



6

Puericulture et sociétés: une analyse comparée de deux temporalités: la France et l'Équateur (1970 – 2007)

Arlette Meyer:



Le sujet d'étude est une profession de santé concernant l'enfant et sa famille. L'exercice de cette profession est analysé dans deux pays très différents. La comparaison de situations issues de temporalités (espace- temps) et de sociétés distinctes fait l'objet de ce mémoire de thèse.

D'une part, la spécialisation en **France** des infirmières dans les soins aux jeunes enfants (+ 4 ans après le baccalauréat français) : l'infirmière-puéricultrice, dont l'appellation fait référence à la période hygiéniste du début du XX^e siècle ainsi qu'à sa polyvalence médicosociale devient actuellement une clinicienne spécialisée en pratiques avancées.

D'autre part, son équivalent dans un pays d'Amérique du sud, l'**Equateur**, pays andin d'une superficie moitié de la France, colonisé par les Espagnols du XVI^e au XIX^e siècles, suit une formation spécialisée différente : celle d'infirmière communautaire destinée aux centres de santé et/ou celle d'infirmière pédiatrique orientée vers le travail hospitalier.

La méthodologie de **l'Histoire comparée** a permis d'identifier à travers une analyse des ressemblances et des divergences un champ d'exercice dédié au domaine de la santé de l'enfant, ainsi que le rôle de médiatrice culturelle, voire interculturelle qu'est appelée à jouer une intervenante professionnelle dans ce domaine. Intervenante qui ne peut être simple exécutrice, mais qui doit être responsable et autonome : de par sa pensée, ses gestes, ses paroles et ses actes. Le problème de **l'identité personnelle et professionnelle** est ainsi posé.

L'observation a été pratiquée dans la durée (18 mois) sur « le terrain », c'est-à-dire avec une population dans son milieu de vie, qu'il soit familier ou étrange/étranger. Cette rencontre suscite des interrogations chez la personne appelée à exercer en pays étranger sa profession de santé, voire à en modifier l'exercice ; ses questionnements portent sur la culture, sur la situation et les mœurs de santé propres à telle ou telle population (métissée de surcroît), de manière à définir des modes de communication avec la population concernée.

Nous avons donc recherché ce qui est déterminant pour l'efficacité du travail professionnel tant en France qu'en l'Equateur.

S'agit-il:

- Du seul savoir normatif scolaire à base scientifique?
- De la connaissance de la population, de ses usages, de ses coutumes, de son Histoire?
- Ou bien s'agit-il des deux à la fois?

Il s'agit de mobiliser les facteurs qui entrent en jeu dans les processus de santé et de conduire une démarche de résolution de problèmes de soins. Une dynamique doit se créer par un partenariat avec les familles, les autres professionnelles de santé



dans le but d'une amélioration sanitaire mais aussi socioéconomique satisfaisante.

Un retour vers l'Histoire des soins est nécessaire.

Dès 1970, les démarches utilisées sur le terrain sont tournées vers une meilleure connaissance psychologique de l'enfant et de son environnement.

- **LA METHODE D'OBSERVATION:**

La définition de cette démarche est à l'origine, d'inspiration scientifique²⁵, c'est un outil de connaissance, une démarche intellectuelle qui permet de déduire, d'interpréter et d'analyser les comportements des jeunes enfants. A coté des pratiques pédiatriques et des transmissions médicales les structures d'accueil de la petite enfance et les soins hospitaliers vont mettre en œuvre un dispositif d'observation qui emprunte aux protocoles behavioristes et à l'originalité des travaux d'Emmi Pikler à Löczy²⁶ en 1946 ; mais aussi aux méthodes d'observation d' Esther Bick²⁷ en 1948.

L'Observation est conçue comme outil de connaissance et de soin « dès lors qu'est acquise la nécessité de fonder l'action sur la compréhension de l'enfant²⁸ ». La méthode est basée sur la constitution de grilles d'observation où figurent les différents thèmes faisant partie de la vie du jeune enfant. La collecte de données relatives à chacune des situations rencontrées constitue une possibilité d'interrogation sur ses propres pratiques professionnelles. Elle permet d'ancrer la réflexion dans la réalité, de l'enrichir et d'identifier avec plus de justesse les réponses nécessaires au regard des différentes catégories de besoins que l'analyse met en évidence.

- **L'ECOUTE ATTENTIVE (EMPATHIE) DES PATIENTS:**

Elle intègre une notion nouvelle de la santé humaine, où l'homme est en interaction avec son environnement, soit un être biologique et social susceptible d'agir et de satisfaire ses désirs et nécessités (14 besoins selon Virginia Henderson²⁹) lorsqu'il

²⁵ Inspiration scientifique, héritée de la médecine expérimentale (Claude Bernard).

