



HAL
open science

Les pratiques d'orientation de la grossesse et de la naissance en Haïti

Obrillant Damus

► **To cite this version:**

Obrillant Damus. Les pratiques d'orientation de la grossesse et de la naissance en Haïti. Francis Danvers. S'ORIENTER DANS UN MONDE EN MOUVEMENT, L'Harmattan, 2017, 978-2-343-13744-5. hal-02927793

HAL Id: hal-02927793

<https://hal.science/hal-02927793>

Submitted on 2 Sep 2020

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.



COLLOQUE
DE CERISY

Colloque de Cerisy
Sous la direction de
Francis Danvers

S'orienter dans un monde en mouvement

*Préface de Jacques Aubret
Postface de Jean-Pierre Boutinet*

Éducatons et sociétés

L'Harmattan

Colloque de Cerisy
Sous la direction de
Francis Danvers

X

S'orienter dans un monde en mouvement

Préface de Jacques Aubret

Postface de Jean-Pierre Boutinet

Contributions de :

Emmanuelle Annot, Carole Baeza, Bertrand Bergier,
Christian Bialès, Sylvie Boursier, Anne Brabant, Rémi Casanova,
XObrillant Damus, Francis Danvers, Julie Deville, Alain Dubois,
Richard Etienne, Christine Focquenoy-Simonnet, Jacques Gaillard,
Liette Goyer, Rémi Guerrier, Jean Guichard, Dominique Hocquard,
Patrice Krzyzaniak, Charlyne Millet, Jean Moutouh, Sylvain Obajtek,
Maria Pagoni, Ludovic Pinard, Joseph P. Saint-Fleur, Sylvain Starck,
Olivier Supiot, Philippe Vavasseur



COLLOQUE
DE CERISY

L'Harmattan

Partie I : L'orientation, un processus temporel aux multiples facettes

Chapitre 1 : Les pratiques d'orientation de la grossesse et de la naissance en Haïti¹

Obrillant Damus

Professeur aux universités d'Etat d'Haïti et de Quisqueya, Port-au-Prince

La grossesse et l'accouchement sont des traits fondamentaux de la condition de la femme. La naissance est un événement biologique qui impute aux femmes une supériorité originelle au détriment des hommes parce que la reproduction de l'espèce humaine en dépend. Les pratiques d'orientation de la grossesse et de la naissance font de celles-ci des phénomènes socioculturels dont la représentation varie d'une culture à l'autre. Elles participent non seulement à la lutte contre la vulnérabilité de la femme enceinte et du bébé, mais encore au renforcement du lien social. Sans le développement des capacités et des réflexes d'orientation, la lutte pour la réussite de la grossesse et de la naissance serait impossible (le terme d'orientation doit être pris dans toute son acception). Les femmes enceintes sont à la fois orientées et auto-orientées. L'orientation de la grossesse et de l'accouchement nécessite la mise en œuvre d'un ensemble de savoirs, de savoir-agir et de savoir-être non rigides du point de vue *gnoséopoïétique*. Elle joue, il faut le dire, un rôle important dans la conservation de la nature. Comment les femmes enceintes s'orientent-elles dans les communautés rurales d'Haïti ? Qui est-ce qui les oriente pendant la grossesse et la naissance ? Vers qui et quoi ? Comment sont-elles orientées et s'orientent-elles après la naissance de l'enfant ? Le processus d'orientation humaine commence-t-il dès la vie intra-utérine ?

Les comportements d'orientation des femmes enceintes dans les communautés rurales d'Haïti

Les conduites d'orientation des femmes enceintes dans les communautés rurales d'Haïti sont déterminées par une constellation multifactorielle : leur niveau d'éducation, leur situation socioéconomique, leur représentation de la

¹ Cet article est issu d'une enquête qualitative réalisée en 2012 sur les pratiques rituelles de naissance auprès de vingt-neuf matrones et d'un sage-homme traditionnel à Jean-Rabel (Nord-ouest d'Haïti). Les entretiens individuels et collectifs se sont déroulés de manière non directive.

grossesse (par exemple, elles peuvent définir leur grossesse comme un accident positif ou négatif de la vie) et de l'accouchement, leur représentation de soi ou leur identité de femme enceinte, leur projet identitaire, la situation économique et la reconnaissance du père de leur futur bébé, l'attitude de leur conjoint vis-à-vis de leur grossesse, etc.

Au sein de leur famille et de leur communauté sociolinguistique et épistémique (on entend ici par communauté socio-linguistico-épistémique, un groupe d'individus qui ont en commun un instrument de communication communément appelé langue, un ensemble de savoirs, de valeurs, de croyances, de visions et de conceptions du monde), les femmes, qu'elles soient analphabètes ou alphabétisées, ont acquis des savoirs qu'elles mettent en application durant leur grossesse. Elles manifestent un certain nombre de comportements rationnels et/ou superstitieux vis-à-vis d'elles-mêmes (conduites auto-protectrices) et de l'être qui se développe dans leur utérus. La pauvreté et l'analphabétisme empêchent beaucoup de femmes d'aller en ville pour se faire soigner. Le suivi prénatal peut être assuré par une sage-femme traditionnelle, dont les savoirs se situent généralement au carrefour de la médecine, de la magie et de la religion. Si dans leur communauté rurale, elles ont accès à un centre de santé, celui-ci n'est pas toujours en mesure de satisfaire à leur demande de soin. Elles choisissent d'accoucher par voie naturelle à la maison ou chez une matrone² si celle-ci ne peut pas se déplacer à cause de son grand âge. Étant donné qu'elles ignorent souvent la date de leur accouchement, elles peuvent accoucher dans la nature, dans un

