L'impact de la formation des étudiants infirmiers sur les relations soignants-soignés à Mayotte

Le point de vue d'un anthropologue-formateur en soins infirmiers

Jean-François HUMBLOT

Docteur en anthropologie, directeur de l'IFSI de Mayenne (53), chargé de cours à l'INALCO (Institut National d'Apprentissage des Langues et Civilisations Orientales), chercheur associé au laboratoire PLIDAM, Paris

1 Introduction

Bien que département français d'Outre-Mer depuis 2011, Mayotte n'est pas la Vendée ou la Franche-Comté. Aussi, lorsque j'ai eu le projet de venir travailler comme formateur en soins infirmiers à Mayotte (j'y ai été en poste de 2013 à 2016), il m'a semblé évident, qu'étant métropolitain, je ne pourrais pas transposer tel quel mon savoir-faire en matière pédagogique, même si des éléments étaient, bien sûr, transférables.

La rencontre des étudiants, des patients, de la culture mahoraise m'ont conforté dans cette idée. Cependant, je dois avouer que j'avais, de Métropole, largement sous-estimé l'écart existant entre le scénario imaginé et la réalité du terrain. C'est de cet écart entre un contexte professionnel rêvé et la découverte de la situation mahoraise, de l'impact que ce contexte a eu sur ma pratique de formateur en soins infirmiers, de ce que ces trois années à Mayotte m'ont enseigné sur la place de la formation des étudiants dans la relation qu'ils auront, en tant que professionnels, avec les patients, dont je veux faire part dans cet article.

L'objectif de ce texte se situe donc dans une perspective appliquée (Bastide, 1971), voire impliquée (Albert, 1995) : à partir de données collectées sur le terrain (notamment par observations et entretiens avec les étudiants de l'IFSI et les soignants du centre hospitalier de Mayotte), il s'agira de proposer une formation infirmière adaptée au contexte mahorais qui tienne compte des réalités tant sociales que culturelles

de l'île. Ceci suppose, en premier lieu, de reconnaître la présence de la langue et de la culture mahoraise, de comprendre cette culture et les pratiques traditionnelles de soins présentes dans l'île. Car, dans un contexte qui se caractérise par une langue différente du Français (le Shimahorais), par une culture sans doute plus proche de celle de l'Archipel des Comores que de celle de la Mère-Patrie, c'est par la nécessaire prise en compte de ces réalités du terrain que doit s'établir la relation soignant/soigné à laquelle nous formons les étudiants en IFSI.

Dans un premier temps, je préciserai quelques éléments de compréhension du contexte mahorais et des spécificités associées au fait d'enseigner dans cette île française de l'Archipel des Comores, puis j'examinerai, dans un second temps, la notion de soins et le caractère particulier qu'elle revêt si l'on se situe du point de vue de la culture mahoraise. En troisième partie, mon propos sera étayé par divers travaux conduits par les étudiants de l'IFSI de Mayotte dans le cadre de leurs mémoires de fin d'étude. Enfin, je tenterai d'analyser ces données en les confrontant avec les apports théoriques fournis par les sciences infirmières et par l'anthropologie et ferai quelques propositions susceptibles d'aider à la formation des étudiants.

2 Le contexte

2.1 Découverte

L'arrivée à Mayotte peut être déroutante pour quelqu'un qui arrive de Métropole. En effet, au- delà des clichés que représentent le lagon, le climat tropical, la soi-disant « douceur de vivre », le nouvel arrivant découvre rapidement la complexité du contexte. Loin de l'image idyllique donnée à celle qui est parfois nommée « l'île aux parfums » dans les brochures touristiques (en raison de l'exploitation des ylangs-ylangs et de la production d'huile essentielle, durant quelques dizaines d'années, par un grand parfumeur français[1]), les premières conversations que j'ai pu avoir à mon arrivée dans l'île, tant avec les Mahorais qu'avec les Métropolitains qui y étaient en poste, ont fait état de fortes tensions dans la société, divisions que j'ai effectivement très vite perçues. Celles-ci sont, pour une part importante, considérées comme la conséquence de la forte immigration clandestine des îles voisines vers Mayotte. Elles prennent racine dans la confrontation de deux mondes qui paraissent à la fois très éloignés et très proches l'un de l'autre. D'un côté, la République Islamique des Comores, classée comme l'un des pays les plus pauvres de la planète[2], et de l'autre, Mayotte, historiquement et géographiquement, île de l'archipel des Comores mais département français d'Outre-Mer depuis 2011. L'île a, en outre, acquis le statut de zone ultra-périphérique de l'Union Européenne depuis 2014, avec toutes les promesses que ce rattachement peut représenter : un véritable raccourci pour l'accès aux pays de l'Europe du nord et à un niveau de vie sans commune mesure avec celui présent dans la plupart des pays de la région de l'Afrique australe.

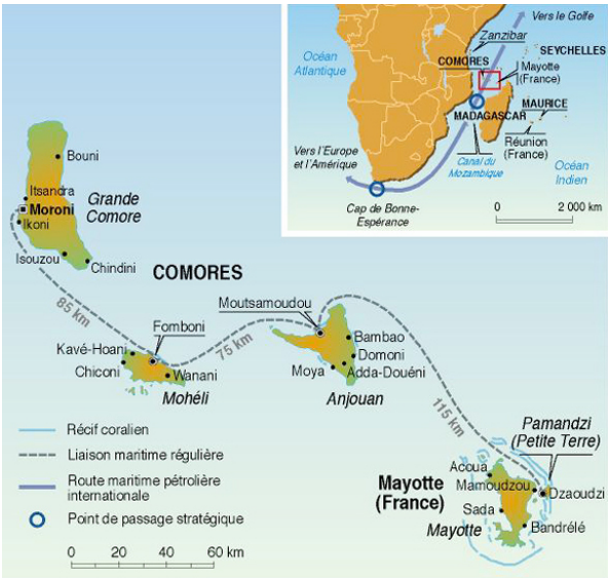
[1] L'exploitation des ylangs a cessé il y a quelques années, le parfumeur étant parti s'installer dans des régions financièrement plus avantageuses pour lui.

[2] 49ème/84 classement IPH des pays en voie de développement selon le Programme des Nations unies pour le développement en 2002.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

2.2 Contexte géographique

D'un point de vue tant historique que géographique, Mayotte fait partie de l'archipel des Comores. Elle est située à environ 8 000 km de la Métropole dans le canal du Mozambique au nord-ouest de Madagascar.