²⁶ Pikler, Emmi, est une pédiatre hongroise connue pour ses travaux sur les compétences du jeune enfant, elle s'attache en 1946 à créer un milieu d'accueil en pouponnière préservé des carences inhérentes à ce genre d'organisation.

²⁷ Bick, Esther, psychanalyste polonaise, développe en 1948, une méthode d'observation, outil de prévention, de travail et de recherche. « *L'Observation selon Esther Bick* », P. Delion, Erès, 2006, 288p.

²⁸ Nègre, Pierre. « *Observation professionnelle : les questions de l'histoire* », in le journal des professionnels de l'Enfance, n° 10 2001.

²⁹ Henderson, Virginia, Infirmière américaine, crée une théorie relative aux 14 besoins des individus, principes fondamentaux des soins infirmiers, 1960, Conseil International des infirmiers, édition revisitée en 1969.



est en bonne santé. Dès lors, le soignant est là pour l'aider en cas de problème à retrouver son autonomie.

- **IMPORTANCE DE L'ECRIT:**

La méthode analytique de l'écriture transcrit les consignes et permet une transmission des instructions aux autres membres de l'équipe soignante.

Les modèles abordés font référence à une approche holistique de la santé et à l'utilisation d'un cadre conceptuel. Ils constituent la base de l'exercice infirmier et de la puériculture, pour réaliser des soins de type humaniste et non pas seulement « organicistes et technicistes ». Ces notions élargies du soin permettent-elles une ouverture suffisante à la connaissance et à la compréhension d'une population étrangère afin d'établir un échange satisfaisant et participatif dans le domaine de la santé ?

Le contexte étudié suivant deux périodes distinctes

Le contexte particulier d'un village dans la banlieue de Guayaquil, capitale économique de l'Equateur et grand port sur l'océan Pacifique, est intéressant car il présente diverses caractéristiques particulières:

➤ Une population migrante originaire de toutes les régions du pays bien souvent coupée de ses origines vivant dans des lieux de fortune réinvente une société qui se qualifie de « tropicale ». Cette population du littoral se compose principalement de métis : les Montuvios, dont le sang est à la fois indien, noir et blanc ainsi que de Cholos qui sont soit des Indiens ayant adoptés le mode de vie des occidentaux soit des métis indiens -espagnols. Les Montuvios sont, dans leur ensemble, des paysans et des planteurs de la côte. Ils se consacrent aussi à la pêche. Les petits enfants sur la côte sont souvent appelés les « Cholitos ».

➤ Deux groupes d'Indiens subsistent à l'époque (1970) dans cette zone côtière. Ce sont les Cayapas établis sur les deux rives du rio du même nom et les Colorados qui vivent normalement dans la forêt tropicale. Ces Indiens, souvent dépourvus de terre, se rendent sur la côte afin de gagner leur vie. Mais ils ne sont pas protégés et deviennent la proie des « cabezas » (contremaîtres) qui abusent de leur service, ces hommes mal nourris sont souvent atteints de tuberculose.

L'environnement géographique et sanitaire

Dans le cas présent, il paraît essentiel de partir d'informations correspondant aux aspects suivants:

-L'histoire de la région et plus précisément du village



- La répartition de la population dans l'espace local
- L'accès aux services publics
- Les mouvements migratoires
- Les formes de solidarités et les systèmes de valeurs et de références
- Les formes d'expression concernant les maladies des enfants, la mort, le corps,
- Les pratiques liées à l'accouchement.
- Les premiers gestes devant la maladie
- Les ressources alimentaires

La méthode d'intervention dans le village de San Pedro en 1971-72.

Dans le village de San Pedro (banlieue au sud-ouest de Guayaquil), les réunions et les visites hebdomadaires dites de santé ne sont pas planifiées de manière formelle par le Ministère de la Santé, elles reflètent de prime abord la préoccupation médicale pour ne pas dire d'urgence du moment et le caractère nouveau et gratuit d'un centre de soin, services qui, quand ils existent, sont encore peu nombreux et ne permettent pas aux mères de trouver un lieu à proximité de leur habitation pour régler les problèmes de santé concernant leur enfant.

