



Grossesse, naissance et petite enfance à la Réunion : une situation conflictuelle

Laurence Pourchez

► To cite this version:

Laurence Pourchez. Grossesse, naissance et petite enfance à la Réunion : une situation conflictuelle. Expressions, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion, 1997, pp.53-69. hal-02406038

HAL Id: hal-02406038

<https://hal.univ-reunion.fr/hal-02406038>

Submitted on 12 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

GROSSESSE, NAISSANCE ET PETITE ENFANCE À LA RÉUNION : UNE SITUATION CONFLICTUELLE

Laurence POURCHEZ
IMF

L'éducation coutumière fait « partie des données de base, de ce qui est.
C'est grâce à elle que le passé continue à être relié au présent et au futur.

Elle constitue le point de départ,
et avant de songer à la transformer,
il faut d'abord la reconnaître. »

Pierre Erny, 1990, p. 11

Les recherches sur la perception du fœtus montrent que, bien avant sa naissance, il est sensible aux sons, à la lumière, aux attitudes de sa mère (Mehler et Dupoux, 1990, Cyrulnik, 1993). La mère apparaît, durant cette première période du cycle de vie, et du fait de la néoténie, de l'inachèvement qui caractérise le petit d'homme, comme l'élément fondamental, la pièce maîtresse du développement à venir de l'enfant. La qualité de la relation qui va s'établir entre le fœtus et cette mère toute puissante, la médiation qu'elle va exercer entre son enfant et la culture dont il est issu vont, par cette première éducation diffuse transmise au travers d'attitudes et de gestes de la vie quotidienne, façonner ce qui sera plus tard la personnalité sociale du nouveau membre de la communauté.

Car tout, chez l'enfant, n'est pas inné. Au-delà de ses prédispositions naturelles, l'enfant est le produit d'une culture qui se révèle dès la conception, au travers, par exemple, de la représentation qu'ont les différents peuples de la « fabrication » de l'embryon, schéma qui varie selon les cultures et est déjà, en lui-même, révélateur d'un certain nombre de valeurs culturelles dominantes. Ainsi, la conception samo de la procréation telle que la décrit Fr. Héritier (1996 : 75,77) met-elle en évidence, par la complémentarité de l'homme, par défini-

tion chaud et sec, et de la femme, froide et humide¹, l'opposition fondamentale présente dans cette société : celle qui oppose le chaud et le froid, antagonisme qui est à l'origine de nombreux rites visant à maintenir un équilibre constant entre ces deux pôles.

Les bases de la culture s'imprègnent dans le fœtus dès la grossesse par de nombreux autres facteurs tels que la perception assourdie de la voix de sa mère qui le prépare à l'apprentissage de sa langue maternelle, la perception de la voix du père (selon le rôle dévolu au père pendant la grossesse, élément révélateur de la place de chacun des géniteurs de l'enfant dans la société).

L'attitude de la mère, la manière dont elle vit sa grossesse revêtent également une grande importance (P. Erny, 1990) et sont significatives de la manière dont est perçu l'enfant. Ainsi, si les envies² de la femme enceinte sont un phénomène reconnu dans de nombreuses cultures, leur origine supposée et le statut qui leur est accordé sont révélateurs de l'influence exercée sur la future mère par le groupe social, le milieu familial ou l'environnement culturel. En France, à Madagascar, mais également dans les conceptions traditionnelles de la grossesse à la Réunion, les envies sont considérées comme étant l'un des symptômes caractéristiques de l'état de fragilité, d'instabilité qui accompagne la gravidité, l'absence d'envies devenant même anormale (S. Lallemand et G. Delaisi de Parseval, 1980 ; Bodo Ravolomanga, 1992). Il est même possible d'envisager l'importance qui leur est accordée comme significative d'une volonté, d'un moyen d'accompagnement par la famille, de la future mère dans le cours de sa grossesse.

La représentation qu'ont les femmes des envies se modifie : il semble qu'elles tendent à être, à la Réunion et depuis une dizaine d'années, imputées au fœtus qui dicterait à sa mère des comporte-

1. Cette opposition peut, elle-même, et par l'analyse de type structuraliste qu'elle induit, être considérée comme un jugement porté sur la société étudiée.