² Le mot *matrone* vient du latin, *matrona*, de *mater* (mère) avec un suffixe augmentatif, selon une dérivation similaire à *pater* (père), *patron*. La *matrone* est surtout valorisée là où il n'y a pas de formation médicale pour les femmes qui désirent apprendre formellement le métier d'accoucheuse. Une *matrone*, selon nos données empiriques, est une personne qui n'a pas de profil médical pour exercer légalement sa profession. La *matrone* est-elle vraiment « une accoucheuse qui exerce illégalement sa profession » ? Nous pensons que c'est une personne qui est acceptée et valorisée par les membres de sa communauté rurale d'appartenance. Si le mot *matrone* désignait une femme sage, celui de sage-femme (mot composé) serait le résultat du processus de synthémisation des mots *femme* et *sage*. L'antéposition de l'adjectif *sage* au mot *femme* (sage femme) semble être liée à un effet d'emphase : il s'agirait d'abord d'insister sur les vertus de l'accoucheuse traditionnelle. Le mot *matrone* existe en créole (*matwòn*). En français de France, le terme de *matrone* a acquis une acception péjorative. En Haïti, il s'emploie dans un sens mélioratif. Le terme créole «*fanm chaj*» doit être traduit par *matrone* ou sage-femme traditionnelle. La «*fanm-chaj*» (femme de peine [sens imagé]) est une personne qui se met dans la peau de la femme en travail afin de l'aider à faire face à ses souffrances émotionnelles, physiques et psychologiques éphémères. Les *matrones* permettent aux femmes en couches de développer des savoirs expérimentiels sur la naissance en les incitant à participer activement au processus de l'accouchement. Elles sont des illétrées-savantes.

marché, ou sur un chemin. Contrairement aux femmes occidentales ou occidentalisées, elles ne bénéficient pas des cours de préparation à la naissance, des techniques de diagnostic prénatal, de la péridurale, de l'anesthésie, de la perfusion, du monitoring... En Haïti, les femmes rurales se représentent la grossesse comme un phénomène naturel. Même celles qui ont les moyens ne consultent pas forcément un médecin de ville durant leur grossesse. Elles ne peuvent pas aller accoucher aux États-Unis comme certaines femmes des classes « moyenne » et « bourgeoise ». Bien qu'elles prennent un certain nombre de précautions qui montrent qu'elles sont conscientes de leur vulnérabilité ontologique, les femmes des milieux ruraux, quand elles tombent enceintes, ne se définissent pas comme des malades. Elles ne sont pas traitées comme des objets, des numéros, mais comme des sujets. Elles participent à la naissance de leur enfant.

Si une grossesse non voulue entrave le projet identitaire ou professionnel d'une jeune femme, elle pourra recourir à l'avortement en prenant une décoction de racines ou d'écorces d'une plante abortive. Si elle ne reconnaît pas le père de son futur enfant, la grossesse d'une fille peut jeter, comme un viol, l'opprobre sur sa famille. Cette dernière peut la contraindre à pratiquer un avortement clinique ou un avortement par les plantes. Si tragique qu'elle soit pour l'embryon, si dangereux qu'elle puisse être pour la femme enceinte (la mort probable de cette femme si l'avortement se pratique après trois mois), le recours à l'avortement peut être suggéré par le géniteur. D'après les données que j'ai collectées sur l'accouchement en 2012 à Jean Rabel (Nord-ouest d'Haïti), les matrones ne donnent pas de substances abortives aux femmes enceintes qui les consultent. D'habitude, ces dernières vont chez une accoucheuse traditionnelle lorsqu'elles font face à des douleurs abdominales, lorsqu'elles ont des saignements ou lorsque leur(s) fœtus ne bouge(nt) pas. Madame Exantus Lajuce est l'une des grandes matrones de Jean Rabel qui mettent leurs compétences haptonomiques (du grec *haptein*, toucher) au service des femmes enceintes de leur communauté :

« Quand une femme enceinte ressent une douleur, elle me contacte. Elle peut ne pas encore arriver au terme de sa grossesse. Il se peut que le *bébé* bouge dans son ventre. Alors, tu examines le siège de la douleur : c'est le fœtus qui se fait sentir par des mouvements. Le *bébé* peut ne pas être à sa vraie place. Peut-être que la mère est tombée. Il y a des femmes qui se fatiguent dès la conception. La mère peut s'occuper de tout. Elle peut heurter le pied contre quelque chose, puis tomber. Ce qui peut changer le *bébé* de position. Quand la mère te consulte, tu vois que son bébé a changé de place. Alors, je commence à la *toucher*. Je lui touche le bas du ventre d'abord. Je lui palpe le ventre jusqu'au nombril. C'est là où se trouve la place du bébé. Alors, je le replace. Après avoir fait cela, je lui demande de revenir me voir. Si tu fais un bon travail, elle ne reviendra pas chez toi demain si Dieu le veut. Tu lui

demandes de revenir chez toi pour vérifier si tu as fait un travail impeccable. Cette personne ne ressentira plus cette douleur si tu fais un bon travail. Dans le cas contraire, cette douleur se manifestera. Alors, tu dis à la personne : “ pourquoi tu n'es pas revenue me voir ? ” Elle te répond :” depuis que j'ai quitté chez toi, tout va bien pour moi.” Voilà la façon dont je soigne les femmes enceintes. Je les palpe, je replace leur bébé, je les suis jusqu'à l'accouchement. Avant de toucher la femme enceinte, je mets de l'huile de palma-christi dans une orange amère préalablement écrasée. Je prends un morceau de savon à lessive. J'ai toujours un onguent à la maison. Quand une femme arrive, je l'utilise pour lui palper le corps et replacer le bébé dans sa position initiale : le nombril³. »