Le nombre d'habitants présents dans l'île, n'est pas réellement connu, les estimations allant de 320 000 à 500 000 personnes selon les estimations et selon que l'on comptabilise, ou pas, les immigrés clandestins[3]

2.3 Bref rappel historique

Historiquement, les plus anciennes traces connues des premiers habitants de Mayotte remontent aux alentours du VII^{e} siècle[4]. Le premier peuplement de l'archipel s'est produit durant la seconde moitié du premier millénaire à partir de l'Afrique bantoue. Il semble que les premiers habitants aient été des représentants de la civilisation swahilie. Bien que le terme « swahili » provienne de l'arabe, les Swahiliens ne sont pas des Arabes, mais un peuple en majorité composé de Bantous, c'est-à-dire d'Africains non encore islamisés. Ce sont ces Swahiliens qui, lors de leur extension sur les rivages de l'Océan indien occidental, s'installèrent aux Comores. Avant l'arrivée des Arabes, les Swahiliens mirent en place une organisation politique et sociale proprement africaine. En outre, entre le VII^{e} et le XII^{e} siècle, des Austronésiens, qui contribuèrent au peuplement de l'île de Madagascar, sont également passés par les Comores, mais ils ne s'y sont pas réellement établis.

[3] A Mayotte, la population est d'environ 320 000 hab (donnée INSEE de 2024 qui ne tient pas compte des clandestins) et 72 000 habitants pour Mamoudzou (donnée de 2017, toujours sans comptabiliser les clandestins).

[4] Ce rappel historique est construit à partir des travaux de S. Blanchy (1990) et H.D. Liszkowski (2004).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Les Bantous étant plutôt matrilinéaires, ce serait à eux que les Comores devraient l'importance des femmes (qui possèdent les terres et les maisons) dans la société. Le peuplement s'est constitué progressivement, en premier lieu depuis les côtes africaines voisines (Afrique de l'est et Arabie) ainsi que depuis Madagascar, sachant qu'une partie de la population malgache possède des racines indonésiennes et que ces derniers ont également influencé la culture qui s'est construite dans l'archipel des Comores. De plus, il ne faut pas négliger l'influence des commerçants indiens qui ont sillonné l'océan indien durant plusieurs siècles.

Au XII[e] siècle, les Arabo-Shiraziens — le terme *Shiraz* désigne le golfe Persique —, des groupes islamisés métissés (Arabes et Iraniens), accompagnés de leurs esclaves, arrivèrent aux Comores et introduisirent la religion musulmane. L'islamisation s'imposa dans toutes les Comores ; la première mosquée de pierre fut construite à Mayotte en 1566 dans la ville de Chingoni. Par la suite, les alliances politiques et matrimoniales des Arabo-Shiraziens avec les chefs comoriens entrainèrent un changement de l'organisation politique et la création de sultanats.

Comme le précise Sophie Blanchy (1990), ce sont en fait trois vagues principales d'islamisation qui ont forgé le contexte religieux des Comores. Celle-ci établit qu'au XV[e] siècle, les chefferies traditionnelles sont remplacées par un sultanat qui revendique l'autonomie de l'île. Tout ceci va imposer un nouveau modèle : celui du principe matrilinéaire et son corollaire, la matrilocalité qui prévaut encore nettement de nos jours.

Vers le XVIII[e] siècle, des Arabes originaires du Yémen, se déclarant les descendants du Prophète, s'allièrent aux familles comoriennes nobles et contribuèrent ainsi à l'établissement de nouveaux lignages matrimoniaux, surtout en Grande-Comore et sur l'île d'Anjouan. C'est de cette époque que datent les documents écrits et les manuscrits en langue arabe, en swahili ou en comorien, le tout présenté en alphabet arabe. Pendant quelques siècles, les îles de Mayotte et de Mohéli ont été traditionnellement sous la domination des chefs politiques d'Anjouan.

Un peu plus tard, à partir du XVIème siècle, la recherche de routes vers les Indes va amener les Européens, et tout d'abord les Portugais puis les Espagnols, à fréquenter le canal du Mozambique. Puis suivront les Anglais et les Français[5]. La route des Indes ouverte par les Portugais entraîne la création des compagnies des Indes néerlandaise, française et anglaise et les bateaux vont très vite sillonner l'océan indien et faire escale aux Comores.

Les îles de l'archipel deviennent tout d'abord des escales de santé : les navires de commerce européens font une halte pour soigner les nombreux marins atteints du scorbut et pour leur donner les agrumes qui leur fourniront la vitamine C nécessaire à leur guérison. Pendant cet arrêt, les Européens rechargent les cales des bateaux et un commerce de troc naît. Contre de l'eau et de la viande fraîche, les autochtones obtiennent diverses marchandises : bijoux de pacotille, papier, métaux, tissu ou armes à feu. Ce commerce d'escale crée des liens et des rapports nouveaux. Chaque île tente de profiter au maximum de ces passages et les sultans saisissent ces occasions pour

[5] *ibid.*, p 19.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

officialiser leur position vis à vis des compagnies commerçantes par des traités de commerce et d'amitié. Le commerce des esclaves, pratiqué depuis toujours par les Arabes, intéresse peu à peu les européens qui sont à la recherche de main d'œuvre, notamment pour les plantations des îles des Mascareignes.

Il en résulte des rivalités inter-îles qui conduisent à des guérillas et à des pillages. Les sultans se font la guerre alors que, dans le même temps, les malgaches passent dans les villages, capturent les habitants qui sont réduits en esclavage et vendus. A Mayotte, plusieurs Réunionnais tentent de s'installer et de développer la culture de la canne à sucre. Cette tentative se solde par un échec.

C'est en 1841, que le sultan Andriantsoly[6], venu de Madagascar, cède Mayotte à la France en l'échange d'une rente annuelle. En 1843, quand la France prend possession de Mayotte, dépeuplée par les années de guerres intérieures et extérieures, la population a beaucoup diminué. Dans son ouvrage publié en 1870, Gevrey[7] la décrit ainsi : près de 3000 personnes, 300 Arabes, 700 Mahorais, 600 Malgaches, 1200 à 1300 esclaves africains.

Après 1841, les rivalités franco-britanniques dans l'océan Indien ont pour conséquence que les trois autres îles de l'archipel des Comores (Grande-Comore, Mohéli et Anjouan) demeurent plus ou moins indépendantes, bien que l'ensemble de l'archipel soit placé, cinq années plus tard, sous l'autorité du gouvernement colonial français basé à Mayotte. L'ensemble de l'archipel (Grande-Comore, Mohéli, Anjouan), sauf Mayotte qui reste une colonie, tombe sous le protectorat français en 1886. En fait, tous les traités sont imposés par la France aux sultans locaux qui n'ont jamais d'autre choix que celui de les signer. Le protectorat dure jusqu'en 1892, et il laisse place un peu plus tard à la colonie de « Mayotte et dépendances » rattachée par la loi du 25 juillet 1912 à l'île de Madagascar.

Le régime du protectorat impliquait que la puissance coloniale envoie un « résident » parlant uniquement français auprès des autorités locales. Il était supposé ne s'occuper que de la politique extérieure. En fait, les « résidents » français s'emparent progressivement du pouvoir politique, imposent la langue française et laissent les colons déposséder entièrement les paysans comoriens de leurs terres, de telle sorte que ceux-ci doivent se faire employer dans les plantations coloniales à titre d'« engagés ».