Ces infrastructures d'accueil pour les consultations des familles seront envisagées par la suite. En attendant, c'est tout un village qui se mobilise afin d'obtenir qu'un service de santé se mette en place progressivement, avant qu'il ne devienne une volonté relevant de la santé publique. Le système communautaire répandu dans ces populations fonctionne, le nom de *Minga* est employé, il signifie aussi bien une prise de décision commune comme celle-ci que la réalisation de travail en commun telle que la construction de maison ou bien la mise en place d'un réseau de distribution d'eau.

Notre équipe d'intervention médicale se compose alors uniquement de femmes, chacune relevant d'une profession distincte et de ministères de référence différents:

- un médecin (docteur en médecine) qui, bien souvent, est une religieuse, seule mandatée par le Ministère de la santé. Les autres personnels sociaux et de santé accomplissent un stage de fin d'étude obligatoire.
- une travailleuse sociale (intermédiaire dans ce rôle entre l'infirmière visiteuse d'autrefois, en France, et l'assistante sociale), du Ministère de l'Éducation.
- une infirmière-puéricultrice (l'auteur de ces lignes). En mon absence, une infirmière (en dernière année d'étude) assure le remplacement, ou bien un médecin stagiaire ou auxiliaire.

La collaboration avec les habitants du quartier nous permet d'être accueillies dans une salle communautaire, salle



polyvalente en l'absence de dispensaire dans ces années-là (1971 et 1972). L'intendance et l'accueil sont effectués sous la responsabilité de femmes reconnues comme des mères avisées et disponibles. Nous apportons notre propre matériel: trousse médicale d'urgence et quelques accessoires de soins ambulatoires, une toise et une balance, ainsi que des médicaments et ce qui est appelé des «compléments alimentaires». Les rencontres se passent sous forme de débats où les mères exposent leurs problèmes. (Aucun père n'est présent)

Les thèmes abordés sont les suivants:

- Les mesures d'hygiène en général adaptées aux moyens du bord
- Les soins aux nouveau-nés
- La collecte des eaux de pluie (suivant les consignes OMS) : les toits des ces maisons sont en tôle ondulée.
- L'illustration des régimes alimentaires avec les produits locaux.

La consultation médicale attire un grand nombre de mères avec leurs enfants. Leur assiduité hebdomadaire permet d'établir le carnet de suivi de chaque famille.

Parmi les maladies rencontrées certaines sont en lien avec la situation socio économique comme le fait observer le Dr Plutarco Naranjo, au cours de ses nombreuses investigations. Il définit la pauvreté comme étant le facteur le plus déterminant de la dénutrition.

«La pauvreté se réfère à une condition de vie qui ne permet pas aux individus et à la famille de disposer de ressources nécessaires pour mener une vie saine et raisonnablement agréable : la pauvreté est alors un phénomène social».

En Equateur, à cette époque (1971 à 1973), deux formes de pauvreté peuvent être distinguées selon la CEPAL (Commission Economique pour l'Amérique Latine):

- l'une simple qui consiste en une incapacité multifactorielle pour satisfaire les nécessités élémentaires ou minimales qui concernent l'alimentation, l'éducation, l'habitat et la santé ; par conséquent la pauvreté ainsi définie implique à des degrés plus ou moins importants : ignorance, analphabétisme, dénutrition et incapacité à exercer les droits humains, ceux définis par l'ONU.
- L'autre forme est qualifiée d'extrême ou d'indigence. Même si on le veut, il est impossible de subvenir à de simples



nécessités alimentaires, ce qui se manifeste par une dénutrition avancée et grave.

Les enquêtes nutritionnelles (dirigées par le Dr Naranjo Plutarco) faites au cours de deux décennies (1960 et 1970) sur la santé des enfants équatoriens de moins de 5 ans montrent que, étant donnée la prévalence élevée de la dénutrition infantile, les solutions empiriques employées n'apportent pas de réponses aux problèmes qui se posaient alors.

Ces problèmes médicaux sont:

- La gastro-entérite qui affecte presque tous les enfants sur la côte. Il semble que le climat et ses répercussions sur l'hygiène locale en soit la cause principale. La chaleur et a fortiori l'humidité favorisent la multiplication des bactéries et des parasites. Les denrées alimentaires, si elles ne sont pas conservées à l'abri de l'air et de la chaleur, se détériorent rapidement. L'eau contient et transporte aussi microbes et parasites pathogènes.
- La contamination et la pollution exposent tout particulièrement les enfants aux parasitoses et aux diarrhées (selon l'OMS c'est la maladie infantile la plus répandue dans le monde).
- La déshydratation est souvent plus grave du fait de la chaleur et de la sudation importante.
- Chez les enfants très jeunes, le sevrage est en fait le point de départ de la dégradation de l'état nutritionnel et par conséquent de l'état général de l'enfant; avant 1 an il expose les enfants à des troubles digestifs et à la malnutrition.
- La rougeole (*sarampion*) et la coqueluche (*tos ferina*) sont des maladies graves chez les jeunes enfants; elles véhiculent l'image de la mort surtout chez le nourrisson.
- Les épisodes fébriles
- Les toux : les gênes respiratoires chez l'enfant dès l'âge de 3 ans étaient traitées par l'application de ventouses sur le thorax par les mères qui les posaient avec une extrême dextérité démontrant l'habitude de ce traitement, courant en Equateur, abandonné en France.