L'orientation des femmes enceintes pendant la grossesse

Dans les communautés rurales, dans les aires périurbaines et dans les milieux sous-urbanisés d'Haïti, la naissance a toujours été une affaire de femmes, comme l'attestent les enquêtes que nous avons menées à Arnoux en 2007 et à Jean Rabel en 2012 (Damus, 2012, 2015). Les femmes enceintes peuvent être orientées par leurs amies, leur mère, leur grand-mère, leurs tantes, leurs cousines, etc. Il faut noter également que leur grossesse peut être prise en charge par une matrone. Elles profitent particulièrement de l'expérience de la grossesse et de la naissance des primipares et des multipares. Les savoirs sur la grossesse et la naissance sont des savoirs féminins. Ils sont sous-tendus par une pensée aux dimensions multiples : magique, symbolique, mythologique, empirique, technique et rationnelle (Morin, 1986 ; Damus, 2015). Pendant sa grossesse, on peut demander à une femme de manger à l'heure, de ne pas s'emporter, de ne pas se vêtir de noir (on croit que les habits noirs portent malheur), de ne pas porter de talons, de bouger souvent, de ne pas se faire réveiller, de ne pas manger de piment fort, d'éviter la station debout prolongée, de ne pas porter d'habits serrés, de ne pas manger de repas froids (repas préparés la veille) sous peine de déféquer pendant la naissance de son bébé, de ne pas se laisser toucher le ventre (la peur du loup-garou ou du malfaiteur), de ne pas regarder de cadavres d'animaux, de ne pas regarder de choses laides, de demander aux gens des nourritures désirées afin d'éviter à son bébé des taches de naissance... Malgré le caractère irrationnel de certains d'entre eux, ces conseils visent tous à combattre la vulnérabilité d'une femme enceinte et de son futur enfant. Si la femme enceinte a une matelote⁴, on peut l'orienter vers un

³ Note du traducteur : il s'agit de repositionner le fœtus dans la matrice. La médecine biomédicale appelle cette technique version par manœuvre interne.

⁴ Une femme qui sort avec le conjoint d'une autre femme. Les matelotes sont des femmes qui se partagent, malgré elles, le même homme.

houngan⁵ (ou vers une mambo⁶) pendant la grossesse afin que celui-ci assure sa protection et celle de son enfant. On pense qu'une matelote peut bloquer ou faire bloquer la croissance du fœtus dans l'utérus maternel. C'est ce qu'on appelle *pèdisyon* (perdition) en créole haïtien. La perdition caractérise la situation d'une femme qui, après une période de neuf mois de grossesse, n'a pas pu accoucher de son enfant. La femme *en perdition* sera toujours considérée comme enceinte tant qu'elle n'aura pas enfanté. La perdition peut durer plusieurs années. Il y a deux scénarios explicatifs de la *maladie* de la perdition : soit elle est interprétée comme un problème (dû au fait que la femme n'a pas pris un certain nombre de précautions après la confirmation de sa grossesse) qui fait appel à la compétence des sages-femmes traditionnelles ou des médecins-feuilles⁷ (qui réalisent des simples ou des massages en faveur de la malade et qui donnent des remèdes à celle-ci), soit elle est reliée à une étiologie exogène (loa du lignage, une personne jalouse, mauvais esprit, mort, etc.). Dans ce dernier cas, on pense qu'elle relève de la compétence étiologique et magico-thérapeutique des prêtres-guérisseurs. On est aussi persuadé qu'une matelote peut bloquer l'accouchement d'une femme.

« Lorsqu'il y a perdition, le diagnostic devra d'abord déterminer, parmi toutes ces causes possibles, quelle est celle qui est à l'œuvre. Et comme cette détermination reste toujours conjecturale, la cure consistera le plus souvent en des tentatives d'intervention à différents niveaux, simultanément ou successivement. Tout d'abord, si l'on estime qu'il pourrait s'agir d'une simple imprudence (qui donc ne met en jeu que des causes naturelles), on fera simplement intervenir la *femme-sage* qui, au moyen de tisanes, de bains et de massages, s'efforcera de "tirer" (hâler) la froidure hors du corps de la malade. Pour des potions spécifiques, on pourra également faire appel aux services d'un herboriste et même – pourquoi pas ? – recourir à la pharmacie

⁵ Un houngan est un prêtre du vodou qui, pour guérir des malades, doit être possédé par un esprit, communément appelé « loa ».

⁶ Une mambo est une guérisseuse qui, comme un houngan, doit être possédée par un loa-guérisseur pour traiter des malades.

⁷ Les personnes utilisant des plantes pour opérer des guérisons sont appelées médecins-feuilles ou docteurs-feuilles qui n'ont pas besoin forcément d'être possédés par un esprit (loa) pour soigner. Le mot *médecin-feuille* (ou docteur-feuille) est une composition qui résulte de la juxtaposition linéaire de deux éléments basiques : médecin et feuille. Un médecin-feuille est un guérisseur qui utilise des plantes (et/ou des prières) pour soigner (phytothérapeute traditionnel) les autres. Les médecins-feuilles n'utilisent pas de loas-guérisseurs pour guérir des maladies, à la différence des mambos ou des houngans. Une femme enceinte qui a des douleurs abdominales peut consulter un médecin-feuille. Les termes *houngan*, *mambo*, *médecin-feuille* (ou *docteur-feuille*) ont en commun *guérisseur* comme genre prochain.

de la ville pour y acheter des médicaments, dont chacun sait qu'ils sont bien plus efficaces que les remèdes pragmatiques des campagnes... pour autant que ce soient bien des facteurs naturels qui soient en cause » (D'ans, 1987: 283)!