Les XVIII^{e} et XIX^{e} siècles voient l'implantation française renforcée : elle devient un protectorat français en 1886[8].

En 1890, un accord de partage intervient entre la France et la Grande-Bretagne : les Anglais obtiennent l'île de Zanzibar (Tanzanie) en imposant l'anglais ; les Français conservent les Comores et Madagascar en imposant le français. Le rattachement juridique des trois autres îles à Mayotte s'effectue en 1904. Il est suivi, le 9 avril 1908, d'un second décret rattachant officieusement Mayotte et ses dépendances à Madagascar.

En 1912, le gouvernement français se résoud à coloniser le reste des Comores, afin de surveiller les pratiques douteuses des résidents et des colons. La loi d'annexion

[6] *Ibid.*, p 20.
[7] Cité par Blanchy, 1990 : 20.
[8] *Ibid.* p 20

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

du 25 juillet 1912 ne fait que confirmer ces décrets, alors que Madagascar et les Comores (Ajouan, Mohéli, la Grande- Comore et Mayotte) deviennent une seule et même colonie française.

La colonisation française néglige cependant le développement éducatif des Comores. En 1939, il n'existe encore, pour tout l'archipel, que 10 écoles primaires (appelées *écoles indigènes du premier degré*). Au terme de quatre années d'études, un concours sélectionne les cinq meilleurs élèves, qui partent pour trois ans poursuivre leurs études à Majunga (sur la côte est de Madagascar).

Après deux révoltes importantes (l'une en 1915 à la Grande-Comore, l'autre en 1940 à Anjouan), les Comores obtiennent en 1946 une autonomie administrative et la ville de Dzaoudzi est choisie comme capitale du nouveau territoire. A partir de 1946, les Comores sont détachées de Madagascar et sont représentées directement au Parlement français. Ensuite, l'Assemblée territoriale des Comores choisit en 1958 le statut de territoire français d'outre-mer (TOM).

Cependant, à Mayotte, 85 % des citoyens préfèrent lors d'un référendum le statut de département français d'outre-mer (DOM). La raison souvent avancée pour expliquer ce résultat est que les Mahorais auraient développé des rancunes tenaces contre les anciens sultans d'Anjouan et contre les Arabo-Comoriens. Dans les faits, les Comores n'ont jamais été traitées comme les autres territoires d'Outre-Mer, mais toujours comme une colonie.

Dès la période coloniale, l'administration et l'enseignement se font exclusivement en Français, le comorien demeurant strictement la langue des communications orales. Comme à Madagascar, l'administration française instaure un double système éducatif : d'une part, des cours complémentaires pour les enfants de nationalité française, d'autre part, des cours de type local pour les Comoriens d'origine, le cycle secondaire devant être poursuivi à Madagascar. Dans l'archipel des Comores, le premier lycée n'est ouvert qu'en 1963 à Moroni ; un second suit à Mutsamudu (Anjouan) en 1970. Les élèves ayant rec u leur formation dans ces deux lycées ont joué, par la suite un rôle déterminant dans les crises politiques qui ont secoué l'archipel.

En 1974, à la demande des Comoriens, la France organise un référendum qui détermine l'avenir du pays : alors que trois îles votent massivement pour l'indépendance (95%), Mayotte choisit au contraire de rester française à 65%. Craignant alors de perdre Mayotte, l'Anjouanais Ahmed Abdallah proclame le 6 juillet 1975 l'indépendance des Comores, décision unilatérale à laquelle la France répond par la loi du 31 décembre 1975 qui prend acte de la décision des îles de Grande Comore, Mohéli et Anjouan de sortir de la République française. Le décret prévoit également l'organisation d'un nouveau référendum à Mayotte : en 1976 les Mahorais votent à nouveau (à 99,4%) pour le maintien de leur île au sein de la République.

Depuis leur indépendance, les Comores ont connu une vingtaine de coups d'Etat et de tentatives de coups d'Etat, et plusieurs crises indépendantistes. Les sécessions d'Anjouan en 1996 puis de Mohéli en 1997 débouchent en 2001 sur les « Accords de Fomboni » et l'adoption d'une nouvelle constitution accordant une très grande autonomie à chaque île. En 2008, une nouvelle crise à Anjouan pousse l'Union africaine

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

à intervenir en envoyant près de 1000 soldats tanzaniens et soudanais, avec l'appui logistique français, afin de préserver l'unité du pays.

La constitution prévoit une présidence tournante ; après le Président Sambi, originaire d'Anjouan, le Mohélien Ikililou Dhoinine a été élu en 2010, avant Azali Assoumani en 2016, réélu en 2019 après qu'il ait organisé un référendum et modifié la constitution afin de pouvoir rester à la tête de l'Etat.

L'histoire particulière de l'archipel des Comores, le brassage de populations qui en a résulté a généré une pluralité de langues parlées à Mayotte. La principale langue vernaculaire est le Shimaoré, langue d'origine bantoue. Même si la présence française est ancienne, avec son influence linguistique, l'usage du Shimaoré demeure particulièrement répandu sur toute l'île avec plus de 90% de locuteurs, souvent unilingues. Une partie de la population parle également le Shibushi, langue dérivée du Sakalava de Madagascar.

Dès lors, comment envisager les soins à Mayotte ? Comment former les étudiants, pour la plupart mahorais, scolarisés dans une langue qui n'est pas leur langue maternelle, à une culture biomédicale différente de leur propre culture ?

3 Envisager les soins et la relation soignant-soigné à Mayotte

3.1 Un contexte général spécifique

Des référents culturels différents

Si la première de mes difficultés quand je suis arrivé à Mayotte s'est avérée être ma non maîtrise du Shimaoré, de la langue vernaculaire principale, mon second problème s'est révélé être la confrontation avec des références culturelles et sociales bien différentes de celles présentes en contexte métropolitain.

D'un point de vue religieux, Mayotte est en effet peuplée d'une population musulmane à plus de 95%. Cette population est formée par les Mahorais, par des groupes des îles voisines (Grande Comore, Anjouan, Mohéli), mais aussi par des personnes originaires de Madagascar, de l'Afrique (Rwanda, Afrique de l'est et de l'ouest, Syrie pour les mouvements les plus récents…).