L'objectif majeur de la consultation est clair : amener les enfants et leurs mères à trouver un meilleur équilibre alimentaire, mais aussi une prévention vaccinales et sanitaire.

Une méthode personnelle³⁰ est mise en place:

- Une écoute attentive des expressions, concernant les habitudes alimentaires pratiquées dans le village suivant les âges des enfants. (légumes, fruits, viandes de consommation courante, mode de préparation).
- Une référence à une autre personne de la population, que l'on peut considérer comme un « médiateur » va me permettre d'une

³⁰Source : carnets personnels de l'année 1972.



part d'interpréter des pratiques locales étrangères par rapport aux notions de diététique française et, d'autre part, de transmettre des notions de puériculture et ainsi, d'établir un dialogue autour d'un sujet qui suscite un vif intérêt.

- Ce dialogue triangulaire permet une distance suffisante et me donne ainsi la possibilité de transcrire un maximum d'informations, que je peux par la suite analyser et compléter.
- Une observation et une connaissance s'installent ainsi permettant de mettre en place les moyens de se procurer les aliments dans un périmètre immédiat si possible.

Pour appuyer nos démonstrations, nous avons recours à la technique éducative du « socio drame » : c'est à dire, amplifier sous forme théâtrale les erreurs de comportement faites habituellement et inviter le public à les identifier et ainsi à les corriger.

Cette méthode de participation interactive éveille la curiosité des mamans vis-à-vis de leur propre enfant. Les personnes ressources dans le village, spécialistes des connaissances populaires vont apporter un complément d'aide et de conseils à l'équipe médicale.

Je ferai référence ici à Hélène Stork³¹, qui s'inscrit dans le prolongement des travaux déjà anciens et toujours très présents de Marcelle Geber³² dans une perspective interculturelle. Selon ces deux auteurs, l'investigation culturelle minutieuse se révèle d'autant plus nécessaire que les sociétés dites traditionnelles ne sont pas toujours aussi homogènes dans leurs coutumes qu'il y paraît au premier abord ; et que ces sociétés sont soumises, dans la période étudiée (1971-1972), à des courants d'acculturation extrêmement rapides et puissants qui modifient leurs coutumes et les pratiques de soins infantiles. Pour approcher des sociétés parfois très différentes dans leurs conceptions, leurs croyances et leur équilibre émotionnel, nous avons constaté qu'il convient de se débarrasser autant que faire se peut de tout jugement de valeur, de préjugés, d'interprétations hâtives,

«Sortir de la centration initiale que chacun adopte le plus souvent par rapport à son point de vue propre, abandonner la tendance la plus courante de la pensée spontanée qui serait de se croire au centre du monde et d'ériger en normes universelles les règles ou les habitudes de sa propre conduite ou celles de la culture à laquelle on appartient». (ref. bas de page 73).

³¹Stork, Hélène. *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*, Paris, Païdos, Le centurion, 1986, 237 p.

³²Geber, Marcelle. *L'enfant africain dans un monde en changement*, Etude ethnographique, Presse Universitaire de France, (Puf), 1998.



Il ne s'agit en aucun cas de calquer le mode alimentaire français, mais de connaître avec une plus grande exactitude l'apport énergétique et vitaminique des divers produits à notre disposition dans ce milieu tropical en fonction des besoins nutritionnels de l'âge et du poids de chaque enfant.

Nous faisons appel à des produits présents sur le marché qui vont être réappropriés par les mères. Par exemple une céréale riche en protéines (9 acides aminés essentiels) telle que le quinoa considérée autrefois comme «l'or des Incas» et la «mère de toutes les graines» auquel sont venues se substituer des céréales d'importation de valeur nutritives moindre (riz). Le yucca, tubercule de manioc peut aussi être intéressante utilisée en bouillie pour le second âge. Quelques gouttes de citron vert (les citronniers sont nombreux sur la côte) ajoutés à un plat quotidien suffisent à apporter la dose de vitamine C journalière indispensable et à faciliter l'absorption du fer.