2. Désirs de la femme enceinte qui doivent obligatoirement être satisfaits sous peine de voir naître l'enfant avec une tache qui représentera l'envie non satisfaite (un coq si la mère avait envie de manger du coq, une fraise...). Cette marque apparaît par « contagion » du corps de la mère qui se touche vers le corps de l'enfant, « récepteur » du désir insatisfait.

ments alimentaires. Les envies ne sont plus, dans ce cas, suggérées par la famille (souvent par le père, ce phénomène pouvant être assimilé à une forme de couvade), mais davantage par l'environnement culturel et médiatique (livres de puériculture, émissions télévisées, discours médical, avec une influence importante des échographies sur la représentation qu'ont les femmes de leur enfant).

La naissance est, par l'entrée de l'enfant dans la société des vivants – naissance et mort étant, dans la plupart des sociétés indissolublement liées (P. Erny, 1991 ; E. Mangalaza, 1994) –, une étape fondamentale de sa socialisation. L'ensemble des actes extrêmement visualisés qui entourent la naissance définit le rôle de chacun dans le groupe social et par rapport au nouveau-né – rôles du père, des tantes, de la grand- mère (P. Emy, 1972, 1990). C'est au moment de la naissance que se révèlent la structure du groupe, les valeurs dominantes de la culture, avec, par exemple, un traitement différent du nourrisson en fonction de son sexe, de son rang dans la fratrie, selon qu'il y ait ou non des jumeaux (mis à mort dans certaines cultures, vénérés dans d'autres).

Sur ces premières bases viendront se greffer, après la naissance de l'enfant, les rites et pratiques religieuses qui entourent et suivent la mise au monde : soins, toilette, habillement, alimentation, qui feront entrer le nouveau-né, l'intégreront au groupe social dont il est issu et lui permettront d'approfondir l'apprentissage des premiers rudiments de sa culture d'origine.

L'attitude à l'égard de l'enfant

Philippe Ariès, dans *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (1973, 1960), a montré qu'un changement dans la manière de considérer l'enfant pouvait être à l'origine de modifications plus profondes de la société : c'est à partir du moment où, selon cet auteur, l'enfance a été « inventée » qu'ont commencé les transformations qui ont finalement abouti au système le plus rigide et le plus normatif qui soit, le système éducatif. La socialisation de l'enfant qui, de manière traditionnelle, était effectuée par le groupe social dans son ensemble (parenté, amis, voisins), est à présent pour partie le fait d'une institution

étrangère.

Les travaux de Ph. Ariès, aussi contestés soient-ils aujourd'hui, mettent en relief l'importance de l'approche dynamique du phénomène de la socialisation, car tout comportement maternel, tout acte se rapportant à l'enfant à naître ou au nourrisson est le fruit d'une évolution et ne peut être coupé du contexte historique qui a vu son émergence. L'étude de la socialisation de l'enfant à la Réunion doit donc être envisagée selon une double perspective : historique, afin d'établir les bases sur lesquelles elle s'est fondée. anthropologique à des fins d'interprétation des phénomènes actuellement observables.

À la Réunion

Travaux existants

Des travaux existent, à la Réunion, qui décrivent et analysent certains aspects de la première socialisation de l'enfant au travers des rites postnataux propres à une communauté donnée. Les travaux de Ch. Barat (1980), de Y. Govindana Atchama Guirama (1992) décrivent, pour la communauté tamoule, le bain rituel postnatal de la mère, les soins prodigués à l'enfant dans le cas de *sévé mayé*³. Cependant, ces différentes recherches concernent des groupes spécifiques de l'île et ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population réunionnaise. D'autres recherches, historiques notamment (Pr. Ève, 1985, 1992), mettent l'accent sur les peurs et la religion populaire à la Réunion.

Le petit enfant réunionnais n'a, malgré les spécificités de l'île, l'importance que cette recherche peut revêtir pour une meilleure compréhension de ce qu'il est, de la manière dont il est perçu par les autres membres du groupe, de son statut dans la société, encore été l'objet d'aucune étude approfondie : l'anthropologie de la petite enfance réunionnaise reste à faire.

3. Cheveux emmêlés du nourrisson, signe de mauvais augure qui doit être exorcisé par une cérémonie au cours de laquelle la tête de l'enfant sera rasée.

