, n° 7, décembre, p. 27-46.

Pourchez, L., 2002, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole.* Paris : Karthala.

— 2011, « Les plantes et le feu à la Réunion , tentative de classification et d'interprétation des usages du feu (plantes rafraîchissantes, plantes échauffantes, plantes sacrées) », in *Les plantes et le feu*, Danielle Musset, Pierre Lieutaghi (éds.). Forcalquier : Editions c'est-à-dire, p. 161-175.

Saint-Auret, F. (*et al.*), *L'univers de la famille réunionnaise : la mère et l'enfant*, t. 3. Paris : DMI, 1982.

Verdier Y., 1979, *Façons de dire, façons de faire. La laveuse, la couturière, la cuisinière.* Paris : Gallimard.