Il s'avère aussi que les mangroves largement répandues sur la côte protègent un grand nombre d'espèces animales et végétales. Crevettes et crabes ne sont pourtant pas utilisés dans l'alimentation des enfants. Les pêcheurs ramènent les plus petits poissons chez eux les autres étant destinés à l'exportation.

Cette action auprès de la population dans ce milieu particulier me conduit à la réflexion suivante:

- Une action curative ou de prévention doit être forcément suivie d'un plus ample développement au niveau de la communauté, qu'il soit éducatif ou faisant référence à une problématique globale d'aménagement de l'espace pour un environnement salubre.
- C'est ainsi que peut intervenir une dynamique communautaire. Le travail sur la santé est alors à l'origine d'une amélioration des conditions de vie et de stratégies dans le but de les modifier. Toujours dans le même espoir de réduire les causes de la morbidité infantile.

Si l'observation a permis de saisir d'une manière explicite les gestes, les attitudes, les mots de ces mamans et de leurs soignants, il me fut plus difficile de percevoir ce qui était implicite dans leur système de valeurs, dicté par la religion ou la culture et évoqués par de nombreux rituels. N'est-ce pas là une expression de la prise de conscience des limites de communication entre des populations d'origines différentes ? Ainsi les pratiques des autres cultures m'ont fait réfléchir sur mes propres pratiques et la nécessité d'une recherche de son histoire, dès lors la question des **formations professionnelles et personnelles** est posée.



Je constate avec la psychologue Renée Attias³³ que:

«C'est se laisser prendre par la magie d'un voyage qui nous conduit sur d'autres rives, mais sans cesse, nous ramène dans un mouvement régulier vers nous-même, notre histoire, notre culture».

Je me propose d'esquisser une réflexion sur la profession et les professionnelles et d'aborder le classique protocole et thématique de **l'interculturalité**. Tenter un pont sinon des ponts entre deux cultures et des sociétés distinctes sans rejeter l'apport scientifico-médical mais en respectant l'identité des unes et des autres pour donner à entendre un message de santé basé sur la réflexivité.

Le Dr Emiliano Crespo lui-même, médecin équatorien, à son retour de France (1930) avait jugé opportun d'établir une relation entre la puériculture scientifique et la réalité des croyances présentes dans son pays, comme je l'ai évoqué au début de cette étude : preuve qu'il était à son époque le représentant d'une culture véritablement métissée.

Plus de soixante années plus tard (1992), un médecin anthropologue français (Didier Fassin) lors d'une étude de terrain en Equateur démontre l'importance d'associer la pratique de l'enseignement de la médecine moderne avec les exigences éthiques du respect des valeurs traditionnelles, après avoir observé l'inefficacité des promoteurs de santé lors de la conduite d'actions précises de santé publique (par exemple afin de réduire la prévalence de la dénutrition infantile).

Ainsi il devient indispensable désormais de trouver une orientation dans la cosmogonie qu'impliquent la médecine traditionnelle et ses acteurs thérapeutes. Pour passer, le message de santé doit nécessairement se référer à un fondement de type culturel.

Il semble important d'avoir une formation spécifique pour les infirmières intervenant auprès des familles et des enfants pour mieux s'inscrire dans un programme multidisciplinaire.

Les différentes actions de terrain, comme celle de San Pedro en Equateur (1971-73) analysée ici, mais lors d'expatriations plus tardives, comme au Brésil (2000-2003), au Cameroun (1994-97), au Gabon (1979-82), au Sultanat d'Oman (1984-86), ont toutes été pour la puéricultrice expatriée des sources d'interrogations et de réflexions:

➤ d'une part sur des questions concrètes de santé publique et communautaire

³³ Renée Attias, « *Eveil culturel et petite enfance* » in Gazette de l'ACEPP (Association des collectifs enfants parents professionnels), mars 1997.



- mais aussi sur la manière de partager un enseignement *a priori* peu en accord avec les usages et pratiques des pays rencontrés.
- puis, de retour en France, dans l'école du départ, transmettre ces multiples expériences acquises.

C'est pourquoi, en plus de sa spécialité de technicienne et de la relation individuelle *soignant-soigné*, une formation en santé publique apparaît indispensable pour assumer le développement des programmes de santé à mettre en œuvre.

Il est admis que la puéricultrice intervient au sein d'une action qui regroupe à la fois l'aspect préventif et l'aspect curatif et contribue de façon beaucoup plus large au développement de l'enfant au sein de son milieu familial et social.