Perspectives de recherche et premiers résultats

L'enquête, que nous menons depuis le début de l'année 95 en archives et dans l'est de l'île (les hauts de Sainte-Marie) auprès de femmes créoles issues de différentes tranches d'âges et de milieu social défavorisé, a pour but de rechercher, à partir d'une étude diachronique des conditions de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance à la Réunion, les transformations actuellement en cours pour cette première période du cycle de vie, l'origine de ces bouleversements et leur incidence possible sur la socialisation des enfants.

Les premières données recueillies semblent indiquer que la période étudiée est le lieu de modifications des pratiques traditionnelles, d'émergence de croyances, de rites jusque-là inédits.

Ces bouleversements, conséquence d'un modèle occidental de plus en plus prégnant au travers, par exemple, des médias et surtout de la télévision, sont également influencés par le discours des médecins, des sages-femmes. Les apports extérieurs, en modifiant les pratiques traditionnelles, sont à l'origine de ce qui pourrait être considéré comme un système de croyances secondaire qui s'intègre au système initial. Il serait donc possible d'envisager, à plus ou moins longue échéance et du fait de ces modifications, de profondes transformations dans la vie familiale réunionnaise, dans la socialisation des individus, dans le processus de construction de leur identité.

Cependant, s'il semble y avoir adaptation des pratiques traditionnelles aux normes imposées par l'extérieur, ces transformations ne se font pas sans mal et s'accompagnent, quand le décalage est trop important entre traditions familiales et injonctions des puériculteurs, de résistances qui se manifestent de manière parfois radicale, notamment par rejet des apports extérieurs puis retour à un système traditionnel qui se trouve renforcé.

Représentations familiales et modification des pratiques

La grossesse

Les données actuellement en notre possession, bien qu'encore incomplètes, laissent supposer une évolution rapide du système traditionnel des rites et croyances qui, d'un ensemble initial comprenant actes «

thérapeutiques » et pratiques magico-religieuses, semble s'acheminer, sous la pression d'éléments exogènes, vers un modèle à plusieurs niveaux comparable à des sphères en constante interaction.

À un premier niveau, celui de l'appartenance sociale au modèle européen dominant, les femmes disent avoir abandonné les pratiques traditionnelles.

Il apparaît cependant, à un second niveau d'analyse, que ces pratiques n'ont pas disparu mais sont seulement enfouies, dissimulées par peur des jugements extérieurs. Les femmes interrogées, une fois la phase de méfiance vis-à-vis de l'enquêtrice passée, reconnaissent tenir compte des enseignements transmis par leurs mères et leurs grands-mères. Les rites et actes magico-religieux qui, jusque dans les années 70, semblent avoir été particulièrement importants dans les représentations des femmes et le vécu de leur grossesse, apparaissent, sous la pression des médecins, des sages-femmes, en régression au profit d'actes thérapeutiques aux résultats « objectivement observables », comparables à ceux observés en Afrique de l'Ouest par M. Augé (1984).

Les prescriptions traditionnellement transmises de mère en fille telles que :

- ne pas s'asseoir sur le seuil d'une porte, l'enfant naîtrait avec le cordon ombilical en bretelle⁴,
 - éviter de passer sous certains arbres pour éviter la prise de possession du corps de l'enfant par des *zam pa ramasé* (âmes errantes),
 - ne pas, pour les mêmes raisons, fréquenter les cimetières...
- ...sont toujours mentionnées par les femmes interrogées – « on ne sait jamais » – mais elles y accordent moins d'importance que leurs aînées.

De l'enseignement traditionnel, les jeunes femmes retiennent plus facilement l'utilisation des *zèrbaj* et des *rafréshisan* (soins à base de végétaux et tisanes diurétiques) qui ont pour fonction de « laver » le corps de la mère, de le purifier, de favoriser le développement du fœtus, de permettre que l'accouchement se passe dans de bonnes

4. Cordon ombilical enroulé, à la naissance, autour du cou de l'enfant. Ce phénomène est généralement considéré comme inauspiceux pour l'enfant et pour la famille.

conditions.

