Formation des personnels soignants, observation des conduites hospitalières et relations soignant(e)s-soigné(e)s à La Réunion

Apports et risques de l'anthropologie

Laurence POURCHEZ

Anthropologue, professeure des universités, INALCO, Paris. laboratoire PLIDAM. Membre de l'Institut La Personne en Médecine

1 Introduction

Alors que le DU d'ethnomédecine de l'université de La Réunion fête cette année ses quinze années d'existence, que lors de la récente épidémie de covid 19 divers remèdes associés à la médecine traditionnelle ont été proposés (Pourchez, 2024, Sion, 2024), les questions associées à la prise en compte de la dimension sociale, socioculturelle (ou anthropologique) de la maladie dans les enseignements destinés aux futurs médecins, étudiant(e)s sages-femmes, infirmiers (infirmières) ou puéricultrices, à l'impact de cette éventuelle reconnaissance sur la manière dont se noue la relation soignant-soigné, sont plus que jamais d'actualité.

Anthropologue et réunionnaise, résidant sur les lieux de mes enquêtes, j'ai eu, depuis près de 30 ans, la chance de pouvoir effectuer en permanence un va-et-vient entre recherche et formation, étant à la fois chercheure et enseignante. C'est à ce dialogue entre théorie et pratique, aux analyses que j'ai pu conduire à partir de cette double approche, à l'impact qu'ont pu avoir les formations en anthropologie de la santé sur la pratique professionnelle de mes anciens étudiant(e)s et par conséquent sur les relations qu'ils (elles) ont pu mettre en place avec leurs patient(e)s que cet article est consacré.

Depuis le début de mon terrain doctoral[1], initié en 1996[2], j'ai effectué de nombreuses enquêtes à l'île de La Réunion[3], tant au sein des familles qu'en milieu hospitalier. Ainsi, outre le relevé des savoirs traditionnels liés au corps et aux conduites thérapeutiques (notamment celles des matrones, localement nommées *fam-saj*), j'ai pu, grâce à de multiples entretiens[4], documenter la manière dont s'établissait jadis, dans cette île de l'océan indien, le lien soignant(e)-parturiente. J'ai également pu mener, sur plus de vingt années, une étude anthropologique longitudinale, dans une maternité de niveau II située dans le nord-est de l'île de La Réunion. Il s'agissait, dans le cadre de cette étude, de tenter de comprendre la manière dont les savoirs traditionnels étaient transférés du milieu familial au milieu hospitalier, et d'observer les transformations induites dans la relation soignant(e)-parturiente ainsi que dans la qualité de la relation qui s'établit entre les femmes et les professionnel(les) de la santé, par ce passage d'un accouchement qui se faisait jadis à la maison à une prise en charge hospitalière.

De plus, outre les cours que je dispense, dans un cadre universitaire et dans mes universités de rattachement[5], j'ai assuré et continue de dispenser, depuis 1999, diverses formations en anthropologie de la santé destinées aux professionnels et aux étudiants (médecins et étudiants en médecine, élèves infirmier, sages-femmes, puéricultrices, personnels des PMI) ou médicaux sociaux, interventions dans des DU de médecine, d'anthropologie de la santé et d'ethnomédecine, ce qui me permet de pouvoir également entendre la voix des soignants ou des apprentis-soignants, d'analyser leur vision de la relation soignant-soigné, me permet un va-et-vient entre théorie et pratique, entre observations, terrain anthropologique, partage des données obtenues, formation du personnel médical[6].

Au début de mes enquêtes en milieu hospitalier, il s'agissait pour moi de relever, dans le cadre de recherches que je menais à l'occasion de ma thèse de doctorat, les représentations associées à la première partie du cycle de la vie (grossesse, naissance et petite enfance) présentes dans le discours du personnel médical, des sages-femmes, des infirmières, des puéricultrices et des médecins. J'observais la relation qui s'établissait entre les mères et les professionnel(le)s, la manière dont la culture créole était prise en compte dans le suivi médical des parturientes tant lors de leur grossesse, qu'après la naissance de leur bébé, et mesurais l'écart existant, chez les mères, entre les conduites présentes en milieu hospitalier et la manière dont ces conduites étaient poursuivies ou abandonnées au retour à la maison.

[1] Thèse soutenue à l'EHESS en 2000 (*Anthropologie de la petite enfance en société créole réunionnaise*) et publiée en 2002 chez Karthala (*Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*).

[2] Voire plus tôt encore car j'ai commencé à travailler sur les questions associées à la santé des femmes et à la procréation à l'occasion des recherches conduites dans le cadre de mon DEA intitulé *Grossesse, naissance et petite enfance à La Réunion : rites et croyances* (1995).

[3] Mais également à Maurice, à Rodrigues, à Mayotte pour mes principaux terrains de recherche.

[4] J'avoue ne plus tenir, depuis bien longtemps, de comptabilité exacte du nombre d'entretiens menés, tant formels et enregistrés qu'informels. Je pense en avoir conduit environ 200 (peut-être davantage...) auprès d'anciennes matrones, d'anciennes « femme-qui-aide » (voir Pourchez, 1999), de sages-femmes, en exercice ou à la retraite, de cadres de santé, de puéricultrices, d'infirmières, de mères de famille.

[5] Notamment à l'université de La Réunion jusqu'en 2015 puis à Paris, à l'Inalco (Institut National d'Apprentissage des Langues et Civilisations Orientales), groupe Paris Sorbonne.

[6] J'interviens toujours, en 2025, dans diverses formations à destination des élèves infrmiers, des étudiants en médecine, en anthropologie de la santé et en ethnomédecine.

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

J'ai donc eu, par les différentes recherches menées, l'opportunité d'observer, de manière longitudinale, l'évolution des représentations et des conduites chez le personnel soignant, chez les étudiants en santé comme chez les patient(e)s, la manière dont la relation soignant(e) -soigné(e) a pu se transformer, tant du fait de la médicalisation de la naissance, qu'à la suite des formations dispensées en anthropologie.

Cet article a donc pour objectif d'effectuer la synthèse de plus de trente années de recherche de terrain, d'enquêtes effectuées dans les familles réunionnaises, d'observations en milieu hospitalier et de près de vingt-cinq années de cours. Elle se présente en deux temps : présentation de divers éléments de compréhension des savoirs thérapeutiques traditionnels, de quelques points associés aux savoirs des femmes, puis comprendra l'analyse des réactions, à La Réunion, tant des élèves sages-femmes, infirmières, puéricultrices (populations encore majoritairement féminines), que de leurs formateurs(trices) face à l'anthropologie. Je préciserai également la manière dont les savoirs thérapeutiques traditionnels, les savoirs des femmes, après une période de dénigrement par les professionnels de la médecine, eux-mêmes relayés par les médias, sont à présent de plus en plus reconnus voire pris en compte par les professionnels de la biomédecine. Nous verrons comment les personnels soignants en poste ou en formation, considèrent l'anthropologie, les savoirs traditionnels, tant ceux de leur propre société, que ceux issus de cultures autres, la manière dont cette connaissance modifie leur rapport à leurs patient(e)s.

Il s'agira alors de détailler la manière dont ces professionnel(le-s) ou futures professionnel(le-s) transfèrent les apports fournis en cours sur le terrain médical et/ou hospitalier, l'impact des formations assurées sur les relations soignant(e)s-soigné(e)s.