On peut orienter les femmes enceintes vers une matrone ou vers un dispensaire pour qu'elles se fassent soigner. Elles peuvent être aussi orientées vers une église en vue de se convertir au christianisme ambiant. Certaines d'entre elles peuvent décider d'elles-mêmes d'y aller, afin de faire face aux forces surnaturelles qui peuvent nuire à la croissance de leur enfant dans le milieu intraplacentaire. Il y en a aussi qui sont orientées ou qui s'orientent vers un saint ou une sainte. Celles qui ont des proches en ville ou qui sont plus ou moins favorisées par la vie peuvent s'orienter ou être orientées vers un centre hospitalier urbain pour recevoir des soins ou pour accoucher de leur enfant. Les matrones qui ont reçu une certaine formation conseillent aux femmes enceintes d'aller à l'hôpital (si leur mobilité n'est pas réduite, elles peuvent les y accompagner aussi). Ainsi reconnaissent-elles les limites de leur éthique du care. La matrone Julie Pierre compose avec la médecine savante en orientant ses « clientes » vers l'hôpital :

« Dès qu'une femme tombe enceinte, elle doit aller à l'hôpital. Si elle n'a pas de problème, elle doit s'y rendre à partir de trois mois. Mais, si, dès le premier jour de la grossesse elle fait face à des problèmes, elle doit aller régulièrement à l'hôpital. Elle doit respecter les rendez-vous médicaux. Elle doit faire tous les examens qu'on lui a prescrits. Le médecin doit examiner la femme enceinte jusqu'à ce que l'enfant naisse. Elle doit faire plusieurs sonographies afin de connaître les problèmes qu'elle rencontre. Il s'agit aussi de prévenir certains problèmes ».

Quand les femmes enceintes ressentent des douleurs au bas-ventre, elles me consultent. Celles qui ont des hémorragies me contactent. Si une femme enceinte ayant des saignements me contacte, c'est parce qu'elle a plus de confiance en moi que dans le médecin. Alors, je me dis qu'à partir du moment où elle a des saignements, il faut qu'elle aille à l'hôpital. Je lui dis que, même si je continue à la suivre, à la toucher, elle doit aller à l'hôpital, car les saignements vaginaux sont des signes dangereux. Lorsque je constate que sa nuque et ses pieds sont enflés, je me dis que cette femme doit consulter un médecin. Si ses conjonctives sont blanches, elle doit aller à l'hôpital, car c'est un signe dangereux. Si j'ai à lui donner un conseil, je dois le faire de façon impeccable.

Si une femme enceinte a des douleurs abdominales, je regarde si son bébé n'est pas trop bas. S'il est trop bas, tu verras sa tête... Alors, tu conseilles à cette femme de se reposer, de ne pas trop travailler, de ménager son corps, de

ne pas soulever ni porter des charges afin de trouver une solution à son problème. Elle va à l'hôpital. Elle se repose. Elle prend des médicaments ».

L'orientation des femmes enceintes pendant la naissance

Quand les contractions de l'utérus se déclenchent, la femme enceinte est emmenée chez une sage-femme traditionnelle, si celle-ci est âgée. D'une manière générale, ce sont les matrones qui vont chez les femmes enceintes lorsque celles-ci accouchent. La matrone assiste la parturiente durant les trois phases de l'accouchement : le travail, l'expulsion du fœtus hors de l'utérus et la délivrance (décollement et expulsion du placenta). Le processus de la naissance est facilité par des actions rituelles et par les réflexes d'orientation du fœtus. Si la matrone pense que l'accouchement est bloqué par une force surnaturelle ou par un tiers, elle peut faire une prière en direction du ventre ou de la tête de la parturiente, ou demander au mari de cette dernière d'appeler un houngan ou une mambo : « J'aide souvent les matrones qui font face à des accouchements difficiles. Elles me demandent de venir débloquer ces derniers. J'appelle un loa, j'utilise l'ange conducteur, je prie Sainte Marguerite... » (une mambo).

Utilisée par beaucoup de matrones pour ponctuer le processus de la naissance, la prière rituelle est fondée sur une représentation endocausale ou sur une représentation exocausale du blocage de la naissance. Il s'agit aussi de demander à Dieu de venir à la rescousse de la femme qui accouche. La prière de la matrone est porteuse d'efficacité symbolique (Lévi-Strauss, 1958 : 213-214), psychologique et psychique pour la simple raison qu'elle est adressée à une puissance invisible que certaines matrones appellent Grand-Maître. La prière devient puissante dès lors qu'elle est adressée à un esprit invisible. La matrone fait sa prière pour chasser les mauvais esprits. La tête de la parturiente est considérée comme la porte d'entrée et de sortie des esprits malveillants qui peuvent bloquer l'accouchement. La matrone croit au pouvoir du Grand-Maître et à la puissance de la prière. « La prière agit sur l'esprit et sur le corps d'une manière qui semble dépendre de sa qualité, de son intensité et de sa référence. » Elle peut être définie comme un « rite positif » (Mauss, 2002 : 338).

Pour la matrone Exantus Lajuce, il n'y a pas d'accouchement sans prière :

« Il y a des matrones qui disent que l'accouchement n'a pas besoin de prière. Je leur ai toujours dit que si elles avancent que la naissance ne nécessite pas de prière, c'est qu'elles ne sont pas encore des matrones. Si vous pouvez couper le cordon ombilical d'un enfant qui vient de naître, cela ne veut pas dire que vous êtes matrone. Pour moi, une matrone est une femme qui aide une parturiente à faire face aux difficultés de la naissance. J'utilise ma prière

quand l'enfant tarde à naître, quand un malfaiteur veut tuer la mère et le fœtus. Il y a des prières que je peux faire sur le ventre de la mère pour que celles du malfaiteur soient neutralisées, pour que l'enfant puisse vivre. Dès que l'enfant est né, on le remet à Bon Dieu.