À un troisième niveau, conséquence des apports exogènes et ayant tendance à s'imbriquer dans le premier système de représentations, un ensemble se met en place qui va d'abord venir bouleverser la conception qu'ont les femmes de l'enfant qu'elles portent : d'une représentation qui, traditionnellement, ne lui reconnaissait réellement une existence qu'au moment de la naissance, voire du baptême⁵, l'enfant est à présent considéré comme vivant dès son passage à l'état de fœtus (aussitôt que le mère ressent physiquement sa présence par des mouvements intra-utérins, en général aux alentours du sixième mois). De ce fait, le fœtus doit être nourri, fortifié par l'absorption de vitamines, et les femmes, même issues de milieux sociaux défavorisés, n'hésitent pas à dépenser de fortes sommes pour l'achat d'aliments vitaminés, de bocaux de jus de fruits enrichis en vitamines.

Le vécu de la grossesse, qui était plutôt centrée autour de la mère, tend à s'orienter vers l'enfant qui la « dirige », qui, aux dires des informatrices, choisit ses aliments et en rejette d'autres. Cette attitude de l'enfant est considérée par les mères comme une tentative de communication.

Cette transformation de la représentation qu'ont les femmes de leur enfant exerce une profonde influence sur leur conception même de la vie : la conception traditionnelle de la vie qui la faisait débiter à la naissance ou après le baptême de l'enfant, ne reconnaissait au fœtus qu'une existence végétative et autorisait, de ce fait, les avortements. Les modifications du vécu des futures mères, l'introduction, dans le cours de leur grossesse, des échographies, modifie leur perception et leur représentation des débuts de la vie ; le fœtus est à présent considéré comme pleinement vivant dès la première échographie (généralement effectuée vers le troisième mois) et son existence prend une réelle dimension après la seconde échographie (réalisée au cours du sixième ou du septième mois, période qui correspond aux premières sensations physiques de la mère). Cette évolution dans la représentation qu'ont les femmes des débuts de la vie influence leur vision de l'avortement qui devient un acte négatif, quasiment assimilé à l'infan-

5. La religion catholique spécifie que l'âme de l'enfant qui est mort avant d'avoir été baptisé ne peut gagner le paradis et erre dans les limbes.

ticide et qui ne peut intervenir que dans certains cas extrêmes (cas thérapeutiques, incestes, viols, grossesses survenant chez de très jeunes femmes).

Cette première modification du vécu, par les femmes, de leur grossesse, est vraisemblablement le produit de plusieurs facteurs : le discours des médecins, hygiéniste et normatif, celui des sages-femmes qui demandent aux futures mères de surveiller leur alimentation, de consommer légumes et fruits, mais elle est certainement davantage le résultat d'émissions télévisées du type « Le bébé est une personne » de B. Brazelton ou des livres de puériculture tels que ceux de L. Pernoud (présents dans la plupart des foyers, et qui circulent de femme enceinte à femme enceinte, même chez celles dont le niveau d'étude est peu élevé (schéma fréquent dans les hauts). Ces différents éléments (ouvrages, émissions de télévision, conseils médicaux) sont interprétés par les femmes, puis intégrés au système de croyances.

Le dernier niveau est celui de la résistance aux contraintes extérieures. Peu présent lors de la grossesse, il semble se manifester essentiellement au travers de deux points : l'alimentation de la femme enceinte et la participation du père aux préparatifs de l'accouchement.

Les conceptions traditionnelles de la grossesse assimilent la femme enceinte à une personne double qui doit, du fait de son état, manger pour deux. Or, les médecins, et notamment les obstétriciens, « normalisent » la femme enceinte qui ne doit, lors de sa grossesse, prendre qu'un minimum de kilos, pour des raisons déclarées médicales. Les informatrices déclarent ne pas, ou peu, tenir compte de ces injonctions médicales, une femme enceinte, *an voi d'famiy*, étant, dans leur système de représentation, une femme ronde, épanouie.

L'approche de l'accouchement est également caractérisée par une réticence des hommes à investir un domaine que leur éducation définit comme exclusivement féminin. Aussi, et malgré les recommandations des sages-femmes, leur présence est encore relativement rare lors des cours d'accouchement sans douleur (*sic*).

L'accouchement

L'élément le plus révélateur des transformations qui se sont produites depuis 20 ans est l'accouchement à l'hôpital. Massivement, depuis le milieu des années 70, les femmes, sous la pression des médecins, des

pouvoirs publics (par le biais de primes), mettent leur enfant au monde en milieu hospitalier, et ce bouleversement des pratiques modifie les rôles dévolus à chacun à la naissance de l'enfant, transformant les premiers contacts de la mère à son enfant, les premiers rapports qui s'établiront avec le groupe familial.