2 La médecine traditionnelle réunionnaise

En l'espace d'une cinquantaine d'années, une véritable révolution sanitaire s'est opérée à l'île de La Réunion. Alors qu'il y a à peine 40 ans, les conduites traditionnelles, en grande partie transmises par les matrones[7], étaient encore omniprésentes, elles ont été dévalorisées, jugées, interdites par les médecins[8] alors que les femmes, qui en étaient les dépositaires et étaient traditionnellement responsables du suivi des futures mères et de la mise au monde des enfants, ont été reléguées officiellement au rang de personnages folkloriques. Elles sont dorénavant les sujets et les supports d'émissions télévisées et de mémoires universitaires à propos du floklore réunionnais et du *« temps longtemps »*[9]. De la même manière, les savoirs médicaux traditionnels ont longtemps été, et sont toujours, même si les choses changent, en partie ignorés des professionnels de la médecine alors qu'ils sont omniprésents au travers de l'emploi, par une grande

[7] Les matrones étaient à la fois celles qui mettaient les enfants en monde mais qui, également dispensaient de nombreux conseils médicaux aux familles, transmettaient divers savoirs, notamment phytothérapeutiques.

[8] Il est à noter que ce mouvement de dénigrement des matrones ne concerne pas que les médecins. La reconnaissance de leurs savoirs est également assez ambiguë chez certains anthropologues pour qui reconnaître des savoirs traditionnels revient à avoir une prise de position culturaliste.

[9] Le *temps longtemps* désigne, en créole réunionnais, le passé dit avec une nuance de nostalgie.

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

partie de la population, de tisanes, voire même, parfois, d'utilisations de composés biologiques[10].

Formant un ensemble constitué depuis les débuts du peuplement de l'île (Pourchez, 2011), certains savoirs thérapeutiques réunionnais ont été décrits par Jean Benoist dans l'ouvrage intitulé *Les carnets d'un guérisseur réunionnais* (1980), le même auteur ayant examiné en 1993, dans *Anthropologie médicale en société créole*, la pluralité des recours thérapeutiques possibles dans cette même société réunionnaise.

La médecine traditionnelle réunionnaise forme un ensemble partagé par un grand nombre de réunionnais, quelle que soit leur origine réelle ou supposée. Cette médecine, qui comprend de nombreux *culture bound syndrome*[11] cohérents au regard de l'ensemble constitué par les représentations du corps et par la nosologie populaire, est généralement méconnue des professionnels de la médecine, quand elle n'est pas mal interprétée, jugée, négativement connotée voire carrément niée.

Elle repose sur deux axes de cohérence complémentaires : une médecine préventive et une médecine curative.

Ces deux axes de cohérence sont eux mêmes traversés par trois types de médecines :

- une médecine des humeurs, assez proche, dans sa logique, de la médecine des humeurs présente dans les anciennes représentations françaises, ou dans celles toujours en cours dans la médecine ayurvédique (ce qui n'est pas illogique au regard de la composition d'origine de la population réunionnaise) ;

- une médecine des semblables (équivalente à celle théorisée à l'époque de la Renaissance, par Paracelse) – par exemple : don, à celle qui vient d'accoucher, de vin rouge à des fins de remplacement du sang perdu- ;

- une médecine des transferts (qui était également présente dans l'ancienne France –comme nous le montrent les travaux de Françoise Loux -1978, 1988) qui procède par transfert de la maladie dans un corps autre que le corps initialement malade (par exemple, à La Réunion, un bout de papier sur le front du bébé pour le hoquet –le papier doit prendre le hoquet-, des feuilles de *tantan*[12] plaquées contre le crâne ont, de la même manière, la réputation de traiter la migraine…).

La spécificité de la médecine réunionnaise traditionnelle fait qu'il y a souvent non communication possible entre elle et la biomédecine[13].

[10] Comme le jus d'escargot pour les ottites – une molécule du même type est couramment employée par la médecine allopathique et connue sous le nom d'*hélicidine*. Selon le Vidal, *hélicidine* est un traitement symptomatique de la toux, possède une action sédative sur celle-ci, et est utilisé pour les infections respiratoires basses de l'enfant. Pour en savoir plus au sujet de la médecine traditionnelle réunionnaise, voir notamment Pourchez, 2024.

[11] Ce concept a été théorisé dans les années 1960, notamment par Yap (1966). Un *culture bound syndrome* est une maladie qui ne possède pas d'équivalent dans la biomédecine car elle renvoie à la nosologie et à la classification des maladies propres à la culture concernée.

[12] *Palma christi.*

[13] Voir notamment Pourchez, 2011 et 2024.

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 Les savoirs des femmes, les matrones et la biomédecine

3.1 Des traditions

Jusqu'aux années 1960, les traditions associées à la naissance et à la petite enfance étaient très fortement ancrées dans la population. Une fois le placenta évacué, il revenait au père de l'enterrer dans un endroit humide qui pouvait se trouver au pied d'un bananier, dans la *kour*[14], sous un robinet d'eau, voire dans le lit d'une ravine ou près de la mer si l'accouchement avait eu lieu dans les Bas[15]. Il existait en effet pour les femmes un lien entre l'enfant qui venait de naître et le placenta, considéré comme un double symbolique. On pensait qu'il était possible (et c'est une des raisons pour lesquelles le placenta était enterré et soustrait à la vue de tous) de jeter un sort à un individu par le biais de son placenta. Les représentations associées au placenta étaient si fortes que, jusqu'aux années 1980, il arrivait que certains hommes politiques justifient leur candidature à des mandats politiques dans certains cantons par leur naissance en ce même lieu ainsi que par la présence, sur place, de leur *lonbri* (autre terme qui désigne le placenta en créole) qui y était enterré. Ainsi, une fois le candidat élu, tout citoyen mécontent de son action politique, avait la possibilité d'aller jeter un sort sur le lieu d'enfouissement de son placenta et le sort allait, par contrecoup, venir le frapper.

Le rôle des matrones ne s'achevait pas avec la délivrance de la mère. Elles étaient également responsables de la section du cordon, des premiers soins au bébé puis du suivi de la mère. Ce suivi pouvait, selon les cas, durer jusqu'à quarante jours, temps de repos traditionnel durant lequel celle qui venait de mettre son enfant au monde devait se ménager. Elle devait également éviter les travaux pénibles, se garder de séjours prolongés dans une eau chaude qui aurait été susceptible, en ramollissant les chairs, d'empêcher la cicatrisation en cas de déchirure. Il lui fallait, enfin, permettre à son corps de récupérer de l'épreuve qu'il venait de vivre.

3.2 Le point de vue des praticiens

Un témoignage, fourni par une sage-femme, est particulièrement important. Il s'agit de celui de Reneta Grenoux qui, formée à la fin des années 1930, a accouché de très nombreuses femmes des années 1940 à 1970 dans l'est de l'île. Elle rapporte des cas de décès qui étaient systématiquement attribués aux matrones par les médias de l'époque, eux-mêmes généralement renseignés par les médecins : « A Commune Caron, trois femmes qui accouchaient avec des matrones étaient décédées ». Reneta Grenoux se garde bien d'accuser les matrones, sachant qu'elles étaient souvent plus compétentes que les médecins et qu'elles étaient surtout bien plus proches des femmes que ne l'étaient les praticiens.