Comme le montrent les travaux de Sophie Blanchy (1990), la structure familiale présente est encore marquée par l'importance de la famille au sens classificatoire du terme. Ceci est toutefois en train d'évoluer vers un modèle plus occidental. Le développement socio-économique semble induire des changements, comme par exemple le travail des femmes à l'extérieur du foyer familial. Ceci est souvent permis par la présence de grands parents, soeurs ou nièces qui vont assurer la garde des enfants. En effet, les familles demeurent fortement regroupées géographiquement au sein des villages. Les personnes âgées restent à domicile et bénéficient de l'attention des générations descendantes : il n'y a, d'ailleurs pour l'instant, pas d'autres solutions institutionnelles, les maisons de retraites étant encore tout à fait anecdotiques à Mayotte (une seule structure privée existe).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Le brassage des individus ayant eu une expérience de vie hors de l'île (ayant poursuivi des études en Métropole ou à La Réunion par exemple) influe en outre sur les modes de vie qui tendent à s'individualiser. En effet, ceux qui souvent ont été acculturés en Métropole, reviennent avec une expérience qui influe sur les repères, les habitudes de vie notamment au niveau d'un style de vie à « l'occidentale ». Cela se traduit souvent par un souhait de s'exonérer du poids familial ou plus largement de celui de la communauté villageoise, se manifeste aussi par une peur du « qu'en dira-t-on ? » très marquée. La force de ce poids constitue d'ailleurs parfois un frein au retour des Mahorais qui se sont expatriés (pour le travail ou les études). Il peut en être de même pour la volonté de rester dans l'île. En effet, nous pouvons retrouver le sentiment de subir une pression forte de la part du groupe sur l'individu, par exemple, parfois, quant au choix d'un futur époux.

L'impact des apports exogènes

Pour autant, la société évolue vite. En trois années d'enseignement à Mayotte (auxquelles il faut ajouter plusieurs séjours à Mayotte, de 2016 à 2020 à des fins de recherche en anthropologie de la santé[9]), j'ai pu observer une modification dans la mode vestimentaire : bien que le vêtement emblématique des femmes (le salouva) soit extrêmement répandu sur le territoire, les nouvelles générations ont tendance à s'en affranchir (du moins assez souvent dans le quotidien). En outre, les modes vestimentaires prônées par les publicités ont un impact non négligeable et sont véhiculées par les panneaux d'affichages dans les rues, par les prospectus, les publicités télévisuelles... Il ne faut pas non plus sous-estimer l'impact des médias mondialisés (essentiellement le Web et la télévision). L'accès au village mondial est de plus en plus simple que ce soit *via* des ordinateurs fixes ou portables mais surtout *via* les téléphones mobiles, de type smartphones.

Le choc est d'autant plus grand que le nombre de jeunes est très important sur l'ile : plus de 50% des habitants ont moins de 18 ans. Le problème fondamental est alors la prise en charge, le devenir de ces jeunes dont l'immense majorité vit avec très peu de ressources.

Même si l'île est de taille réduite (374 km2), éloignée des grandes métropoles et de zones économiquement développées (l'île de La Réunion, la terre française la plus proche, est à près de 2000 km au sud), elle n'en demeure pas moins en lien avec le reste du monde. Le flux Internet développe l'appétit de cette jeunesse qui peut difficilement assouvir ses envies de consommation : la frustration engendrée est un ferment, à mon sens, de la violence sous- jacente et palpable dans l'île. Cela se traduit par une recrudescence de la criminalité : cambriolages, agressions, vols à l'étalage. Pour autant, il serait simpliste de penser que ce seul aspect des choses puisse avoir autant d'impact sur les jeunes. Le manque de perspectives en matière d'éducation est un handicap majeur (avec des filières offrant un choix limité de possibilités, la nécessité, souvent de s'expatrier pour poursuivre des études). Le nombre d'élèves sortant du ly-

[9] Dans le cadre, notamment, d'un projet INCA (équipe Inalco) sur les itinéraires thérapeutiques des patients atteints de cancers.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

cée[10] par exemple est extrêmement important au vu des offres de débouchés d'aval,[11] ces derniers étant, même si l'on constate des secteurs en développement, assez limités. S'ajoute à tout ce contexte particulier, un fléau qui n'est hélas, pas que l'apanage de la jeunesse de Mayotte et qui, de fait, constitue un facteur aggravant : la consommation de substances psycho-actives se développe. Je peux citer la fameuse « chimique », une substance de synthèse qui provoque des ravages chez les consommateurs (désinhibitions, passages à l'acte, violence…). L'usage de l'alcool, théoriquement proscrit par l'islam se répand néanmoins également, la combinaison des produits engendrant des comportements extrêmement violents, causant des dégâts chez les consommateurs et bien sûr chez les victimes collatérales.

Le besoin de soins, dans l'île est bien naturellement présent, comme dans toute communauté humaine.

Le contexte sanitaire

L'accession au statut de département français en 2011 a eu un impact considérable sur l'île. Ceci lui a permis de voir, en quelques décennies, son environnement sanitaire s'améliorer de manière importante, même s'il reste des secteurs à développer (comme la santé mentale par exemple). Depuis les années 1990, le tissu sanitaire de Mayotte s'est organisé et développé autour de l'hôpital de Mamoudzou, qui est le centre hospitalier principal de l'île. Celui-ci dispose de 323 lits d'hospitalisation (médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, psychiatrie). Un réseau de centres de référence, Dzoumogné (nord), Kahani (centre), M'Ramadoudou (sud), et Dzaoudzi (Petite Terre) constitue le maillage secondaire. Enfin, une myriade de dispensaires au sein des villages et quartiers compose, pour la population qui y a largement recours, la base du système de soins.

La médecine de ville reste très sous représentée : d'après les chiffres de l'étude « Statiss OI » de 2014[12], seuls 26 médecins libéraux exercent sur l'île. Il en est de même pour la médecine hospitalière. Si nous comparons cette situation à celle du contexte métropolitain, nous observons une densité médicale de 42 médecins (toutes spécialités confondues) pour 100.000 habitants contre 156 pour la métropole, et 152 pour l'île de La Réunion[13]. Alors que j'étais en poste à Mayotte, les infirmiers libéraux étaient mieux représentés, d'après les chiffres du bulletin de la DREES[14] : ils étaient 179 pour l'année 2014. Durant la même période, les infirmiers du secteur hospitalier et autres représentaient, quant à eux, 550 professionnels.

[10] En 2016 cela représentait 7534 élèves en terminale, Source : site du Vice-rectorat de Mayotte.
[11] Pour 2016, 372 places en BTS.
[12] Statiss Océan Indien 2014.
[13] *Ibid.*
[14] DREES, bulletin N° 189, juin 2014.Série Statistiques : Les professions de santé.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

3.2 Des décalages...

Langues parlées et études dans le domaine infirmier

En arrivant à Mayotte, j'avais largement sous-estimé l'importance de la langue vernaculaire : les étudiants que j'allais accompagner avaient, pour bon nombre d'entre eux, quelques difficultés (voire de sérieuses difficultés) dans la maîtrise de la langue française et plus particulièrement dans le domaine scientifique (biologie, raisonnement clinique, vocabulaire médical …). Ces difficultés apparaissaient de manière flagrante dans les productions d'écrits (travaux d'analyse de situations rencontrées en stage et mémoires de fin d'étude par exemple). J'ai donc très vite mis en place une prise en charge individualisée des étudiants afin de les aider à formuler, à l'écrit, ce que, par ailleurs, ils analysaient la plupart du temps très bien à l'oral. Parfois, malheureusement, les difficultés de rédaction étaient telles que des étudiants qui auraient potentiellement pu devenir d'excellents infirmiers étaient mis en échec et leur scolarité était interrompue, créant des drames à la fois humains et familiaux. C'est le cas par exemple de M., ancien aide-soignant, qui avait commencé la formation infirmière. Locuteur natif de Shibushi, il avait de grandes difficultés pour s'exprimer en Français et davantage de difficultés encore dès lors qu'il s'agissait de rédiger. Pour autant, il était passionné par la formation, montrait, en stage, toutes les qualités qui auraient fait de lui un excellent infirmier. Cependant, la formation infirmière étant, à Mayotte, strictement régie par des normes métropolitaines, et les évaluateurs, eux-mêmes métropolitains, fréquemment présents dans l'île (comme moi même d'ailleurs) pour un nombre d'années limitées, n'ayant que peu de connaissance des langues et de la culture présentes dans l'île qui étaient vues plus comme un handicap que comme une richesse, sa scolarité a été interrompue (contre mon avis) au regard des résultats obtenus à l'écrit.