Traditionnellement et jusqu'aux années 75 à 80, les Réunionnaises accouchaient à domicile. Chaque membre de l'entourage de la parturiente tenait, dans cet acte de vie, un rôle déterminé : l'accouchement se faisait dans la chambre, en présence de la mère, des voisines, des sœurs, souvent d'une matrone, d'une sage-femme ou d'un médecin. L'accouchement était avant tout une affaire de femmes dont le père était exclu.

L'enfant naissait et était immédiatement confié à une femme (le plus souvent sa grand-mère) qui lui donnait son premier bain. Le placenta était recueilli et enterré dans le jardin, marquant ainsi l'attachement de l'enfant à la terre qui l'avait vu naître⁶.

Cet accouchement était le lieu d'une double prise de possession : d'une reconnaissance de l'enfant par la lignée maternelle à laquelle il appartenait de droit (le rôle tenu par la grand-mère qui s'occupe de l'enfant juste après sa venue au monde étant ici l'équivalent symbolique de l'agrégation de l'enfant à la famille de sa mère) ; d'une reconnaissance par le père qui voyait, grâce à la naissance de l'enfant, une valorisation de sa virilité aux yeux de sa famille et de la société.

Modifications des structures familiales

L'enfant était (est toujours) la preuve de la capacité du père à procréer, le nombre d'enfants d'une famille étant considéré comme proportionnel à la virilité de leur père. Il représentait en outre, pour celle qui l'avait mis au monde, l'accession à un nouveau statut, celui de mère. La femme stérile était *tamang*⁷, dévalorisée aux yeux de sa

6. Cette pratique est encore suffisamment ancrée dans l'esprit des Réunionnais pour avoir été utilisée, il y a peu de temps, par un homme politique qui a justifié sa candidature aux élections municipales par la présence de son *zon-bri* enterré sur le sol de la commune.

7. Terme d'origine malgache qui désigne habituellement les vaches incapables de procréer.

propre famille ainsi qu'à ceux de sa belle-famille. Dans les cas extrêmes, le mari pouvait se trouver une « épouse de remplacement » susceptible de prouver sa virilité aux yeux de la communauté.

Le premier contact des parents avec leur enfant, ces premières minutes de la vie du nouveau-né dévoilaient la structure de base de la famille : l'enfant, s'il avait été conçu par le père qui possédait donc, sur lui, un certain nombre de droits (hormis le droit légal de transmission du nom), appartenait avant tout à sa mère et à sa grand-mère, constituant ainsi la structure de base de la famille réunionnaise.

L'accouchement en milieu hospitalier bouleverse ce modèle : alors que les conceptions traditionnelles de l'accouchement sont toujours présentes dans le discours des femmes, la venue au monde de l'enfant se fait dans une salle d'hôpital sans que le rituel qui, jadis, réglait cet acte de vie, puisse être respecté. Les grands-mères, dépossédées de leur rôle par les sages-femmes, sont de moins en moins présentes lors de l'accouchement. Elles semblent retrouver, au moins en apparence, une partie de leur pouvoir après le retour au foyer de la mère et de l'enfant.

D'autre part, sous l'action des médecins, de ceux que S. Lallemand et G. Delais de Parseval (1980) nomment les puériculteurs, les pères ont, à la fin des années 70, commencé à effectuer une timide apparition dans les salles d'accouchement. Cependant, les données recueillies auprès de jeunes pères de famille révèlent une réticence à se mêler de ce qui persiste à être, pour eux, une affaire de femmes, et plusieurs futures mères interrogées semblaient, malgré le discours des médecins et des sages-femmes qui cherche à culpabiliser les pères qui n'assistent pas à l'accouchement (ou celles qui souhaitent vivre seules la venue au monde de leur enfant), opposer une assez forte résistance à ce qu'elles considèrent comme une intrusion dans leur domaine privilégié, la maternité, la venue au monde de leur enfant.