> « Un autre jour, à La Marine, il y avait une femme qui accouchait de son premier enfant avec une matrone. Elle était en travail depuis trois jours. Le quatrième jour la famille a fait appel à moi. Je rentre dans la

[14] Espace qui, dans *labitasyon* (ensemble qui comprend à la fois le logement et les espaces extérieurs) entoure la *kaz* (maison).

[15] Il est d'usage à La Réunion, de distinguer les Bas, la zone littorale, des Hauts, qui regroupent les pentes et les zones montagneuses du centre de l'île.

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

> maison, toute la famille était là. La femme était décédée et on voyait la tête de l'enfant. Peut-être que si j'étais arrivée un jour avant j'aurais pu emmener la femme à la maternité, peut-être que j'aurais pu la sauver de justesse…Peut-être… ».

Les matrones étaient, en tout état de cause, les coupables idéales et il semble qu'il y ait eu, entre elles et les médecins, divers conflits, de pouvoir notamment. Ceux-ci étaient représentatifs de cette époque et des bouleversements sanitaires qui étaient alors en cours, dans un contexte où les médecins, représentants tout-puissants du Progrès de la Science venaient mener ce qu'ils considéraient comme une œuvre civilisatrice alors même que parfois, leur jeunesse et leur inexpérience étaient évidentes. A ce propos, Reneta Grenoux se rappelle de l'arrivée d'un médecin[16] :

> « Le docteur X. est arrivé en mars 1963. Il arrivait de France. Il connaissait bien la théorie, mais la pratique, il n'y connaissait rien. Tous les soirs, il m'appelait pour me demander conseil ».

D'autres médecins, même s'ils collaboraient avec les matrones, étaient dubitatifs quant aux techniques employées. Ils auraient préféré voir les femmes aller accoucher en milieu hospitalier. Lucie, ancienne matrone se souvient du docteur V…qui officiait dans les années 1950 dans le sud de l'île :

> « Le docteur V…, quand une matrone était avec lui et qu'elle demandait de l'huile d'olive, il disait "Ma fille, ne gâtez pas votre huile d'olive pour un accouchement ! Gardez la pour la salade ! " ».

Le docteur T… qui a pratiqué de très nombreuses années dans le nord-est de l'île se souvient :

> « Les accouchements à domicile, on était pas trop chauds…parce que tout le monde sait qu'il vaut mieux accoucher à l'hôpital, mais pour beaucoup de femmes, c'était vraiment important d'accoucher à la maison. Souvent c'était les matrones qui faisaient les accouchements mais parfois aussi on arrivait à temps. Le premier accouchement que j'ai fait à La Réunion, je me souviendrai toujours, c'était à La Bretagne. Quand je suis arrivé, la matrone était là, c'était presque fait. J'ai sorti un petit garçon et puis, en examinant bien la mère, j'ai vu quelque chose qui dépassait. J'en ai sorti un deuxième. Le papa était sur un nuage. Il était tellement content qu'il est allé à la boutique et il est revenu avec une bouteille de Black and White. Il a voulu à tout prix que je boive du whisky parce qu'il était content et fier d'avoir eu deux gosses d'un coup. Je me souviendrai toujours, c'était en 74 et un des deux garçons s'est appelé Valery ».

[16] Pour des raisons de respect de sa personne et de sa famille, son nom ne sera pas cité dans cet article.

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'autres reconnaissent plus largement le travail effectué et les compétences des matrones. Dans l'est de l'île, le docteur B…. qui a pratiqué durant plus de quarante années à leurs côtés déclare :

« Les accouchements étaient légions, il m'est arrivé d'en faire cinquante-cinq en un mois ! ». Ce médecin Saint-Andréen se partageait les accouchements avec les matrones :

« Des femmes souvent très compétentes et formidables ! »[17].

Dans le nord de l'île, de manière plus récente et jusqu'à la prise en charge systématique des naissances à la maternité, les médecins reconnaissent qu'ils arrivaient souvent après la naissance de l'enfant. Ainsi le docteur L…. qui pratique à La Réunion depuis 1974 déclare :

> « Ce qui se passait souvent, c'est qu'à l'époque, il n'y avait pas de téléphone. Alors, parfois le mari était parti depuis trois, quatre heures. Il n'y avait pas de route non plus. Souvent on était obligé de faire trois quatre kilomètres de marche à pieds même par temps de cyclone. Ce qui arrivait régulièrement, quand on arrivait sur place, c'est que le bébé était déjà né. Alors il nous restait juste la délivrance à faire, faire les soins du nourrisson, les soins du cordon, examiner la maman…c'est ce qui se passait dans environ 80% des cas… ».

3.3 Techniques obstétricales

Les matrones semblent, pour la plupart d'entre elles, avoir possédé de réelles compétences obstétricales. Les témoignages tendent à montrer que ces compétences étaient déterminantes pour la réputation d'une personne : une matrone que la rumeur publique désignait comme incapable n'exerçait que peu de temps par manque de sollicitations.

Les descriptions faites par les matrones attestent d'un suivi tant pré-natal (palpation, examen, toucher, administration de tisanes, conseils prophylactiques) que post-natal (suivi des suites de couches, bains cicatrisants, soins au nouveau-né), d'une grande disponibilité et d'une profonde conscience professionnelle. De plus, les récits d'accouchements mettent en évidence la connaissance de diverses techniques obstétricales particulièrement difficiles à mettre en œuvre. Ces techniques n'étaient pas employées au feeling" mais dans des contextes précis et à la suite d'un long apprentissage. Elles sont révélatrices d'un niveau de technicité élevé. Les matrones savaient en effet faire rentrer le bébé dans le corps de sa mère en cas de mauvaise présentation. Elles connaissaient également diverses techniques destinées à retourner l'enfant *in utero* et à le placer en bonne position dans le bassin de sa mère. Ces deux techniques, connues de la biomédecine, sont respectivement nommées version par manœuvre externe et version par manœuvre interne (Schaal, 1993, Chabert, 1993, Quereux, 1993).

En tout état de cause ces données constituent la preuve de la réelle compétence de celles qui ont, durant des décennies et selon l'expression créole consacrée, *ramassé*

[17] Interview d'Hervé Schultz, *Le quotidien de la santé*, 13 04 93, p. 15.

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 petits enfants (mis les enfants au monde), l'emploi du terme *ramasser* faisant ici référence aux positions qui étaient adoptées par les parturientes. A l'époque, la relation entre la matrone et celle qui allait accoucher était particulièrement importante. Il existait une telle proximité entre les *femmes-sages* comme on les nommait, et les familles, que souvent, on donnait leur prénom à l'enfant qui venait de naître.