Il n'est en outre pas simple, au vu de l'âge des étudiants, de devoir faire des remarques, en tant que formateur, sur la syntaxe des écrits ou, à fortiori sur l'orthographe en souffrance des productions. Pour autant, la qualité de la relation que j'ai pu établir avec les étudiants m'a permis de dépasser ce problème en mettant en place un accompagnement individualisé attentif dans un réel climat de confiance. Les notions de confiance et de respect mutuel sont, à mon sens, capitales pour permettre à l'étudiant d'oser aller de l'avant et de prendre le risque de s'exposer dans des rendus d'écrits.

3.3 Envisager la question du soin en contexte mahorais

Soin et médecine traditionnelle

Dans son livre, intitulé « Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation », Walter Hesbeen[15], nous montre la complexité et l'importance du soin. Au delà de la technicité qu'il réclame (et qui doit être présente et de qualité), c'est toute l'intentionalité qui semble le socle de cette attention à l'autre dans sa singularité. Hesbeen insiste, à juste titre, sur cette notion : chaque situation est particulière, elle réclame une véritable attention, une réelle volonté d'être dans le registre du soin à l'autre. Cette démarche n'a rien d'inné : elle nécessite d'être dans un état d'esprit particulier, elle procède

[15] Walter Hesbeen, *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation,* Editions Seli Arslan, 2012.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

d'un choix, d'efforts particuliers de la part du soignant qui doit, afin de pouvoir accompagner au mieux son patient, être capable d'entrer dans sa subjectivité, dans la manière dont il donne sens au mal qui le frappe.

Dans de nombreuses sociétés, et particulièrement dans la zone sud ouest de l'océan indien (Pourchez, 2011), les soins de la vie courante sont fréquemment apportés par les femmes. Les soins du corps, bien sûr, aux enfants, aux femmes enceintes, et plus largement à l'ensemble de la communauté. L'usage de plantes, de médications « profanes » est particulièrement répandu. Pour autant, les spécificités mahoraises ne s'arrêtent pas là. Ainsi que le souligne Sophie Blanchy (1990, 1993 – Blanchy *et al.*) et comme j'ai pu l'observer tant moi-même dans les services hospitaliers, hors des services lors d'enquêtes ethnographiques conduites dans les familles, qu'au travers des récits de stage de mes étudiants, il existe une médecine traditionnelle propre à l'archipel des Comores. Cette médecine, qui se transmet principalement par l'oralité, catégorise les maladies soit en maladies naturelles, soit en maladies surnaturelles. La prise en charge traditionnelle des soins, omniprésente, varie selon l'étiologie supposée de chaque affection.

Des itinéraires thérapeutiques pluriels

A Mayotte, le modèle biomédical plutôt mécaniste auquel j'ai été formé se trouvait confronté à d'autres modèles de manière beaucoup plus criante qu'en Métropole. Le recours à la médecine traditionnelle est en effet encore très présent dans le schéma des recours thérapeutiques mahorais. Ceux-ci sont en lien étroit avec la pratique religieuse musulmane qui rythme de manière majeure la vie sociale de l'île (rythme du jour avec les prières quotidiennes). Les rapports homme/femme sont très marqués par les recommandations religieuses : accompagnement de la dépouille lors des obsèques au lieu d'inhumation uniquement par les hommes par exemple. En outre, il n'est d'ailleurs pas rare, lors de l'anamnèse de dossiers de patients, de se rendre compte (ou pas d'ailleurs…) que le recours à la biomédecine ne vient que tardivement dans le parcours de soins. Cela ne va pas sans poser quelquefois divers problèmes de prise en charge avec des tableaux cliniques sérieux du fait du retard de diagnostic initial, et par conséquent du développement à un stade très évolué et péjoratif de la maladie.

Une autre difficulté que j'observais pour la prise en charge des malades et dont mes étudiants faisaient également état au retour de leurs stages était de l'ordre de la représentation de la maladie chronique chez les patients mahorais. En effet, lors des débriefings, ceux-ci me rapportaient nombre de cas de patients atteints de pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'asthme. Alors que la médecine conventionnelle attend d'un patient qu'il soit observant, les malades mahorais ne l'étaient pas car, dès lors que les signes cliniques de la maladie étaient absents ou avaient disparu (conséquence du début d'une thérapeutique), la maladie elle-même était supposée avoir disparu et les patients interrompaient le traitement. Ces représentations culturelles possèdent un fort impact sur l'acceptation des schémas de soins tels que ceux véhiculés par l'éducation thérapeutique[16] du patient, qui vise à autonomiser celui-ci dans la prise en charge de sa maladie au quotidien. Il est recherché un changement de paradigme en matière de place du patient dans le dispositif de

[16] Définition de l'OMS.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

soin qui était jusqu'à très récemment très paternaliste, le patient étant fréquemment considéré comme une sorte de cire vierge en attente du savoir biomédical. Pour autant, sans prise en compte de la culture du patient, l'éducation thérapeutique ne peut être efficace. Le patient demeure souvent infantilisé, dépossédé de son statut de personne majeure responsable : cela se concrétise par exemple par une non association au processus décisionnel concernant son traitement.

A Mayotte, la forte présence du religieux interfère aussi dans la prise en charge de la santé : la maladie est, dans certains cas, considérée comme une sanction divine. La proximité sociale, où tout le monde connait tout le monde, a une influence sur la manière de prendre en charge la maladie : pour certaines d'entre-elles (comme le cancer), cela conduit à cacher les événements. Être atteint du cancer est alors vu comme une sorte de malédiction (sanction divine) infligée à une personne qui le mérite. Dans le même registre, le fait d'être atteint par une maladie peut-être également vécu comme une épreuve infligée par Allah. Un certain fatalisme est parfois exprimé : il traduit une forme d'acceptation face au sort imposé par Dieu. Un bon croyant ne doit en effet pas remettre en cause (au moins devant le groupe) la décision du créateur.