L'accouchement en milieu hospitalier a donc, dans un premier temps et par l'introduction artificielle et progressive du père dans le processus de grossesse, modifié le schéma de base de la famille réunionnaise. Dans un second temps, les données recueillies mettent en évidence les résistances qui se produisent de la part des femmes qui ont tendance à exclure les hommes de l'accouchement.

Le cadre hospitalier et les nouvelles conditions dans lesquelles se

déroule la naissance semblent remettre en cause la stabilité de la structure sociale, et la matrifocalité, généralement présente dans les sociétés créoles, est en apparence perturbée. La grand-mère est en partie dépossédée du pouvoir qu'elle exerçait ; le père n'est pas réellement présent. La seule structure fixe, base de la famille serait donc, dans le cas de la naissance en milieu hospitalier, la cellule mère-enfant.

Contradictions et incohérences

Les modifications de la structure familiale de base semblent, à l'heure actuelle, donner moins d'importance à la grand-mère. Cependant, la résistance qui s'observe (fait des hommes mais aussi des futures mères) à la présence du géniteur de l'enfant dans le processus de première socialisation ne peut, à terme, que renforcer la matrifocalité. En effet, il est couramment admis que les comportements de résistance sont généralement porteurs d'un retour accentué à la tradition.

Cette perte apparente des repères familiaux s'accompagne d'un certain nombre d'éléments qui vont entrer en contradiction avec les normes traditionnelles d'hygiène, de prophylaxie, et la réponse se fera non plus sur le mode de l'adaptation, de l'intégration des données exogènes, mais davantage sur le mode de la résistance. Ainsi, les femmes ont appris de leur mère que les nourrissons doivent être couverts, maintenus hors des courants d'air et au chaud. Le personnel médical adopte un comportement inverse, ouvre les fenêtres, habille légèrement les nouveau-nés, déstabilisant les mères qui, dès que l'infirmière sort de la chambre, ferment la fenêtre, couvrent l'enfant. Les attitudes du personnel médical sont incomprises car non justifiées et en contradiction avec l'ensemble des représentations déjà présentes dans l'esprit des mères. De ces différents facteurs résulte une incohérence du comportement de la mère qui, tantôt veut faire ce qu'on lui conseille, tantôt respecter ce qui lui a été transmis par sa mère, attitude qui ne pourra elle aussi qu'engendrer un manque de stabilité de l'enfant.

D'autre part, les grand-mères ne sont pas aussi absentes qu'on pourrait le croire : de nombreux témoignages font état de grand-mères qui viennent en visite à la maternité porteuses de bouteilles de tisanes,

préparations contre la *tanbav* qui sont discrètement administrées au nouveau-né quand les infirmières et les puéricultrices sont hors de la chambre, tisanes calmantes à base de cœur de pêche pour calmer l'enfant, d'anis étoilé pour le purifier (au sens d'élimination des impuretés restant dans le corps).

Après la naissance

Le retour à la maison se situe dans le même cadre d'alternance entre pratiques traditionnelles et concessions au modèle extérieur. Après la sortie de la maternité, l'ordre traditionnel semble reprendre ses droits.

La mère et l'enfant évitent de sortir de l'habitation, l'enfant non baptisé étant par définition vulnérable aux *zam pa ramasé*. Les visites de la famille se font généralement dans la chambre de la mère où est installé le berceau de l'enfant. La grand-mère est souvent présente et aide sa fille à recevoir les visiteurs.

C'est, dans ce cadre, l'organisation familiale qui a été modifiée : contrairement à ce qui se faisait jusqu'à une période relativement récente, l'enfant ne passe plus ses nuits à proximité immédiate de ses parents. Le berceau ne se trouve dans la chambre parentale qu'en raison des visites, par respect de la coutume. La nuit ou le reste du temps, il est placé dans une autre pièce et cette première modification ne peut que distendre les liens fusionnels qui existaient traditionnellement entre la mère et le nouveau-né.

L'alimentation

Alors que l'allaitement maternel a été massivement abandonné aux alentours des années 80 (M.-A. Allorent, 1982) au profit de l'allaitement artificiel, mode d'alimentation qui était alors considéré par les femmes comme plus moderne, plus pratique, les dernières données en notre possession semblent indiquer un retour à l'allaitement maternel pour des raisons jugées affectives – renforcement du lien mère-nourrisson –, économiques, hygiéniques (moins de problèmes de nettoyage des biberons).