3.4 Déni et accusations : la médecine traditionnelle réunionnaise, les matrones et la presse

A partir des années 1970, malgré la réalité des usages populaires de la médecine traditionnelle, de l'efficacité de certains composés, malgré les compétences avérées des matrones, le lien étroit qui s'établit entre ces femmes et les parturientes, les sages-femmes traditionnelles dérangent. Dans un contexte colonial où tout ce qui vient d'Europe est tout puissant, les pratiques thérapeutiques réunionnaises, les matrones, font les frais des représentations biomédicales associées à "l'œuvre civilisatrice". En effet, certains professionnels de la biomédecine ne conçoivent pas que des Réunionnaises, que des descendantes d'esclaves souvent illettrées, non formées par la médecine occidentale puissent posséder un savoir. En outre, les matrones sont discréditées en raison de l'évolution particulièrement rapide du contexte sanitaire et social de l'île. Ces bouleversements ont pour conséquence une survalorisation des représentations majoritairement présentes chez les personnes formées à la biomédecine et la négation de tout ce qui peut être traditionnel au profit du "Progrès de la Science". Les matrones sont remplacées par les accouchements en maternité et l'extrême proximité entre la parturiente et celle qui était nommée en créole la *femme-sage* disparaît. La relation soignante-soignée qui existait sur un mode horizontal, de femme à femme, se transforme et évolue vers un mode asymétrique : le médecin et la sage-femme savent, la patiente se tait.

4 Vingt années de suivi d'une maternité

4.1 L'enquête

En 1996 a débuté une enquête de terrain qui consistait en une extension de mes premières recherches consacrées à la grossesse, la naissance et la petite enfance à La Réunion[18]. Il s'agissait du relevé et du suivi des représentations et des conduites tant des femmes, futures mères et mères, que du personnel médical en poste, sages-femmes, puéricultrices, infirmières et médecins en milieu hospitalier. Cette enquête a été menée dans une maternité de niveau II située dans le nord de l'île.

En ce qui concernait les mères, il s'agissait d'identifier l'ensemble de leurs représentations et usages en milieu hospitalier, ces données étant ensuite, afin de mesurer le poids de l'institution et du contexte biomédical, confrontées à celles obtenues, avec les mêmes interlocutrices, en milieu familial. Cette enquête permettait également d'apprécier l'importance des transmissions sociales et intergénérationnelles, des traditions liées à la naissance, de comprendre la manière dont s'établissait la relation sage-femme-future mère ou parturiente. Elle avait pour objectif principal de documenter la manière dont les savoirs se transmettaient, à la maison et durant le séjour à la

[18] Voir Pourchez, 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

maternité. Aujourd'hui, en contexte familial, ces savoirs sont transmis de mère à fille, de grand-mère à petite-fille ou de belle-mère à bru en raison de la *quasi* disparition des matrones depuis le début des années 1980.

L'enquête menée avec le personnel médical consistait en divers entretiens, observations des conduites, relevé des interactions soignant(e)-soignée et du discours produit, lors des toilettes des nouveaux-nés, des visites dans les chambres, de conversations informelles (conseils, prescriptions et proscriptions). Elle visait à évaluer les connaissances traditionnelles connues des professionnel(le)s de la biomédecine, à analyser les représentations qu'ils (elles) en ont, à mesurer l'écart existant entre les pratiques des mères et les recommandations fournies en milieu médical, à examiner, quand elle existe, la manière dont se met en place la négociation entre savoirs traditionnels et savoirs biomédicaux au sein de la relation présente entre les soignant(e)s et les femmes.

Les données recueillies permettent de distinguer quatre périodes correspondant à quatre types de comportements des mères et du personnel soignant, à quatre modes de relations entre soignant(e)s et mères : une première période, de 1996 à 1999 correspond aux premiers entretiens menés en milieu hospitalier. Elle reflète une absence de communication entre deux mondes distincts. Une seconde phase qui se situerait de 1999 à 2002, serait le temps des questionnements du personnel soignant et du début des transformations tant dans les conduites de soignants que dans la communication avec les mères. Un troisième stade débuterait en 2002 pour se poursuivre jusqu'à 2012 ou 2013. Il constitue le temps de la reconnaissance et de la négociation. Un dernier temps, enfin, qui est toujours en cours, est celui de l'ambiguité.

4.2 1996-1999 : le règne de la biomédecine, déni et absence de communication

En 1996, les premières données recueillies en maternité montrent la coexistence de deux mondes distincts qui ne communiquent pas : d'un côté celui des familles, des mères, des grand-mères, des traditions[19] réunionnaises, de l'autre, celui de la biomédecine et de ses professionnel(le)s avec une relation soignantes-parturientes clairement asymétrique. La sage-femme, l'infirmière ou la puéricultrice savent. Les femmes doivent obéir aux injonctions.

Du côté des mères, accoucher à la maternité est à la fois souhaité et craint. Les mères souhaitent que leur enfant vienne au monde à la maternité car le discours hygiéniste des années 1970 à 1980 a porté ses fruits : nombreuses sont celles qui disent préférer accoucher à la maternité pour des raisons de sécurité et qui, même très jeunes, reproduisent fidèlement le discours qui était celui produit par l'institution médicale quelques décennies auparavant : saleté des matrones, conduites traditionnelles assimilées à des superstitions, risques pour l'enfant et pour la mère, remise en cause, au moins, dans un premier temps et face à une enquêtrice encore inconnue, de certains usages qui leur ont été transmis par leur mère, belle-mère ou grand-mère.

Cependant, paradoxalement, certaines mères craignent d'accoucher en milieu hospitalier. Le monde de la biomédecine est en effet reconnu et vécu comme fondamentalement différent de celui des traditions réunionnaises : alors que tout(e) profession-

[19] Même si, comme nous le verrons plus loin, il s'agit de traditions inventées ou reconstruites à partir du savoir des matrones et des aînées.

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

nel(le) de santé est assimilé(e) au médecin, les mères savent qu'à la maternité, il y a des choses que le « docteur ne comprend pas », « ne connaît pas », qu'on ne peut lui dire sous peine d'être jugée ou considérée comme une « arriérée » ou une « ignorante ». Et malgré leur disparition, les matrones, comme les conduites traditionnelles sont virtuellement bien présentes. Les discours des femmes laissent apparaître (ou réapparaître) nombre de conseils qui étaient jadis fournis par les *fam-saj*[20].

Une grande partie des conduites familiales présentes à la maternité s'effectue de manière cachée, hors de la présence du personnel soignant et est dissimulée sous une attitude de surface de soumission et de passivité absolue face au personnel soignant. Pendant le travail, du jus de citron ou des tisanes sont discrètement absorbées par les parturientes. Ces préparations sont destinées à accélérer et à augmenter l'intensité des contractions. Après la naissance du bébé, les tisanes destinées à éliminer le méconium sont tout aussi discrètement amenées à la maternité par les grands-mères dans de petits biberons parfois cachés dans les paniers et dont le contenu est administré à l'enfant en l'absence du personnel soignant. Lors des toilettes, des mères de famille, même expérimentées, se laissent guider, reprendre et souvent admonester par les puéricultrices quand leurs gestes sont par trop éloignés de ceux conseillés par la norme comportementale biomédicale.

Dans les chambres, un jeu de rôle s'installe entre le personnel médical qui veille à ce que les pièces soient bien ventilées et les bébés peu couverts, et les mères qui craignent, pour leur enfant, le froid, le vent et la lumière trop vive : les infirmières ou puéricultrices entrent dans la chambre, ouvrent les fenêtres, découvrent les bébés….alors que les mères s'empressent aussitôt la porte de la chambre refermée, de couvrir l'enfant, de fermer la fenêtre et de tirer les rideaux.