3.4 La place et l'importance de l'anthropologie dans les enseignements en sciences infirmières

Une science peu reconnue dans les cursus infirmiers

Je l'avoue, quand, en 2009, les nouveaux programmes sont apparus (j'étais alors cadre-formateur à Dole, dans ma Franche-Comté natale) et que j'ai découvert, dans l'ouvrage regroupant les programmes et les principaux textes de ces nouvelles directives gouvernementales, les unités d'enseignement intitulées 1.1S1 et 1.1S2 (psychologie, sociologie, anthropologie), j'étais à la fois enchanté (les sciences humaines et sociales et l'anthropologie en particulier me passionnant depuis de nombreuses années) mais également inquiet car je n'avais, en tant que formateur, jamais été préparé à avoir à assurer ce type d'enseignement. Les enseignements en sciences humaines et sociales, alors même qu'ils devraient constituer le cœur de la formation infirmière, en sont en effet les parents pauvres, souvent délaissés, peu enseignés. Car ce sont ces mêmes enseignements qui déterminent ce que sera, par la suite, la manière dont les étudiants construiront la relation soignant-soigné, et quand ils le sont, ce sont souvent des non spécialistes de ces disciplines qui assurent les cours avec plus ou moins de bonheur, quand ceux-ci sont assurés, ce qui est loin d'être une évidence partout. Car de nombreux universitaires, il faut bien le dire, refusent d'assurer des cours dans les IFSI, souvent par manque de temps, parfois car ces enseignements sont dévalorisés au regard des « vrais » enseignements, de ceux qui sont conduits dans les universités – les IFSI ne sont encore que des instituts paramédicaux même si une section du Conseil National des Universités a été crée en vue de l'ouverture de facultés de sciences infirmières.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Pour autant, les programmes sont clairs :

> « Unité d'enseignement 1.1S2, semestre 2, compétence 6[17].
>
> Cours magistral : 25 heures, Travaux dirigés : 10 heures, Travaux pratiques : 15 heures Objectifs : Caractériser les principaux concepts en sociologie, anthropologie, ethnologie. Explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et de diversité des valeurs et des croyances. Identifier les caractéristiques sociales et psychosociales pouvant influencer les représentations de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes et la participation aux soins, Expliquer les liens entre la demande de relation et de communication des personnes et les contextes psychologiques et sociaux, développer une vision intégrée de la personne humaine et de sa santé » (2018 : 92)

A Mayotte...

Par chance, l'année de mon arrivée à Mayotte a également été celle des premiers cours assurés par Laurence Pourchez, aujourd'hui PR d'anthropologie à l'Inalco à Paris, et qui, à l'époque, était maître de conférences en anthropologie de la santé à l'université de La Réunion. Spécialiste des médecines traditionnelles de la zone sud ouest de l'océan indien, notamment de la santé des femmes et des enfants, elle enseignait déjà depuis la fin des années 1990 dans les IFSI de La Réunion et, héritière en cela d'autres anthropologues comme Marie Franc oise Collière (1982,1990, 1995) ou Franc oise Loux (1975, 1990) avait un positionnement militant par rapport à la formation des personnels paramédicaux. Elle faisait en outre des recherches en anthropologie de la santé sur les questions associées à la médecine traditionnelle présente à Mayotte et dans l'Archipel des Comores. Les étudiants infirmiers de Mayotte ont donc eu la chance de bénéficier des cours d'une des très rares spécialistes et de leur zone géographique et des questions associées à la santé.

Des mémoires de fin d'études significatifs d'un besoin de reconnaissance du contexte local pour une meilleure relation soignants-soignés

Les étudiants semblaient passionnés par ces cours qui trouvaient un écho d'autant plus fort chez eux que, pour beaucoup, ils se sentaient reconnus et compris dans leur culture. En effet, l'anthropologie qui leur était enseignée n'était pas seulement théorique, elle s'appuyait également sur les recherches menées dans l'océan indien tant dans des familles qu'au sein de services hospitaliers. En outre, les étudiants pouvaient transférer les éléments vus en cours dans leur propre vécu, d'individu tout d'abord, et aussi de soignant en devenir.

Ainsi sur les deux promotions (2012-2015 et 2013-2016) que j'ai eu à encadrer, 17 mémoires (soit plus d'un quart des mémoires soutenus) ont directement été consacrés à la prise en charge des malades en contexte mahorais. Comme nous le verrons un

[17] Dans le cursus de formation infirmier, la compétence 6 est : « communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». La sous compétence n° 2 précise cet objectif : « Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte » (Formation des professions de santé, mise à jour de juin 2018).

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

peu plus loin, divers sujets étaient abordés, mais le constat de départ était toujours le même :

> « …Dans une organisation hospitalière dont la finalité est d'octroyer des soins dans un contexte mahorais où les relations qu'entretiennent les soignants et les patients sont biaisées dans la mesure où une dimension culturelle influencée par les origines des populations, par les croyances mais également par les histoires de vie de tout un chacun, rentre en jeu. Une relation qui a la particularité, d'être animée par deux individus au moins, le soignant et le soigné. Elle est matérialisée par des normes, des valeurs mais aussi par des représentations qui peuvent être totalement différentes. Ce qui sous-entend que le soignant devra s'adapter en conséquence. Une situation qui nécessite de faire un pas vers l'autre, de connaitre dans le meilleur des cas les apports culturels et/ ou d'y être sensibilisé afin de pouvoir prendre en compte et anticiper dans la prise en soin de l'autre. J'ai voulu ainsi mettre en évidence les logiques auxquelles les patients répondent, qui leurs sont propres mais aussi que les soignants également pour leur part ont une culture propre et un cadre de références d'exercice de leur fonction. » (Allaoui, 2015 : 6)

> « J'ai voulu mettre en évidence l'influence de la prise en compte de la culture mahoraise sur l'alliance soignants-famille. Notamment sur la l'adhésion des mesures d'hygiène de précautions complémentaires, de la part des familles, en secteur de soins dans le cadre d'un isolement septique. La complexité de cette collaboration est d'autant plus accentuée par le fait que la biomédecine à Mayotte a moins de cinquante ans, elle engendre une conception du corps et de la maladie différente de celle de la population locale ». (Abdou, 2015 : 4)

> « A Mayotte où la population est à prévalence musulmane, le patient mahorais a une certaine représentation de sa maladie et de la guérison. Ainsi, pour se soigner, il peut opter pour la médecine traditionnelle qui s'oppose à la médecine conventionnelle. Toutefois, ces patients sont souvent hospitalisés au centre hospitalier de Mayotte où la médecine occidentale prime. Alors, lorsqu'ils pratiquent les traitements traditionnels dans le service, cela devient très problématique. En effet, face à cette pratique non légiférée, les soignants ne comprennent pas toujours les actions du soigné. Par ailleurs, ce dernier semble ne pas comprendre non plus la réaction du soignant sur sa fac on de vouloir le soigner, mais cela entraîne aussi aussi une incompréhension sur la relation soignant-soigné ». (Madi, 2016 : 5)

Ce que les différents travaux d'étudiants montraient avant tout, c'était la nécessité absolue de prendre en compte la culture locale pour mieux appréhender la relation soignants-soignés.