Cette modification du comportement des mères peut être interprétée comme étant la conséquence de deux facteurs :

- les recommandations des sages-femmes qui, depuis une dizaine

d'années, incitent les futures mères à allaiter leur enfant ;

- une perte de crédibilité du modèle strictement occidental qui a, semble-t-il, été en vogue dans les années 80 au profit d'un modèle qualifié de créole par les informatrices.

Purges et purification

Après la naissance de l'enfant, le souci de purification reste très présent et les jeunes femmes interrogées ont soin d'éliminer la *tanbav* (méconium du nouveau-né)⁸. Les préparations utilisées pour l'accomplissement de ce rite diffèrent selon les lignages et sont le résultat d'une transmission de mère à fille ou à petite-fille, basée sur l'empirique : seuls se sont conservés dans les recettes les composants dont l'efficacité semble maximale. Un fonds commun de plantes subsiste cependant : pour la *tisan tanbav*, l'emploi des cœurs de pêches est régulièrement observé.

Les purges, quoique plus tardives et postérieures à l'arrêt de l'allaitement maternel (l'enfant est considéré comme protégé pendant cette période), restent massivement utilisées, souvent à base de Planiol (huile d'olive du nom de la première société qui l'a introduite sur l'île), ou de *tantan* (huile de ricin, le terme étant d'origine malgache). Ces traitements préventifs ont pour objectif de purifier l'enfant, d'éviter les *révolusion d'ver* (les vers) et les femmes ont tendance à remplacer les préparations traditionnelles par les purges achetées en pharmacie.

Soins et hygiène corporelle

D'autres modifications semblent en cours dans le domaine de l'hygiène, de la toilette de l'enfant, et concernent notamment les soins donnés à la tête, aux fontanelles qui constituent toujours un souci pour les mères, le symbole de la fragilité de leur enfant : alors qu'il

8. La définition de la *tanbav* a considérablement évolué. Considérée au XIX^e siècle comme une maladie mortelle de l'enfant (Jacob de Cordemoy, *La Médecine extra-médicale à l'île de la Réunion*, Saint-Denis, 1864), elle est aujourd'hui assimilée aux selles noirâtres ou verdâtres du nouveau-né et, par extension, à tout liquide organique vert (pus, sécrétions nasales...). La recette de la *tisan tanbav* n'a, semble-t-il, que peu ou pas évolué au cours des trente dernières années.

était, au début du siècle et apparemment jusqu'aux années 60, couramment admis qu'il fallait, afin de favoriser un durcissement rapide des fontanelles, laisser une croûte se former sur le crâne du nouveau-né, les jeunes mères ont à présent soin de laver chaque jour la tête de leur enfant, car la formation de croûtes pourrait, pensent-elles, favoriser l'apparition du *pourisman*, maladie qui empêcherait la fermeture des fontanelles.

Premières interprétations

Ces différents retournements de croyances, nouvellement installés dans le système de représentations sont particulièrement frappants car apparemment bâtis sur des modèles identiques. Construites à partir de croyances originelles appartenant à la tradition, les nouvelles données y font généralement suite à des apports extérieurs et fonctionnent à la manière d'une reformulation de données existantes, plus ou moins à la façon d'un kaléidoscope.

Ces modifications, qui font glisser les croyances d'un extrême à son opposé (comme par exemple, dans le cas des envies, dans celui de la représentation qu'ont les femmes du début de l'existence réelle de leur enfant ou dans celui de la fermeture des fontanelles) semblent provenir de l'interprétation de conseils de médecins et de leur intégration au système global des rites et croyances. Il peut être interprété en terme de déculpabilisation des femmes, de tentative d'exorcisme de l'angoisse provoquée par la rupture d'anciens interdits (dans le cas des fontanelles), par l'introduction de pratiques inédites ou entrant en contradiction avec celles déjà présentes.

Ces bouleversements permettent d'observer, dans « l'ici et maintenant », les mécanismes de création et de transformation des croyances sans expliquer, toutefois, la raison pour laquelle les femmes adoptent aussi facilement certains comportements (comme par exemple, l'accouchement à l'hôpital), alors qu'elles auraient tout aussi bien pu réagir sur le mode de la résistance totale ou passive aux innovations apportées de l'extérieur. Cette question, par les problèmes de fond qu'elle suscite, vient enrichir la dialectique entre tradition et modernité en posant, à nouveau, la question de leurs limites respectives.