Pour protéger une parturiente en difficulté, j'utilise une prière qui s'appelle « senmetod ». D'abord, on invoque Bon Dieu. Si je vois qu'elle rencontre des difficultés dans son accouchement – il se peut que les problèmes qu'elle rencontre soient exogènes –, j'utilise en sa faveur cette prière. Cette dernière permet de tenir le méchant en respect et de neutraliser sa prière. Alors, je demande à Dieu de secourir la parturiente. Dès que je fais cette prière sur le ventre de la mère, son fœtus commence à se retourner, la mère dit « wey, wey... » même si elle était déshydratée, même si les contractions étaient faibles. Quand je la vois bouger, je me dis que la prière commence à agir sur elle. J'utilise cette prière pour aider les femmes à accoucher. Mais leur accouchement dépend uniquement de la volonté du Grand Maître. L'enfant doit bouger dans le ventre de sa mère. Mais il y a de mauvais mouvements qui durent jusqu'à l'accouchement. C'est grave. Dans ce cas, j'utilise toutes mes prières afin de sauver cette femme. On ne détruit pas les humains, mais on les fabrique. Le fœtus qui va naître remplacera un jour sa mère. Si la mère meurt, il mourra aussi. Mes prières me permettent de donner la vie à la mère et à l'enfant. Voilà la raison pour laquelle je prie lorsque j'accouche une femme. »

La matrone Julie Pierre lit des psaumes pour faciliter le processus de la naissance, dont elle nie catégoriquement la dimension magique : « Je n'ai pas étudié la magie. Moi-même, je suis chrétienne. Dans la Bible, il y a des psaumes de délivrance. Quand une femme enceinte a du mal à accoucher, il y a des psaumes auxquels j'ai recours. Des psaumes de délivrance. Si cette femme est en danger, j'utilise le psaume 40. Si elle souffre amèrement, j'utilise le psaume 6. Il faut appeler Bon Dieu. Il t'entendra. Si le méchant t'empêche de faire ton travail, il sera vaincu. Il faut utiliser les méthodes que tu maîtrises. Si j'ignore les prières mystiques, c'est parce que je suis née dans une famille chrétienne. J'utilise ce que je sais ».

La matrone Exantus Lajuce a renchéri : « Nous demandons à Dieu de nous aider, car c'est lui qui voit l'enfant dans le ventre de la mère. C'est lui qui l'y a mis. D'abord, on invoque Dieu. On lui demande de délivrer la parturiente. À l'aide de la prière, sa puissance va se manifester ».

Quand les prières, les psaumes, la version par manœuvre interne, la version par manœuvre externe, les phytothérapies deviennent inefficaces, la matrone est obligée d'orienter sa parturiente vers l'hôpital dans le but de lui faire subir une césarienne. L'accouchement en milieu rural peut faire appel à la

solidarité des hommes quand il devient compliqué, c'est-à-dire quand il faut transporter sur un brancard en bois la parturiente à l'hôpital. Toutefois, il faut noter que les matrones font très rarement face à des cas d'accouchements dystociques.

L'orientation des accouchées

Les sages-femmes traditionnelles conseillent aux accouchées de mettre leur bébé au sein à l'issue de l'accouchement. Elles croient que le premier lait est un aliment idéal pour les tout-petits. Outre ses propriétés nutritives et purgatives, le colostrum joue un rôle important dans la construction du système immunitaire de ces derniers. On croit que les enfants bien allaités seront forts physiquement. L'allaitement établit entre la mère et son enfant un lien socioaffectif ou une fusion symbolique. Il compense la séparation du bébé d'avec sa mère du point de vue physiologique. Le lait maternel remplace symboliquement le sang du cordon ombilical et du placenta. Contrairement aux femmes occidentales, les femmes rurales d'Haïti peuvent allaiter leur nouveau-né n'importe où (il n'est pas honteux de donner le sein à son bébé n'importe où). Elles ne perçoivent pas leurs seins comme des objets érotiques, mais comme des organes destinés à nourrir des bébés. Elles ignorent l'existence des consultants en lactation. Elles sont indépendantes de l'industrie laitière, puisqu'elles n'achètent pas de lait en poudre pour nourrir leur bébé. Le rituel d'allaitement est constitutif de leur identité féminine et maternelle.

La matrone Julie Pierre fait l'éloge de l'allaitement en ces termes :

« L'enfant trouve tout ce qu'il lui faut (comme aliment) dans le lait maternel. Il n'a pas d'autre nourriture que ce dernier. Je suggère à la mère de ne pas acheter de lait pour nourrir le bébé. Elle doit utiliser son argent pour se soigner. Pourquoi? Le lait maternel contient tout ce dont a besoin l'enfant. Il a des vitamines, des protéines, de l'eau, du sel, etc. C'est la raison pour laquelle, l'enfant doit être mis au sein à la naissance. Après avoir tété la mère, l'enfant pousse ses premiers excréments. Le méconium fait mal à celui-ci. Le lait de la mère s'est substitué au *lok*⁸. »

Pour la matrone Malthide, l'allaitement est le ciment du lien materno-infantile, tout en insistant sur sa propriété purgative : « Le nouveau-né suce le sein de sa mère. Dès que l'enfant est né, il est mis sur le ventre de sa

⁸ Pour préparer un «lok», il faut utiliser des éléments tels que l'ail, l'huile de palmarchristi, la noix muscade... Certaines matrones ont recours au *lok* pour dégorger l'intestin des bébés après leur naissance.

maman. Le lait maternel va l'aider à se débarrasser de ses premières selles (méconium) ».