Une non prise en compte de cette culture était susceptible de conduire à des situations dramatiques :

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

> « Pendant mon stage en réanimation, j'ai pris en soins un petit garc on âgé de 4 ans hospitalisé pour tétanos et accompagné de sa maman. Né à Mayotte, il est d'origine comorienne comme sa mère. A son deuxième jour d'hospitalisation, sa maman a demandé au médecin de laisser sortir son fils car elle souhaitait le soigner à domicile. Ses raisons étaient que : « Les médecins ne pourront plus rien faire pour mon enfant. De toute fac on il n'a pas le tétanos mais la maladie des enfants qu'ont les enfants en Anjouan quand ils sont tout petits. Alors vos médicaments ne servent à rien. Laissez-le- moi, je vais l'amener voir un fundi pour le soigner ». L'équipe soignante s'est mobilisée pour expliquer à la maman l'état de santé son fils et les risques qu'il encourait s'il sortait de l'hôpital. En effet, l'enfant bénéficiait de soins lourds ; il était sédaté, intubé et ventilé. J'ai souligné à la maman la possibilité de ramener un fundi[18], lors des visites, pour qu'il fasse des prières à son fils avec l'accord du médecin. Toutefois, elle a refusé et tenté de partir avec son fils à domicile pour le soigner avec les traitements traditionnels qui le guériront au plus vite selon elle. Cependant, l'équipe soignante n'a pu laisser la maman partir avec l'enfant au vu de son état de santé critique et surtout par rapport à la législation mineure ». (Silahi, 2016 : 6)

Différents sujets étaient abordés, qui rendaient compte à la fois de la complexité de la nosologie locale, mais également de l'impact que pouvaient avoir les représentations locales du corps, de la maladie, de la santé et du malheur dans la relation supposée s'établir entre soignants et soignés.

Ainsi, les mémoires de fin d'études questionnaient divers aspects de la culture comme la manière dont d'établit la communication quand les soignants et les soignés ne partagent pas la même langue (Vidot, 2015), les représentations locales de la douleur et les refus de soin (Hadhrami, 2016 ; Mohamed, 2015), celles associées aux maladies chroniques ou à la fin de vie (Gahinet, 2015 ; Mroivili, 2015 ; Hamada, 2016). D'autres travaux questionnaient les bases locales de la socialisation des enfants (Bertin, 2015), voire les représentations locales associées aux situations jugées comme relevant de la psychiatrie dans la biomédecine (Ismaila, 2016 ; Said, 2016).

En effet, comme je l'ai écrit plus haut, la classification locale des maladies comprend une étiologie possible susceptible d'attribuer le mal à une cause surnaturelle, particulièrement à l'attaque de la personne malade par des djinns[19] lesquels devront être soit chassés, soit domestiqués par diverses cérémonies.

Quelles lec ons tirer de ces diverses recherches ? Que doivent elles nous enseigner du point de vue des sciences infirmières, de l'anthropologie ? Comment envisager, tant à Mayotte que dans d'autres contextes, une formation des élèves infirmiers qui prenne en compte leur vécu, leur culture pour, à terme, une meilleure relation soignants-soignés ?

[18] Un fundi est l'un des nombreux tradithérapeutes susceptibles d'être consulté par les familles.

[19] Esprits. Ceux-ci peuvent être de diverses catégories, locaux, somalis (originaires d'Afrique), *shetwan* (de l'arabe, shaytan, satan) ou *sera* esprit de la brousse.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

4 Sciences infirmières, anthropologie et formation

Durant trois années, les travaux de recherche de mes étudiants, leur investissement personnel dans les enquêtes m'ont montré à quel point la prise en compte du contexte local est importante dans la formation des futurs soignants. C'est de la qualité de cette formation, de l'ouverture d'esprit qui leur est donnée que dépend, en grande partie, ce que sera plus tard leur relation aux malades. Pour autant, il ne s'agit pas ici pour moi de faire un plaidoyer pour la prise en compte de l'anthropologie dans les enseignements conduits dans les instituts. Depuis l'époque de Virginia Henderson (1966), aucun formateur en sciences infirmières digne de ce nom ne peut ignorer l'importance des sciences humaines et sociales dans les cursus paramédicaux. Celles-ci constituent le cœur du métier des professionnels de santé. De plus, l'importance capitale de la prise en compte de l'anthropologie dans les programmes de ces mêmes cursus d'étude a été largement développée par des chercheurs comme Marie-Franc oise Collière (1990), Franc oise Loux (1990), Francine Saillant (2000) ou Laurence Pourchez (2001). Mon expérience de formateur, ce que j'ai appris des travaux de mes étudiants, comme la formation d'anthropologue que j'ai entamé à l'époque de mon séjour à Mayotte m'ont conforté dans la certitude de la justesse du positionnement de celles qui se sont largement investies et engagées pour que la formation des étudiants infirmiers soit de qualité, culturellement ancrée dans le tissus local et tournée vers l'Autre, cet Autre qui est face à nous dans le face à face soignant-soigné (parfois d'ailleurs sans la moindre reconnaissance pour le travail accompli – qui se souvient, dans les IFSI, de Marie Franc oise Collière ?).

Si mon expérience de vie et d'enseignement à Mayotte m'ont appris quelque chose, c'est que ces enseignements ne doivent pas, ne peuvent pas, être uniformisés. Ils tendent malheureusement à l'être aujourd'hui, faute d'enseignants compétents et parfois même, ils disparaissent purement et simplement, remplacés par d'autres matières, parfois et c'est un moindre mal, par un peu plus de psychologie (contrairement aux anthropologues, les psychologues ne sont pas rares) parfois par un peu d'anglais… Dans d'autres cas, ils sont assurés sous la forme de podcasts pré-enregistrés et uniformisés (c'est la mode), sont diffusés aux étudiants excluant tout enrichissement, toute discussion scientifique, toute prise en compte des contextes locaux. Ne restent que les concepts qui, finalement, ne serviront pas à grand chose aux étudiants, si ce n'est pour leur culture générale.