Conclusion

Ces quelques exemples extraits de données encore incomplètes sont le reflet d'une société en profonde mutation, aux normes et aux valeurs qui évoluent rapidement et dont les conséquences multiples concernent directement la socialisation de l'enfant qui naît dans un milieu déstabilisé en contradiction permanente entre la tradition et les apports extérieurs. Or, la présence d'un milieu stable, cohérent, est indispensable à une bonne socialisation, fait souligné par Colette Petonnet :

« Les racines se rompent tandis que les petits, ballottés entre deux (ou trois) cultures, soumis à divers systèmes éducatifs, se montrent nerveux, anxieux, irritables. Si, tiraillés, ils font un refus scolaire d'origine affective, leur avenir risque fort d'être prolétarien. » (C. Petonnet, 1985 : 272).

Il est possible que les incidences de cette période soient également visibles lors de la scolarisation des enfants qui sauront, selon la manière dont seront gérées, dont s'articuleront les différentes sphères d'existence des parents, s'adapter ou pas au contexte scolaire ; et les enfants dont la famille est par trop perturbée par ce va-et-vient permanent entre tradition et modernité risquent fort d'être eux-mêmes déstabilisés, relever de ce qui pourrait être qualifié de handicap social.

Les premiers moments de l'existence, la présence d'un milieu stable, cohérent, sont, écrit Boris Cyrulnik (1993), capitaux pour le développement, la socialisation à venir de l'enfant. Aussi, le développement d'une véritable païdologie, cette recherche des conditions de la socialisation de l'enfant à la Réunion nous semble prioritaire et préalable à toute action éducative qui, décontextualisée, ajoutant de nouvelles contradictions à celles déjà existantes, ne reposant sur aucun fait culturel précis, risque d'être vouée à l'échec.

Bibliographie

- ALLORENT M.-A. (1982), *Quelques réflexions sur l'allaitement maternel dans le département français de l'île de la Réunion*, thèse de doctorat en médecine, Paris VI.
- ARIÈS Ph. (1973), *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*,

- Paris, Le Seuil.
- AUGÉ M. (1984), « Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'événement », in *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. AUGÉ, C. HERZLICH (éds), Paris, Éditions des Archives contemporaines, pp. 35-91.
- BARAT Ch. (1980), *Des Malbars aux Tamouls. L'hindouisme dans l'île de la Réunion*, thèse de 3^{ème} cycle, Paris, École des hautes études en sciences sociales.
- CORDEMOY J. (de) (1864), *La Médecine extra-médicale à l'île de la Réunion*, Saint-Denis, 1864.
- CYRULNIK B. (1993), *Les Nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob.
- DELAISI de PARSEVAL G. et LALLEMAND S. (1980), *L'Art d'accommoder les bébés*, Paris, Le Seuil.
- ERNY P. (1972), *Les Premiers Pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et petite enfance*, Paris, Éditions de l'école.
- ERNY P. (1990), *L'Enfant et son milieu en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- ERNY P. (1991), *L'Enfant dans la pensée traditionnelle de l'Afrique noire*, Paris, L'Harmattan.
- ERNY P. (1991), *Ethnologie de l'éducation*, Paris, L'Harmattan.
- GOVINDAMA ATCHAMA GUIRAMA Y. (1992), *La Socialisation du corps et du regard chez l'enfant hindou de l'île de la Réunion*, thèse de doctorat de 3^{ème} cycle, Université René-Descartes Paris V.
- HÉRITIER Fr. (1996), *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob.
- LALLEMAND S. (éd.) (1991), *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- MANGALAZA E. R. (1994), *La Poule de Dieu*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux.
- MEHLER J. et E. DUPOUX (1990), *Naître humain*, Paris, Odile Jacob.
- PETONNET C. (1985), *On est tous dans le brouillard*, Paris, Galilée.
- RAVOLOLOMANGA B. (1992), *Être femme et mère à Madagascar*, Paris, L'Harmattan.
- RAVOLOLOMANGA B. (1995), « La femme, source des lignées », in *L'Étranger intime*, Saint-Denis, Océan Éditions / Université de la Réunion.

SEGALEN M. (1993), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Colin.