Les matrones peuvent aussi orienter les accouchées vers des aliments et des plantes galactogènes. Elles pensent que le corps d'une femme est ouvert après la naissance de son enfant. Elles lui donnent alors un bain de feuilles pour raffermir son corps. L'orientation des accouchées après leur naissance se fonde sur la mise en application des savoirs phytothérapeutiques. Les savoirs et les savoir-faire des sages-femmes traditionnelles leur permettent de contribuer à la conservation et à l'utilisation durable de la biodiversité végétale. Beaucoup de familles cultivent les plantes utilisées par les accoucheuses pendant ou après l'accouchement. Le bain de vapeur (bain de feuilles) dont bénéficient certaines accouchées est un rituel multiséculaire qui se fonde sur une connaissance des plantes qui soignent. Les matrones connaissent beaucoup de plantes médicinales, dont celles qui favorisent la sécrétion lactée. L'usage thérapeutique du végétal par les matrones est soutenu par des croyances. Elles pensent que les infusions de feuilles absorbées ont une propriété purificatrice dans la mesure où elles chassent les « sangs coagulés impurs » du ventre de l'accouchée. Après l'accouchement de son enfant, la femme est soumise à un ensemble de thérapies purificatrices. L'absorption par l'accouchée du thé de *lachòy* et d'*assorossi* permet d'éliminer les sangs coagulés de son ventre (Damus, 2012). Les plantes constituent la base des rites de facilitation de l'accouchement et des rites de purification de l'accouchée. Elles participent aussi à l'accomplissement des actions rituelles de protection et de prévention. Par exemple, les matrones croient que le liquide d'aloë vera doit être administré au nouveau-né afin de rendre amer le sang de celui-ci (rite contagionniste). Il s'agit de le protéger contre les loups-garous.

Les femmes modestes des communautés rurales ne peuvent pas se passer facilement du savoir phytothérapeutique des matrones. Les modes de préparation et d'administration par ces dernières des remèdes à base végétale sont très peu documentés. Les croyances et les connaissances liées aux plantes médicinales jouent un rôle central dans les pratiques d'orientation de la grossesse et de la naissance. L'orientation des femmes enceintes et des accouchées par les accoucheuses traditionnelles nécessite la mise en œuvre d'un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de pensées. On peut donc postuler que les actions rituelles de ces femmes solidaires se fondent sur des savoirs phytothérapeutiques, qui sont reliés à des modes de pensée. Malgré la participation des matrones à la survie de leur communauté, leurs connaissances sont peu médiatisées et valorisées.

La matrone Elsie Baptiste utilise des feuilles pour purifier les accouchées :

« J'utilise des feuilles qui dégagent une bonne odeur, des feuilles d'oranger et de palma-christi pour baigner l'accouchée. Les feuilles de palma-christi rouge donnent à la peau de la femme une belle couleur. J'utilise aussi les feuilles de « Mombin Bata » ; toutes les feuilles qui me paraissent indispensables, dont les feuilles galactogènes. Je donne aux accouchées de la papaye, car celle-ci stimulerait la sécrétion lactée. Je donne un bain de feuilles aux femmes qui viennent d'accoucher. »

La sage-femme traditionnelle Exantus Lajuce décrit le rituel du bain de vapeur en ces termes :

« Le bain de vapeur est mis dans un pot de nuit après la naissance du bébé. Il contient des feuilles. La chaleur des feuilles chaudes pénètre le vagin de l'accouchée. Il ne faut pas que les feuilles soient trop chaudes, sinon on ferait du mal à cette dernière. Il faut que l'eau du bain de feuilles soit tiède. On fait en sorte que la chaleur du bain de feuilles rentre dans le vagin de l'accouchée. Elle va faire fondre le sang. Si la chaleur est trop forte, on ne va pas atteindre le résultat escompté, car elle peut faire coaguler le sang. L'accouchée est alors malade. Elle reste dans son lit. Si on veut décoaguler le sang de manière progressive et faire revenir la cavité vaginale à son état normal, le bain de feuilles ne doit être ni chaud ni froid.

Ensuite, on donne à la femme un autre bain de feuilles. Mais, on met les feuilles dans une cuvette d'eau. On presse ces feuilles sur son corps. Pendant qu'on lui donne le bain, on purge son ventre afin de le débarrasser du sang coagulé. Puis, on utilise des feuilles. Je fais toujours ceci : après lui avoir donné le bain de feuilles, je lui demande d'en boire l'eau [...] Je savonne son corps. Pour ce faire, j'utilise un savon de lessive. Ensuite, je lui lave le corps avec de l'eau traitée (j'utilise des Aquatabs). Cette dernière ne contient pas de feuilles. Si on laisse sur son corps de l'eau de feuilles, cela pourra lui donner de petits boutons. Les feuilles peuvent en être la cause. Après lui avoir donné le bain de feuilles, il faut nettoyer son corps. »

L'accouchement est un rite de passage qui se caractérise par trois périodes : la période de séparation, la période de marge et la période d'agrégation (Vann Gennep, 1981). Si après l'accouchement, les matrones et l'entourage familial demandent aux femmes de s'enfermer dans leur chambre avec leur bébé, c'est parce qu'ils veulent les protéger contre les loups-garous et les changements de température. En Haïti, la durée de la période de marge dépend de la situation socio-économique de l'accouchée. Certaines femmes reprennent leurs activités après trois jours de réclusion. Généralement durant la période de réclusion, ce sont des femmes qui prennent soin des

accouchées et de leur bébé (leur [s] sœur [s] ou celle [s] de leur mari ; leur mère ou leur grand-mère ; leurs voisines, leur belle-sœur, leur belle-mère ou leur [s] amie [s]). Dans les campagnes d'Haïti, les périodes de *l'ante-partum* et du *post-partum* participent de la domination et de l'entraide féminine.