Dans le cas mahorais qui nous intéresse ici, la formation des étudiants ne peut se passer d'un enseignement de qualité des réalités locales, d'une formation approfondie (que permettent les heures prévues par les programmes officiels – si tant est que ceux-ci soient respectés-), à l'anthropologie et à la sociologie de la santé, comprenant une réflexion menée sur la médecine traditionnelle en usage dans l'archipel des Comores. Les sociétés de l'archipel sont en effet en pleine mutation, certains savoirs se perdent, d'autres se transmettent mal et si le risque, pour le soignant, est la non compréhension du malade et de ses recours autres que biomédicaux, le risque, pour le patient, est susceptible d'être beaucoup plus important quand, par exemple, il ingurgite une préparation à base de plantes sans en connaître la posologie, ou le mode d'administration du remède…

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

La spécificité du cadre formateur est qu'il est le couteau suisse des instituts de formation. On attend de lui qu'il soit capable d'enseigner n'importe laquelle des disciplines contenues dans les programmes, ce qui est, bien entendu, absolument impossible. Il me semble, pour conclure, que les cadre-formateurs eux-mêmes, dont j'ai fait partie durant plus de dix années, devraient être scientifiquement formés aux sciences humaines et sociales, d'une part, aux réalités locales d'autre part, sachant qu'ils sont pour l'heure, à Mayotte, tous métropolitains (même si je nourris de grands espoirs pour la génération montante de mes anciens étudiants mahorais dont certains font déjà fonction de cadre de santé, sont devenus cadres[20] ou dirigent à présent des établissements de soins) et que, alors même qu'ils doivent encadrer des travaux de recherche, ils ne possèdent pour nombre d'entre eux aucune formation ni en méthodologie de recherche (hormis quelques heures au contenu très général pour ceux qui ont validé un master) ni en anthropologie ou en sociologie. Ce que j'ai finalement retenu tant de mes années passées comme cadre-formateur à Mayotte que des différentes enquêtes anthropologiques que j'y ai mené, c'est que, de la qualité de la formation en sciences humaines et sociales dispensée aux étudiants infirmiers, dépend celle des relations soignants-soignés à venir dans les services.

Références bibliographiques

Abdou N. (2015), *L'influence de la prise en compte de la culture à Mayotte sur l'alliance soignants-famille*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Allaoui, I. D. (2015), *Médecine et médecines, Postures IDE et syncrétismes médicaux des patients dans les services d'hospitalisation du Centre Hospitalier de Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte

Albert, B. (1995), « Anthropologie appliquée ou "anthropologie impliquée" ? Ethnographie, minorités et développement », in Baré Jean-Franc ois (éd.). *Les applications de l'anthropologie : un essai de réflexion collective depuis la France*, Paris : Karthala : 87-118.

Bastide, R. (1971), *Anthropologie appliquée*, Paris : Payot.

Bertin, R. (2015), *Pratiques des infirmières diplômées d'état en matière de prévention bucco- dentaire en protection maternelle et infantile à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Blanchy, S. (1990), *La vie quotidienne à Mayotte*. Paris : Karthala. Blanchy, S., Cheikh, M., Said, M., Allaoui, M., Issihaka, M. (1993), « Thérapies traditionnelles aux Comores », Cah. Sci. Hum, 29, 4, p. 763-790.

Carpentier, S. (2016), *la relation triangulaire, au sein du contexte culturel local, dans la prise en soin de l'enfant de 3 à 6 ans hospitalisé à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Collière, M. F. (1982), *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, Paris : Interéditions.

—- (1990), « L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers », *Anthropologie et sociétés,* vol. 14, n° 1, p. 115-123.

—- (1995), *Soigner… le premier art de la vie*, Paris : Elsevier Masson.

Darouechi, K. (2016), *Soin infirmier dans le service de réanimation et respect de l'intimité du patient vulnérable*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Gahinet, J. (2015), *Quelle adhésion thérapeutique pour le diabète à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Hamada, S. S. (2016), *Culture et diabète de type 2 à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

[20] Par exemple, Halima Madi, diplômée de l'école de cadres de Lille en 2023 avec un mémoire intitulé *Médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte.*

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017

Hadhrami, M. (2016), *Quand le soignant est face à un refus de soin*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Henderson, V. (1966), *The nature of nursing*. Traduction *La nature des soins infirmiers*, Paris : Interéditions, 1994.

Hesbeen, W. (2012), *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*, Paris : Editions Seli Arslan.

Inssa B.S. (2015), *L'influence de l'organisation de l'accueil des étudiants sur la qualité des soins dispensés au patient*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Ismaila, S. (2016), *L'influence de la prise en compte de la culture mahoraise par les infirmiers sur l'éducation thérapeutique d'une patiente schizophrène*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Humblot, J. F. (2020), *Itinéraires thérapeutiques de patients atteints de cancers en Franche- Comté*, thèse de doctorat d'anthropologie, Saint-Denis : Université de La Réunion.

—- (2024), « Du Togo et de Mayotte à l'étude des itinéraires thérapeutiques de patients atteints de cancers en Franche-Comté », in *Faire de l'ethnomédecine au XXI^e siècle : enjeux et perspectives*, Laurence Pourchez (éd.), Paris : Editions des Archives Contemporaines.

—- (2025), *Vivre avec le cancer*, Paris : Editions des Archives Contemporaines (à paraître).

Liszkowski, H.D. (2004), « Brève histoire de Mayotte et des Comores », in Laurence Pourchez (éd.) *Aider à l'accompagnement des élèves primo-arrivants mahorais et comoriens*, Saint-Denis : CRDP Réunion, publication multimédia.

Loux, F. (1975), *Pratiques traditionnelles et pratiques modernes d'hygiène et de prévention de la maladie chez les mères et leurs enfants*, Paris : CORDES / Centre d'ethnologie franc aise.

—- (1990), *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris : InterEditions.

Madi, H. (2016), *La pratique des traitements traditionnels en hospitalisation au centre hospitalier de Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

—- (2023), *Médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte*, Ecole de cadres de santé, Lille.

Mauger, S. (2016), *L'empathie et la juste distance dans la relation soignant-soigné*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Ministère de la Santé (2018), *Formations des professions de santé. Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, SEDI : UZES.

Mohamed, N. (2015), *La douleur à Mayotte (l'influence de la culture sur l'évaluation de la douleur à Mayotte)*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Mroivili A. (2015), *Pratiques infirmières dans la prise en soin de la non observance chez les patients diabétiques de type 2 à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Pourchez, L. (2001), « Maintenant on peut en parler. Culture locale et formation des travailleurs sociaux et des professionnels de santé », in *Cultural diversity. Oral, written expressions and new technologies*, L. Pourchez (éd.), Paris : Unesco Publishing (publication multimédia).

—- (2011), *Savoirs des femmes, médecine traditionnelle et nature (Maurice, Réunion, Rodrigues)*, Paris : UNESCO Publishing.

Sévigny, O., Saillant, F., Khandjian, S. (2000), *Fenêtres ouvertes. Dire et partager l'aide et les soins*, Montréal, Ecosociété.

Said, L. (2016), *Les pratiques infirmières dans la non observance du traitement chez le patient psychotique à Mayotte*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Silahi, A. (2016), *La pratique soignante au carrefour de la médecine conventionnelle et/ou traditionnelle*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Vidot, M. V. (2015), *Les pratiques de l'infirmier en termes de communication auprès des patients mahorais*, Mémoire de DE d'infirmier, IFSI de Mayotte.

Published in : POURCHEZ, Laurence ; LUSTMAN, Matthieu ; HUMBLOT, Jean-François (dir.), *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813004017, doi : 10.17184/eac.9782813004017