Du côté du personnel médical, le discours hygiéniste domine et rares sont les professionnelles de la médecine, sages-femmes, infirmières et puéricultrices (à cette époque, il n'y a pas encore d'hommes dans les maternités) qui, même réunionnaises d'origine, parce qu'elles ont été formées à l'école de la biomédecine, reconnaissent une quelconque légitimité aux savoirs féminins. Pour elles, bon nombre de mères sont ignorantes, superstitieuses, sales, voire dangereuses pour leur enfant. La légende selon laquelle les matrones recommandaient jadis aux femmes de ne pas se laver durant 40 jours a la vie dure (ce qui est, du reste rigoureusement inexact). Pour les professionnelles de la biomédecine, il convient donc de mener une œuvre civilisatrice en montrant à ces mères comment tenir leur enfant (même s'il s'agit de leur cinquième ou sixième bébé…), comment le coucher, comment le laver et toute conduite s'éloignant des normes de puériculture est jugée et condamnée[21]. Il est alors possible d'observer des scènes assez surréalistes durant lesquelles des mères de familles nombreuses sont traitées comme les élèves inexpérimentées d'un cours de puériculture magistral comportant phase théorique, travaux pratiques et notation finale de l'élève.

[20] Terme créole qui désigne les matrones.

[21] Il ne s'agit en aucun cas ici de critiquer le travail qui était à l'époque effectué par le personnel en poste. L'attitude qui était alors celle du personnel soignant, qui remplissait sa mission avec beaucoup de conscience professionnelle n'était que le reflet des consignes fournies et du discours biomédical alors dominant dans l'île.

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

4.3 1999-2002 : questionnements et premiers changements

Les entretiens et observations menées de 1999 à 2002 laissent apparaître un questionnement du personnel médical sur sa propre pratique, une modification dans la manière de percevoir les conduites culturelles des mères. Les causes de ces modifications sont diverses et résultent de la conjonction de plusieurs facteurs. Il y a tout d'abord l'intérêt de certains professionnels réunionnais de la biomédecine pour les cultures autres et la manière dont il est possible, dans d'autres contextes, de vivre et de penser la venue au monde d'un enfant. Par ailleurs, les premières formations menées à La Réunion par d'éminentes professionnelles de la santé particulièrement sensibilisées à l'approche anthropologique comme Danielle Rapoport[22], Marie Thirion[23] ou Bernadette de Gasquet[24] ont eu un impact important. A ces formations est venue s'ajouter la tenue d'un colloque sur l'état de l'anthropologie médicale dans l'océan indien en 1999 à l'université de La Réunion[25]. Diverses formations en sciences humaines sont dispensées à l'école de puéricultrices de La Réunion et à l'école de sages-femmes. Ces divers facteurs ont été complétés par la diffusion puis par la rediffusion, sur RFO, du documentaire intitulé *La femme-qui-aide et la matrone*, reportage qui retrace la vie et la pratique de deux femmes, l'une ayant aidé lors des accouchements[26] alors que l'autre a été, durant plusieurs décennies, celle qui, dans les Hauts de Sainte-Marie *ramassait les petits enfants* (les mettait au monde).

Pour la première fois, les discours et les comportements changent : le personnel médical s'il ne reconnaît pas totalement le bien-fondé des conduites traditionnelles qui sont encore trop souvent jugées rétrogrades voire obscurantistes (par un jugement de valeur fondé non sur la connaissance, mais sur la certitude absolue d'une supériorité certaine de la biomédecine), semble y être à présent sensibilisé ; les toilettes des bébés ne se font plus à la chaîne dans une salle prévue à cet effet mais dans les chambres. Les puéricultrices laissent les mères faire, à leur guise, la toilette de leur enfant avant de leur proposer leur aide, certaines commencent à se renseigner sur les conduites traditionnelles, et sont en demande d'explication des usages observés.

Néanmoins, le comportement des mères, lui, varie peu : si quelques mères se sentent reconnues et considèrent ce nouvel intérêt comme une réelle avancée, la majorité des mères interrogées demeurent sceptiques voire soupçonneuses quant aux réelles motivations des professionnelles de la santé. Les jeux de rôle, les conduites cachées se poursuivent au sein de la maternité et la relation entre sages-femmes et mères demeure basée sur une forme d'évitement, de non-communication.

[22] Pionnière en ce domaine, Danielle Rapoport effectue notamment le lien entre culture et bien-traitance (voir Rapoport et Golse, 2006).

[23] L'approche de Marie Thirion a été déterminante dans le cadre des formations conduites sur l'allaitement maternel (voir Thirion, 2004).

[24] Bernadette de Gasquet s'intéresse particulièrement aux apports susceptibles d'être fournis, par les cultures non occidentales, à l'obstétrique biomédicale (voir De Gasquet *et al.*, 2005).

[25] Publié en 2001 sous la direction de Jean Benoist.

[26] Dans la société réunionnaise et jusqu'aux années 70, la femme-qui-aide était quelqu'un d'important : c'est elle qui secondait la matrone ou le médecin lors des accouchements et qui, lors des décès, s'occupait de la toilette mortuaire du défunt. Elle était, dans le village, choisie en fonction de son âge (elle devait être âgée, une femme d'expérience), de ses qualités humaines et morales.

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

4.4 2002-2012/2013, communication, négociation et bien-traitance

La troisième période est avant tout celle de la communication, de la négociation entre soignant(e)s et femmes et de la bien-traitance. Cette communication qui s'installe repose en premier lieu sur la reconnaissance des conduites culturelles traditionnelles. Elle vise à une co-construction de la relation, à la bien-traitance, tant, de la mère, du père que du nouveau-né. En effet, depuis 2002, les choses changent. Diverses formations ont permis au personnel soignant de se familiariser avec les conduites des mères, de mieux comprendre et d'admettre des usages qui, quelques années auparavant, auraient été jugés et interdits. Une communication s'engage entre les mères et le personnel soignant. La négociation apparaît. Il ne s'agit plus de juger mais de comprendre, il n'est plus question de prescriptions mais de propositions qui peuvent être discutées, négociées. Le rapport médical à la mère, au père et à leur culture, à l'enfant et à son bien-être se transforme. L'aspect jadis asymétrique de la relation entre les professionnels de la santé et les familles, s'aténue. Un lien basé sur la co-construction s'initie. Certes, tout n'est pas parfait et bien des choses, sans doute, sont encore à poursuivre et à améliorer, mais comme le dit une maman lors d'un entretien : « Maintenant, on peut en parler ». Les savoirs traditionnels des matrones et des tradipraticiennes, après avoir été jugés, dévalorisés, niés, et alors même que, pour la plupart d'entre elles, elles sont décédées, entrent à la maternité, transmis par les femmes qu'elles ont jadis mises au monde et qui deviennent elles-mêmes grands-mères.

Les mères, informées par le personnel médical, par les médias, par les ouvrages qui circulent dans la maternité ou qui leur sont conseillés, se questionnent, interrogent leur propre culture, la culture biomédicale. Alors que, quelques années auparavant, leurs aînées n'avaient le choix qu'entre un abandon des pratiques culturelles ou un vécu qui se construisait sur le mode de la résistance, les femmes peuvent à présent expliquer leur culture au personnel soignant, choisir ou non d'adapter leurs pratiques. La relation soignant(e)-soignée est à présent un échange de savoirs, le fruit d'une négociation.