Les objectifs clairement énoncés correspondent à l'exercice de la pratique sociale de la puériculture:

- reconnaître et analyser le milieu de vie,
- identifier la demande prioritaire de santé d'une population,
- proposer des pistes d'action avec les ressources existantes,
- indiquer les éléments d'évaluation.

Cette approche oblige tous les professionnels de santé, dont les puéricultrices bien sûr, à s'interroger sur les différents facteurs déterminants de la santé, ainsi que sur leurs principaux indicateurs, et par ce fait même, à entrer en contact avec les populations autrement que par le biais unique de la maladie.

Cette orientation montre qu'il est important de savoir exploiter les ressources existantes en matière de santé publique, pour une efficacité à long terme dans les soins apportés aux enfants. Pour ce faire, les puéricultrices doivent mettre en œuvre un partenariat avec les familles et d'autres professionnels, une dynamique se crée ainsi.

Il m'est apparu que la Culture, au sens le plus large du terme, est un élément constitutif de l'identité collective et de l'identité individuelle : en effet, elle confère aux individus des façons de penser, de sentir, de se conduire, de communiquer communes, ainsi que le sentiment d'appartenance à un même groupe et à une même histoire.

Je tiens ici à préciser que, durant toute la démarche (d'initiation à la profession et de son exercice sur le terrain), **deux identités - à la fois professionnelle et personnelle -** ont été mobilisées simultanément.

Tout naturellement, je ferai maintenant référence à trois catégories d'enseignements, catégories évoquées tout au long de mes formations professionnelles mais qui font partie intégrante de mon identité personnelle, puisque le temps long laisse en nous l'empreinte de notre profession et vice versa:

1. le « savoir »,



2. le « savoir faire », 3. et le « savoir être ».

Nous passerons donc maintenant en revue ces trois catégories.

Suivant une tendance très forte de la pensée médicale contemporaine, il serait admis de représenter le « **savoir** » comme une vérité définitive, dogmatique d'autant plus que l'influence de courants anglo-saxons (Canada) est présente dans ma formation mais cette influence n'est pas dominante dans notre tradition française cartésienne. Ce que les Anglo-saxons appellent « *evidence based medicine* », c'est-à-dire la médecine fondée sur les preuves, écarte toute critique et toute créativité personnelle : on est alors en mesure de s'interroger sur le risque de conduites à tenir standardisées. Le « savoir » d'un soignant ne peut avoir cette évidence car les symptômes d'une maladie peuvent revêtir des aspects différents suivant le contexte. L'exemple de la douleur chez l'enfant est important, car suivant les cultures elle peut s'extérioriser violemment ou bien être réprimée.

En ce qui concerne les « **savoir faire** », je pense que nos traditions nous rapprochent énormément de ce que j'ai pu rencontrer dans un pays comme l'Equateur : un « savoir faire » local, ancestral, observé, qui m'a permis de faire un retour sur ma propre culture et de comprendre la logique de certains comportements et attitudes dans un contexte particulier, même si le décalage était absolu avec les pratiques enseignées alors en France. Cette démarche est à l'origine de ce travail de recherche et de l'importance du questionnement dans tout acte de soin.

Quant au « **savoir être** », il est facilité par l'observation sociale de la famille, point d'ancrage universel et une empathie naturelle pour l'enfant qui permet de percevoir hors de toute explication son mal être ou sa joie. Un « savoir être » montre une aptitude à s'adapter aux changements, une ouverture d'esprit.

Personnellement, ces changements successifs en tant que soignante et enseignante me posent alors les questions suivantes :

- De quelle manière connaissons-nous ce que nous observons?
- Parlons-nous de la nature telle qu'elle est, « la chose en soi » de Kant, ou ne parlons-nous pas plutôt de nos propres sensations, de notre propre subjectivité?

C'est ce que nous présentent nos sens, qui est l'objet de notre connaissance, résultante malgré tout de rencontres avec le monde selon des lois bien précises.

Il devient donc important sur ce point, d'évoquer le **concept de représentation**. Etymologiquement, « *representare* » en latin c'est « rendre présent », comprendre.



Didier Houzel³⁴ applique ce concept de représentation à une relation qui nous intéresse : à la relation enseignante et à ses applications pédagogiques.

La représentation que je me suis faite des observations durant les expériences directes sur le terrain s'est exercée de deux manières : l'une pour comprendre ce que j'observais, l'autre afin de rendre accessible et concret mes démonstrations (désir de transmettre), puis une seconde transmission s'est réalisée envers les étudiants dans mon métier de formatrice.