La condition intra-utérine : l'orientation des fœtus

L'orientation humaine commence dès la vie intra placentaire et ce, jusqu'à la mort. Si les fœtus humains n'apprenaient pas à s'orienter, ils seraient plus vulnérables. Les avortements spontanés, les handicaps congénitaux et le recours obligatoire à la césarienne (lorsque, par exemple, le bébé se présente par siège) peuvent être dus à des erreurs d'orientation intra-utérine. Les fœtus développent des réflexes de succion et de déglutition, se nourrissent du liquide amniotique, bougent et changent de position dans le ventre de leur mère. Leur orientation a une triple dimension spatiale, sensorielle et physiologique. Les capacités d'orientation des fœtus leur permettent d'interagir avec leur mère et l'environnement (le terme d'environnement doit être pris au sens large). Ils ne sont pas insensibles face aux émotions et aux mouvements de leur mère. Les Indiens Mohave de Californie croient que les fœtus possèdent un psychisme in utero (Devereux, 1961). Quand un fœtus tarde à naître, un chaman se met à lui parler afin de le convaincre de sortir du ventre de sa mère. Les fœtus développent dans « leur capsule spatiale » des compétences olfactives, auditives, gustatives, etc. On peut même postuler que l'orientation commence dès la phase embryonnaire du développement de l'être humain. « Dès la 8^e semaine de la grossesse, alors qu'il n'a encore que la taille d'un grain de raisin, l'embryon commence à bouger. Vers la 9^e semaine, il s'exerce aux mouvements respiratoires et vers la 12^e semaine, il fait des galipettes et des soubresauts. À l'approche du terme, les mouvements sont déclenchés par des sons – et probablement par des odeurs ou des saveurs – que le fœtus détecte grâce à ses sens » (Deans[dir], 2004 : 140).

Modes d'orientation des fœtus

À l'intérieur du ventre de leur mère, les fœtus peuvent s'orienter de manières différentes avant et pendant la naissance : l'orientation occipito-pelvienne (l'engagement de la tête dans le bassin de la mère) ; la présentation céphalique (la tête en bas) ; l'orientation occipito-iliaque antérieure (le dos du fœtus est orienté contre l'abdomen de la mère) ; l'orientation occipito-iliaque postérieure (le dos du fœtus est orienté contre la colonne vertébrale de la mère) ; la présentation par le siège (les fesses ou les pieds en bas. Elle nécessite une intervention chirurgicale. Mais les matrones peuvent utiliser leurs mains pour modifier l'orientation du fœtus) ; l'orientation transversale ou oblique (quand le fœtus s'oriente de façon transversale ou oblique, la

naissance devient impossible par voies naturelles) ; l'orientation occipito-vaginale (le dégagement de la tête du bébé). Si les fœtus n'étaient pas capables de s'orienter, leur développement et leur naissance seraient entravés. Pendant la naissance, les os de leur crâne peuvent se modeler pour s'adapter au canal de naissance (canal pelvi-génital). En naissant, les fœtus s'orientent vers la vie extra-utérine (exotropisme).

Conclusion

La réalité de la grossesse et de la naissance est construite par des croyances, des représentations et des visions du monde qui orientent les comportements des femmes enceintes, des parturientes et des accouchées. Les acteurs sociaux solidaires qui orientent ces femmes se basent aussi sur des croyances et des représentations qui peuvent évoluer. L'orientation de la grossesse et de la naissance est due à des processus cognitifs. Elle se fonde sur une pensée multidimensionnelle. Les pratiques d'orientation de la naissance sont des pratiques de solidarité et d'entraide qui contribuent à la transformation d'« un événement biologique en un événement social » (Laburthe-Tolra et Warnier, 1993). Certaines d'entre elles relèvent de la « loi » de donner-recevoir-rendre (Mauss, 2010). Les pratiques informelles d'orientation de la grossesse et de la naissance sont dues à la croyance que les femmes enceintes et leur (s) fœtus peuvent être affectés. Il s'agit d'aider ces femmes à faire face à l'angoisse de la grossesse et au traumatisme de la naissance. Des psychologues et des sociologues naïfs de l'orientation existent dans toutes les sociétés humaines. Le génie de l'être humain est intimement lié à ses capacités d'orientation et à sa capacité d'être orienté. Le sens de la grossesse et de la naissance est lié aux pratiques culturelles et sociales d'orientation de celles-ci. En apprenant de manière inconsciente à s'orienter dans le milieu intra-utérin, les fœtus contribuent à leur développement et à leur naissance. En faisant des mouvements circulaires et giratoires, en bougeant leurs bras et leurs jambes, etc., ils développent certains muscles qui leur permettront de franchir le canal pelvi-génital. En sortant du ventre de leur mère, les fœtus humains s'orientent vers la lumière (phôstropisme). Ces bébés doivent « apprendre et s'orienter dans un monde de hasard » (Danvers, 2015) tout au long de la vie.

Références bibliographiques

- Baker, Philip (1993). *Assessing the African contribution to French-based creoles* 123-155, in Mufwene Salikoko (éd.), *Africanisms in Afro-American Language Varieties*. Athènes/New York: The University of Chicago Press.
- Damus, Oibrillant (2012). *Les rites de naissance en Haïti*. Paris : L'Harmattan.