Avant cette évolution, intervenue au début des années 2000, l'abandon des conduites traditionnelles, lorsqu'il était prescrit par les professionnels de santé, était, du reste, le plus souvent temporaire car les pratiques réapparaissaient dès le retour à la maison. Cependant, certaines femmes, souhaitant s'adapter à ce qui leur semblait le mieux pour leur bébé, reniaient purement et simplement ce qui leur avait été transmis au sein de la famille ou de manière sociale (par les anciennes matrones notamment, dont certaines étaient encore vivantes dans les années 90). Certaines, le regrettaient ensuite et vivaient la naissance de leur enfant sur le mode du renoncement, avec le sentiment, non de vivre un instant important, mais au contraire de devoir abandonner une partie de soi.

Dans la configuration relationnelle qui se met en place, les conduites traditionnelles changent, s'adaptent au monde moderne sans que les savoirs concernés soient remis en cause. Au contraire, de nombreuses professionnel(le)s s'appuient sur la culture des femmes, sur leurs représentations, pour générer la relation soignant(e)-soignée. Les mères se sentent acceptées, reconnues, écoutées. Le personnel soignant, quant à lui, semble davantage à l'écoute, plus respectueux, même si, parfois, quelques jugements

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

hâtifs tendent à stigmatiser les mères quand apparaît une pratique culturelle inconnue, ce type de réaction montrant toute l'importance tant, de la communication, que celle de la poursuite du travail de formation du personnel.

4.5 2012-2024 : incertitudes. Formations à l'école d'infirmières, à l'école de puéricultrices, à l'école de sages–femmes

Parallèlement à l'étude longitudinale précédemment citée, au travail de terrain entamé dans plusieurs maternités, j'ai commencé, en 1999 à assurer diverses formations en anthropologie, à l'école d'infirmières, à l'école de puéricultrices et à l'école de sages-femmes, touchant les élèves à tous les niveaux des diverses formations. Ces formations, qui ont depuis lors, été reconduite chaque année[27], répondaient, selon les institutions concernées, soit à des demandes exprimée par des sages-femmes ou des puéricultrices soucieuses de mieux comprendre leurs patientes soit à un impératif fourni par les programmes nationaux de formation.

En effet, si les sages-femmes ou les puéricultrices jugeaient qu'une telle approche était importante dans le cursus de celles et ceux qui allaient être amenés à exercer leur profession, tant à La Réunion, qu'en France métropolitaine ou dans les pays de la zone océan indien, la formation en anthropologie, à cette époque facultative à l'école d'infirmières (4h pour l'ensemble du cursus en 2007-2008) était, avant les programmes officiels publiés en 2009, davantage vue comme une approche facultative, comme une ouverture du programme. Aussi, l'intérêt des étudiants pour l'anthropologie semblait en relation avec l'intérêt qu'y portait le formateur responsable des sciences humaines. A l'école d'infirmières, après le départ en 2004, d'un formateur qui avait lui-même suivi un cursus d'anthropologie (la formation en anthropologie médicale comptait alors, grâce à ce formateur et à certains de ses collègues, au total plus de 50h de formation en première et en troisième année), la responsabilité des enseignements en sciences humaines est passée de personne en personne, chacun se débarrassant au plus vite de cette patate chaude qui lui brûlait les mains. Certaines années des cours ont été assurés alors que d'autres, ils étaient remplacés par de l'Anglais ou des cours de sophrologie, jugés plus importants par la formatrice alors en poste.

Depuis 2009 et selon les choix respectifs des institutions, selon l'intérêt manifesté à l'égard des sciences humaines, l'ethnologie, l'anthropologie de la famille et de la parenté, l'anthropologie de la santé, l'anthropologie de la fécondité et de la petite enfance, les traditions réunionnaises sont plus ou moins reconnues, prises en compte, développées dans les enseignements dispensés dans les diverses institutions. Selon les choix respectifs des responsables de formations, soit il ne s'agit que d'une présentation sommaire (de l'ordre de la bonne conscience institutionnelle) soit, au contraire, des formations approfondies sont conduites, débouchant sur un transfert de compétences du cours théorique vers son opérationnalisation, avec à terme, une transformation des relations soignants-soignés.

[27] Suite à ma nomination à Paris, mes dernières interventions en IFSI à La Réunion ont eu lieu en 2015, en école de sages-femmes en 2018 et en école de puéricultrices en 2022.

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

- A l'école de sages-femmes :

Depuis 1999, la diversité culturelle des conduites associées à la naissance, l'anthropologie de la famille et de la parenté, l'anthropologie de la santé, l'anthropologie de la fécondité, les savoirs des matrones ont fait leur entrée dans le cadre institutionnel de l'école de sages-femmes de La Réunion au travers de témoignages vidéos, de bandes audio enregistrées, de documents visuels divers. Il a malheureusement été impossible de faire intervenir, comme je l'aurais souhaité, une ancienne matrone : en 2000 déjà, très peu étaient encore en vie et celles qui l'étaient, si elles demeuraient tout à fait désireuses de transmettre leur savoir, craignaient d'entrer dans l'institution elle-même. Ne parlant pas français, elles se jugeaient ignorantes, et cette non maîtrise de la langue française constituait, à leurs yeux, un obstacle à toute intervention dans un milieu aussi prestigieux que pouvait l'être, pour elles, une école de sages-femmes localisée, qui plus est, au sein d'un complexe hospitalier.

Du point de vue des élèves, lors de mes premières interventions, la surprise était de taille. Ces étudiants (les sages-femmes sont également hommes depuis 1982 et chaque nouvelle promotion comprend quelques jeunes hommes), même réunionnais, ne s'attendaient pas à ce qu'un cursus, traditionnellement strictement biomédical, reconnaisse et transmette, au sein de l'institution, des savoirs issus d'une culture autre que la culture biomédicale. Paradoxalement, pour certains étudiants, il s'agissait de leur faire accepter et prendre en compte une culture autre qui était néanmoins également leur propre culture. En outre, leur jeune âge (un élève entre à l'école de sages-femmes à environ dix-neuf ou vingt ans) justifiait leur méconnaissance des données culturelles qui leur étaient fournies. En effet, en raison des nombreux tabous qui entourent la sexualité dans la société réunionnaise, et hors des transmissions horizontales entre pairs, groupes d'amies ou de cousines, les savoirs associés à la naissance ne se transmettent généralement qu'entre femmes et fréquemment au moment de la première grossesse, voire juste avant la naissance de l'enfant. Ces savoirs étaient jadis transmis aux seules mères par les matrones ou par les mères et les grands-mères qui avaient elles-mêmes vécus plusieurs accouchements.

La formation, qui comprenait en 2015 au total 90 heures, était poursuivie et approfondie chaque année du cursus. Elle faisait, quand j'ai cessé d'intervenir, en 2018[28], partie intégrante des enseignements de l'école de sage-femmes au même titre que l'obstétrique ou la physiologie et comprenait une large initiation à l'ethnologie, à l'anthropologie médicale, à l'anthropologie de la fécondité, à son application dans différentes aires culturelles, un large volet étant consacrés aux conduites réunionnaises ainsi qu'aux savoirs des matrones. De plus ces apports débouchaient sur une réflexion visant à leur opérationnalisation et à une modification des relations soignant(e)s-soigné(e)s : mise en place d'un livret d'accueil de manière à faire évoluer les relations soignant(e)s-soigné(e)s, protocoles d'accueil des parturientes, réflexion sur la manière de conduire la toilette des nouveaux-nés…

Alors que je suis, en 2025, toujours en contacts avec plusieurs anciennes étudiantes, mes carnets de terrain mentionnent que, jusqu'en 2018, les représentations des étu-

[28] Ces enseignements ont néanmoins été poursuivis et c'est un jeune collègue qui les assure aujourd'hui.