A ce stade de notre réflexion, les questions posées deviennent:

- Comment transmettre dans une dynamique de formation des éléments de son expérience afin de faire évoluer une profession?
- Que peut-on transmettre? Et que faut-il transmettre?
- Un savoir?
- Un savoir-faire?
- Une histoire?
- Des valeurs?
- Une culture qui soit le cycle au terme duquel le sujet se connaît lui-même?

Il apparaît, au terme de notre démarche sur le temps d'une génération, que j'ai « navigué » durant cette recherche vers une **double logique de la ressemblance et de la différence** : un système occidental et moderne de soin qui a croisé le monde plus traditionnel sud-américain, ancré dans les racines d'une Culture ancienne.

Cette rencontre nous a ouvert les yeux sur la signification des symboles et nous a, de manière inattendue, rapproché de nos propres origines grecques et latines.

La médiation entre les deux cultures passe par un point de jonction, au croisement de la cosmogonie inca et confrontée à sa représentation du monde, de la divinisation des forces de la nature et du respect humble et scrupuleux des alternances des saisons et des exigences des éléments climatiques.

Nous retrouvons grâce à un peuple à « identités plurielles » qui a su conserver ses coutumes, ses rites et ses mythes mieux que l'Occidental – ce savoir oublié de la Terre et du Ciel que notre modernité a rejeté. Au terme de notre étude et à la lumière des éléments recueillis sur le terrain en Equateur dans les années 1972-73 d'une part, puis en 2007 d'autre part, nous devrions être en mesure d'aborder de manière plus éclairée la question de la résolution du problème de **la médiation interculturelle**, dans le cas qui nous occupe, à savoir celui d'une profession de soignante auprès des mères et des enfants **et son évolution dans un monde multiculturel**.

³⁴ Houzel, Didier, est pédopsychiatre et intervient dans le cursus de formation des étudiants à l'Institut de Puériculture de Paris.



Les soins, qui sont la base de la formation désignent avant tout un ensemble de questions que cette professionnelle est en devoir de se poser étant donné ses multiples rôles : prévention, promotion de la santé et protection de l'enfant, éducation pour la santé, soin du corps. Les soins constituent au premier abord un ensemble de gestes et de paroles, répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées. On peut associer aux soins les tâches d'apprentissage et d'éducation (hygiène, alimentation, prévention) et les dimensions relationnelles et émotionnelles de l'accompagnement. Parce qu'ils sont rencontre et présence, par leur caractère essentiellement relationnel, ils se déploient en soulevant les questions d'identité, de reconnaissance et d'altérité. Les soins s'étendent donc bien au delà de cette dimension de « santé » à laquelle on les a souvent rattachés.

Dans un premier temps, définir ce que soigner peut signifier, quand l'infirmière- puéricultrice rencontre d'autres cultures. En effet, les représentations mentales de telle ou telle maladie, dans les différentes ethnies de populations rencontrées, sont très variables. Si elles ne sont pas prises en compte, le traitement ou le soin risque d'être inutile. L'interprétation que les personnes ont de la maladie et les motifs qui sous-tendent les recours thérapeutiques débordent largement le système strictement médical et mettent en jeu à la fois le système de pensées et de représentation du réel que le soignant doit s'attacher à décoder.

- Comment en vient-on à penser les soins et de quelle façon?
- En quoi la catégorie soins permet-elle la comparaison entre diverses pratiques et diverses sociétés?

Car il est bien évident que les soins ne sont pas devenus partout comme en Occident, un ensemble distinct d'activités, un objet spécifique de préoccupations et de réflexions.

Ce constat nous guide vers quelques grandes questions :

Ainsi, on admet que la biomédecine pourrait être caractérisée par la séparation entre *le cure et le care*, catégories qui sont très marquées en Amérique du Nord (comme je l'ai observé plusieurs années au Canada), et que l'on traduit respectivement par traitement et soins. On admet plus largement maintenant l'idée qu'il n'y a pas une séparation nette entre *cure* et *care*, mais plutôt des médecines variables selon le contexte historique, culturel, économique ou technique que ce contexte soit un paradigme, une institution ou bien un milieu culturel.

Il m'est apparu évident que les compétences professionnelles seulement définies par des codes et des normes sont insuffisantes. Les repères normatifs et techniques ne sont que des outils délimitant un « espace de liberté » dans lequel un



échange est indispensable pour élaborer un projet de soin cohérent.

Convient-il alors d'avoir des repères éthiques pour une relation qui se construit à l'interface du vécu et des relations personnelles du soignant/ soigné ?