- Damus, Oubrilant. *La pensée, la connaissance et l'action rituelle des sages-femmes traditionnelles d'Haïti*, in Jeffrey, Denis, Cardita, Angelo (2015). *La fabrication des rites*. Québec : PUL.
- Damus, Oubrilant. *Homo vulnerabilis. Repenser la condition humaine*. À paraître.
- Damus, Oubrilant. *Les mots et la construction de la réalité en Haïti*. À paraître.
- Danvers, Francis (2009). *S'Orienter dans la vie : une valeur suprême ? Tome 1*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Danvers, Francis (2012). *S'orienter dans la vie : la sérendipité au travail ? Dictionnaire de sciences humaines et sociales— Tome 2, de la 501^e à la 600^e Considération*. Villeneuve-d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion.
- Danvers, Francis. (2017) *S'orienter dans la vie. Un pari éducatif ? Dictionnaire de sciences humaines- Tome 3, de la 601^e à la 700^e Considération*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- D'ans, André-Marcel (1987). *Haïti, paysage et société*. Paris : Éditions Karthala.
- Deans, Anne (2004). *Votre grossesse*. Paris : Marabout.
- Del Valle, Muriel Bonnet (2000). *La naissance, un voyage. L'accouchement à travers les peuples*. Paris : L'Harmattan.
- Devereux, Georges (1961). *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: the psychiatric knowledge and the psychic disturbances of indian tribe*. Washington.
- Gilligan, Carol (1986, 2008). *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Cambridge: Harvard University Press ; Paris: Flammarion
- Guichard, Jean, Huteau, Michel (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.
- Hurbon, Laënnec (1972). *Dieu dans le vaudou haïtien*. Paris : Payot.
- Larousse, Pierre (2005). *Petit Dictionnaire des étymologies curieuses*. Paris : Éditions Manucius.
- Larbuthe-Tolra, Phillipe, Warnier, Jean-Pierre (1993). *Ethnologie, anthropologie*. Paris : PUF.
- Le nouveau Petit Robert de la langue française* (2014).
- Le Trésor de la Langue Française informatisée* (TLFi).
- Lett, Didier, Morel, Marie-France (2006). *Une histoire de l'allaitement*. Paris : Éditions de La Martinière.
- Lévi-Strauss, Claude (1958). « L'efficacité symbolique » in *Anthropologie structurale*. Paris : Plon.
- Liley, Margaret, Day, Beth (1967). *L'expérience de la naissance vécue par la mère et par l'enfant*. Paris : Robert Laffont.
- Mauss, Marcel (2002). 2002, *Manuel d'ethnographie*. Paris : Éditions Payot et Rivages.
- Mauss, Marcel (2010). *Essai sur le don*. Paris : PUF.

- Métraux, Alfred (1958). *Le vaudou haïtien*. Paris : Gallimard.
- Morin, Edgar (1986). *La méthode 3. La connaissance de la connaissance. Anthropologie de la connaissance*. Paris : Seuil.
- Price, Hannibal (1898, 2012). *De la réhabilitation de la race noire par la République d'Haïti*. Port-au-Prince : Éditions Fardin.
- Savain, Pétion (1939, 2002). *La Case de Damballah*. Éditions Fardin : Port-au-Prince.
- Van Gennep, Arnold (1981). *Les rites de passage*. Paris : Éditions A. et J. Picard.

des professeurs d'économie et gestion (APEG), membre du conseil d'administration de l'Association française pour le développement de l'enseignement technique (AFDET) et Président de l'association « Apprendre et s'orienter » jusqu'en 2015. Christian Bialès est l'auteur de nombreux ouvrages et articles d'économie et gestion.

Sylvie BOURSIER est titulaire d'une maîtrise de lettres et d'un diplôme universitaire de formateurs d'adultes (Paris V). Praticienne du bilan et formatrice à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) puis à Pôle Emploi en qualité de chargée de mission sur la sécurisation des parcours professionnels, elle s'est interrogée sur le sens de l'orientation éducative des adultes, en s'adressant prioritairement aux acteurs de la formation. On lui doit notamment, un panorama documenté des outils et des démarches d'une éducation aux choix qui vise à responsabiliser l'individu sur son itinéraire et à développer sa capacité à se construire des projets.

Jean-Pierre BOUTINET est psychosociologue et professeur émérite à l'Université catholique de l'Ouest (UCO). Il a dirigé le laboratoire de recherche CAFORE (Carrières, formations et ressources humaines). Ses publications portent en particulier sur l'anthropologie du projet, la psychologie de la vie adulte et la mutation des temporalités.

Rémi CASANOVA est maître de conférences en sciences de l'éducation (Université de Lille), chercheur à Proféor-CIREL (EA 3749). Il est le fondateur de l'Observatoire du bouc émissaire (www.bouc-émissaire.com) et le Directeur de publication de la revue de recherche en éducation *Spirale*.

X Oubillant DAMUS est professeur à l'Université Quisqueya, Port-au-Prince (faculté des sciences de l'éducation) et à l'université d'Etat d'Haïti. Il est membre permanent du laboratoire LADIREP et du Centre de Recherche en éducation. Il est aussi membre de l'Institut d'Athènes pour l'éducation et la recherche. Président de la Ligue pour la Recherche sur l'Education Autochtone, il est reconnu comme expert en savoirs autochtones des Amériques (UNESCO). Ses recherches portent sur le handicap, la solidarité, la vulnérabilité, l'éducation à l'amour, à la paix, etc. avec pour ambition de « Repenser la condition humaine ».

Francis DANVERS est psychologue, professeur émérite en sciences de l'éducation à l'Université de Lille 3. Il est par ailleurs vice-président de l'Université populaire de Lille (UPL) et président de l'association « Apprendre et s'orienter » à Montpellier, depuis 2015. Dans le cadre du laboratoire CIREL Nord de France, il conçoit un « legs professionnel » sous la forme d'un dictionnaire encyclopédique en 5 volumes destiné à promouvoir dans l'espace international francophone des « sciences