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

diants ont évolué d'année en année, leurs savoirs se sont complétés et chaque retour de stage était souvent l'objet d'un questionnement, d'une recherche qui se poursuivait, hors de l'école, au sein de la famille, auprès des proches et des parturientes rencontrées. J'ai eu, lors de mes derniers enseignements, la satisfaction de constater que les savoirs traditionnels sont à présent sont seulement reconnus, mais aussi enseignés aux futures sages-femmes qui ont ensuite la possibilité de s'appuyer sur ces mêmes savoirs afin de co-construire la relation soignant(e)-soigné(e) à partir des représentations présentes chez ces dernières. Les étudiants ont ainsi un autre regard sur les conduites des femmes et sont davantage en mesure d'accompagner les familles. Grâce à la complémentarité fournie par plusieurs formations, conduites depuis le début des années 2000, une femme peut, de nos jours, demander à accoucher sur le côté, proposer un projet de naissance, demander à ce que sa culture soit prise en compte dans ce projet de naissance. Il est aussi possible de savoir si le bébé naît porteur d'une circulaire du cordon. La présence d'une circulaire du cordon nécessite en effet, pour de nombreuses familles réunionnaises, la conduite d'un rituel conjuratoire. De nombreuses sages-femmes acceptent également que les femmes gardent avec elles les petites amulettes traditionnelles destinées à favoriser le bon déroulement de l'accouchement.

Alors que lors de mes premières observations en milieu hospitalier, je notais le plus souvent une non communication entre les parturientes et le personnel soignant, le dialogue s'engage, sur les techniques traditionnelles du corps, sur les tisanes données par les mères à leur bébé. Depuis le début des années 2000, certaines élèves sages-femmes choisissent de consacrer leur mémoire de fin d'étude à la recherche des manières d'opérationnaliser les données fournies lors des cours (Fanny Lobjoy, 2005, Hélène Guittet, 2006), d'autres étudient l'impact des apports anthropologiques sur la pratique des sages-femmes.

En outre, cette expérience de restitution des savoirs traditionnels a été à l'origine de diverses collaborations avec des médecins, notamment avec le docteur Bernadette de Gasquet qui propose une prise en charge des parturientes qui tienne compte tant de leur corps que de leur culture[29].

- A l'école de puéricultrices :

Une démarche du même type a été conduite à l'école de puéricultrices jusqu'en 2022, date à laquelle j'ai passé le relais : chaque année, depuis l'année universitaire 1999/2000 et mes premières interventions, qui étaient à l'époque une simple information / sensibilisation aux conduites réunionnaises (d'une durée de trois heures), une part de plus en plus large a été donnée à l'anthropologie et à l'importance du respect de l'Autre et de sa culture dans la pratique des puéricultrices. En 2022, une vingtaine d'heures étaient, au total, consacrées à l'anthropologie. Cette évolution, l'impact de la connaissance anthropologique sur la pratique professionnelle des puers est, elle aussi, évaluée par des mémoires d'étudiants (Besnardeau, 2007).

Les interventions et la réflexion conduites en milieu hospitalier, ont de plus, contribué à enrichir le débat. Plusieurs infirmières, filmées en 1996 en clinique, à l'époque où n'existait que le modèle biomédical qui était alors imposé aux femmes, ont choisi

[29] Voir, à ce sujet, De Gasquet, Codaccioni, Roux-Sitruk, Pourchez, D'Olier, 2005.

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'entamer une formation et de passer le diplôme d'infirmière puéricultrice. Leur cheminement personnel et professionnel étant tout à fait représentatif de l'évolution des pratiques.

5 Des risques du vernis anthropologique

Mais pour autant, si l'anthropologie, enseignée avec un temps nécessaire à la réflexion est largement susceptible d'enrichir les pratiques professionnelles, d'améliorer la relation soignant(e)-soigné(e), des formations trop rapides, mal assurées par des enseignants parfois peu compétents, une formation morcelée, sont susceptibles de conduire à diverses dérives : anthropologisation des pratiques, ethnocentrisme.

L'anthropologisation des pratiques s'observe chez les soignants qui possèdent ce que l'on pourrait qualifier de vernis anthropologique (par, la plupart du temps, une sensibilisation conduite durant à peine quelques heures)[30] : toute conduite non strictement biomédicale y est cataloguée comme culturelle et est étiquetée, comme la personne chez qui cette conduite est observée. Il y a alors jugement hâtif, généralisation abusive.

Je peux relater l'histoire de cette maman, d'origine mahoraise, qui accompagnait son enfant dans un service de pédiatrie de Saint-Denis de La Réunion. Née à La Réunion, élevée à Marseille, elle ne se sentait pas particulièrement mahoraise mais davantage, selon ses propres termes, indocéanienne… Ayant été surprise en train d'effectuer un massage à son jeune fils hospitalisé en pédiatrie, elle a été immédiatement cataloguée comme originaire de la brousse mahoraise, personne n'est allé lui poser de question et c'est l'anthropologue, à qui il a été demandé de venir voir des pratiques étranges. Pourtant, ses massages qualifiés de « pratiques ethniques » étaient en fait une technique qui lui avaient été enseignée par le kinésithérapeute de l'hôpital afin qu'elle puisse aider son enfant, atteint par une bronchiolite, à expectorer…. Elle me dit avoir vécu cette fausse prise en compte de sa culture comme une forme de racisme. De plus, l'équipe m'ayant contactée afin que je vienne constater les fameuses « pratiques ethniques », il n'y avait plus là aucune relation soignants-soignée, les soignants ayant choisi de ne pas communiquer avec la mère de l'enfant hospitalisé (de peur de ne pas être en mesure de comprendre la langue de cette maman, pourtant titulaire d'une licence de littérature française…).

Le personnel soignant, dans ce cas, remplace l'empathie, qui devrait être présente chez tout professionnel de la médecine lors de la mise en place de la relation soignant-soigné, par des jugements de valeur à caractère culturel, par ce qui revient à de l'ethnocentrisme, et peut, effectivement, être perçu par la personne hospitalisée (ici la mère de l'enfant) comme étant du racisme.

[30] Il convient ici de reconnaître la responsabilité de certaines formations ou DU courts (de type « clinique transculturelle »), qui ne comprennent parfois qu'une très légère base anthropologique sur laquelle viennent se greffer quelques rencontres avec des religieux de diverses confessions, comme si la culture des personnes se résumait à leur religion… Ces diplômes, s'ils sont rentables pour les institutions qui les valident (les étudiants paient nettement plus cher que s'ils étaient inscris dans une formation de type formation initiale), ne donnent aux personnes qui les suivent qu'une formation tout à fait superficielle en anthropologie et sont finalement plus dommageables que bénéfiques aux relations soignants-soignés.

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

Il est donc tout d'abord indispensable que la formation en anthropologie de la santé soit conduite *par de vrais anthropologues*[31] et non par des personnes simplement sensibilisés à cette science. Seuls des chercheurs spécialisés en anthropologie de la santé, ayant conduits leurs enquêtes dans le milieu médical, ou en contexte hospitalier, sont à même de saisir tous les enjeux sous-jacents aux formations (dont l'importance qu'elles revêtent pour la construction des relations soignants-soignés à venir chez le (la) futur(e) professionnel(le) de santé en formation).

6 Conclusion

On l'a vu dans le récit de l'évolution de la prise en charge des parturientes à la maternité, dans celui de la manière dont est perçue la formation à l'école de sages-femmes, ou à l'école de puéricultrice, les apports de l'anthropologie peuvent être particulièrement importants, la collaboration entre anthropologues et professionnels de la santé s'avérer extrêmement riche et venir, par contrecoup, enrichir la manière dont se met en place la relation soignant(e)-soigné(e). Cependant, il existe aussi « un côté obscur à la force » : outre le côté parfois presque magique, pour certains professionnels, de la formation en anthropologie, qui permet de trouver un alibi à l'incapacité, parfois, de prendre en charge certains malades (les fameuses « causes culturelles »), et malgré une réelle avancée dans la prise en compte de la culture des femmes, mes dernières observations reflètent le risque d'une anthropologisation des pratiques des malades, c'est-à-dire d'une généralisation abusive qui considèrerait que l'ensemble de la société réunionnaise (mais ceci est également vrai, quelle que soit la société concernée) possède les mêmes savoirs, les emploie de la même manière. C'est alors toute la question de la formation qui se pose : une formation en sciences humaines du personnel médical ne peut se faire que de manière approfondie, en respectant un nombre minimal d'heures. Elle ne peut s'envisager sous la forme d'une simple sensibilisation sous peine de voir apparaître diverses dérives telles qu'anthropologisation des pratiques, généralisation abusive des conduites culturelles, ethnocentrisme, le tout caché sous un intérêt apparent superficiel pour l'altérité avec un résultat final largement préjudiciable aux malades et un impact finalement négatif sur la relation soignant-soigné ainsi qu'une potentielle décrédibilisation de l'anthropologie.

[31] C'est malheureusement loin d'être le cas, en grande partie en raison de la manière dont les intervenants extérieurs sont rémunérés dans de nombreuses institutions (de l'ordre de 25 à 27 euros l'heure de cours alors qu'une heure de cours magistral en université est rémunérée à hauteur de 60 euros). Il en résulte que, dans de telles conditions de non reconnaissance de leur statut et de leur niveau d'étude (au minimum bac+8 jusqu'à bac + 17 ou 20 pour les professeurs d'université) les universitaires refusent pour la plupart d'entre eux, d'intervenir dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers, Instituts de Formation d'Aides-soignants, Écoles de Sages-Femmes, Écoles de Puericultrices, de kinésithérapeutes… Il en résulte souvent une sous-qualification des enseignants (voire une absence de qualification) et des enseignements au rabais qui pénalisent finalement les étudiants et leurs futurs patients.

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

Bibliographie

Benoist, J. (1980), *Les carnets d'un guérisseur réunionnais*, Saint-Denis : Fondation pour la Recherche et le Développement dans l'Océan Indien.

—- (1993), *Anthropologie médicale en société créole*, Paris : PUF.

—- (éd.) (2001), *Santé, société et cultures à La Réunion*, Paris : Karthala.

Besnardeau, M. (2007), *A l'île de la Réunion, rites, croyances et tradition autour de la naissance, en milieu hospitalier, Saint-Denis : mémoire de fin d'études en puériculture.*

Chabert, P. (1993), « Version par manœuvre externe », in *Mécanique et techniques obstétricales,* Schaal J.P. (éd.), Paris : Sauramps médical, p. 405-417.

De Gasquet B., Codaccioni, X., Roux-Sitruk, D., Pourchez, L., D'Olier, F. (2005), *Bébé est là, vive maman, Les suites de couches*, Paris : Editions Robert Jauze.

Guittet, H. (2006), *Bientraitance de la mère et de l'enfant autour de la naissance*, promotion 2002-2006, École de sages-femmes de La Réunion, Université Paul Sabatier, Faculté de médecine de Toulouse-Rangueil.

Lobjoy, F. (2005), *La sage-femme et la culture réunionnaise*, promotion 2001-2005, Ecole de sages-femmes de La Réunion, Université Paul Sabatier, faculté de médecine de Toulouse-Rangueil.

Loux, F. (1978), *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris : Flammarion.

Loux, F. Richard P. (1988), « Le sang dans les recettes de médecine populaire », *Affaires de sang, Mentalités*, Paris, Imago : 125-139.

Pourchez, L. (2000), *Anthropologie de la naissance et de la petite enfance en société créole réunionnaise*, thèse de doctorat en anthropologie, Paris : EHESS.

—- (2002), *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, Paris : Karthala.

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

—- (2024), « La médecine traditionnelle réunionnaise. Entre traditions et évolutions », in *Faire de l'ethnomédecine au XXI^e^ siècle. Enjeux et perspectives*, Laurence Pourchez (éd.), Paris : Editions des Archives Contemporaines, p. 55-74.

Quereux, C. (1993), « Version par manœuvre interne », in *Mécanique et techniques obstétricales,* Schaal J.P. (éd.), Paris : Sauramps médical, p. 541-551.

Rapoport, D., Golse, B. (2006), *La bien-traitance envers les enfants : Des racines et des ailes*, Paris : Belin.

Schaal, J.P. (éd.) (1993), *Mécanique et techniques obstétricales*, Paris : Sauramps médical.

Sion, J. (2024), « Pratiques de soins phytothérapeutiques et covid19 à La Réunion », in *Faire de l'ethnomédecine au XXI^e^ siècle. Enjeux et perspectives*, Laurence Pourchez (éd.), Paris : Editions des Archives Contemporaines, p. 75-84.

Thirion, M. (2004), *L'allaitement*, Paris : Albin Michel.

Yap, P. M. (1966), « The culture-Bound reactive syndromes », Conference on Mental Health in Asia and the Pacific held at the East-West Center, Honolulu, Hawaii, March 28 to April I. http://www.deepdyve.com/lp/sage/the-culture-bound-reactive-syndromes-by-pow-meng-yap-hong-kong-p0rteWoshX

Presse et archives

« Toujours les matrones », ADR 1PER/52/10, *Le nouveau Journal de l'île*, 19 novembre 1914.

« Sortilèges », ADR 1PER/81/34, *Le Peuple,* 22 janvier 1932.

« Médecin des pauvres à l'époque "héroïque" », Hervé Schultz, *Le Quotidien de la santé,* 13 avril 1993.

« La grossesse, état magique », *Le Quotidien*, 23 février 1997 : 13, dossier « Grosse, et alors ? ».

Filmographie

Pourchez, L. (1999), "La femme-qui-aide et la matrone", reportage ethnologique de 26 mn, Coproduction Laurence Pourchez / CNRS / U. Réunion, / RFO/ RFO SAT, diffusion RFO Réunion, octobre 99, rediffusion novembre 99, diffusion RFO métropole, RFO Sat.

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

Grand prix du public, catégorie professionnels, festival du film scientifique de l'océan indien, avril 2003.

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