La relation de soin est à considérer comme une réalité complexe où interfèrent des valeurs à caractère technique, administratif, économique, juridique, mais aussi culturel, religieux et moral.

Le sens de chaque situation est à découvrir dans l'équilibre entre ces diverses valeurs, pour nous, puéricultrices, c'est dans une délibération pluridisciplinaire que s'effectue cette réflexion.

Pour le médecin de santé publique, Myriam Le Sommer-Péré³⁵, cette réflexion se réfère à un modèle dont il importe de prendre conscience, car il conditionne notre pratique.

Trois types de modèles permettent d'analyser la pratique soignante:

1. Soit, le modèle paternaliste, relation soignant /soigné du siècle dernier. Il régit un rapport de pouvoir. Son fondement éthique est le principe de bienfaisance.
2. Soit le modèle contractuel, son fondement éthique est l'autonomie.
3. Je retiens le 3^e modèle, qui est une approche inter-pédagogique, et tient compte de l'asymétrie créée dans la relation de crise dans laquelle se trouve le patient. Selon cette approche, le soignant engage une dynamique d'ajustement et de négociation entre toutes les parties concernées dont lui-même, évaluant les possibilités et les limites propres à chacune d'entre elles. Il se réfère à une idée de la vie comme processus de croissance continu au cours duquel nous sommes sans cesse en adaptation.

Cette approche est dite pédagogique, car le soignant (la puéricultrice) se situe comme un éducateur ou un formateur qui favorise, en l'accompagnant, des potentialités chez une personne en l'occurrence l'enfant mais aussi la mère ou la famille dont l'histoire est singulière. Selon cette approche, le soignant a lui-même à évoluer, à accepter d'apprendre de la personne soignée et de modifier son regard et sa pratique en ce qui concerne le patient.

Cette approche pédagogique se réfère au principe fondamental énoncé par Kant:

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la

³⁵Myriam Le Sommer-Péré, « *Relation soignant-soigné : quels modèles de référence ?* », PS, n°9, décembre 2000, p. 67-79.



personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen ».

La réflexion sur l'évolution de ma pensée en tant que soignante, éclaire l'horizon sur ma propre pensée à propos de la formation d'abord, puis du soin et de la santé qui me sont apparus comme des dimensions fondamentales de notre existence. Manière intuitive de comprendre le sens de la terre comme un appel du monde qui est en nous, vient éclairer le sens qui peut être donné au soin qui, en toutes circonstances, dans ses pratiques, constitue un événement révélateur des possibilités d'accomplissement personnel tant du soignant que du soigné. Cette perspective ouvre le sens du soin en une dimension culturelle .

Ne convient-il pas de rechercher quelle cohérence il y a entre le sens que je donne en pensée au soin et le sens que je lui donne dans mes pratiques et d'une manière plus large dans leur évolution au fil d'une histoire de vie ? D'où l'importance de cette expression : « *pour une pratique porteuse de sens* ». Dans une pratique, il y a un rapport entre ce qu'elle produit, son effet et son résultat et la manière dont elle le produit : sa *poiesis* et sa *praxis*. Pratiques porteuses de changements, cheminement personnel:

- L'émergence du sens à propos d'une pratique, ce n'est pas le sens de la pratique en elle-même. C'est le sens donné par la personne qui l'exerce dans le cheminement du sens de son existence, en tentant de saisir le sens que donne à son action la personne qu'est le patient, mère et /ou enfant. Les pratiques infirmières ont considérablement changé depuis 20 ans, elles se sont adaptées à des techniques nouvelles, par conséquent à des responsabilités plus grandes.
- C'est pourquoi l'infirmière-puéricultrice s'inscrit dans une perspective de travail porteuse de cette histoire à double sens, celle de son identité professionnelle en elle-même et celle de son identité personnelle même si les deux restent le plus souvent cachées. Toutefois, elle reste insuffisante si l'identité de la personne soignée, celle de son insertion sociale et, plus encore, de sa culture, n'est pas identifiée par le soignant.

Influences et analyse comparée de deux temporalités:

En 1972-73, à Guayaquil, l'exercice de la profession de puéricultrice s'est révélé à nous comme une synthèse souvent réussie des enseignements de base hérités de la médecine européenne à laquelle étaient venus s'intégrer assez récemment des éléments de la médecine traditionnelle transmis par le bouche à oreille intergénérationnel de la civilisation Inca conservés même chez les métis de la Costa équatorienne.



Une génération plus tard (lors de ma mission « retour » de 2006), l'apport d'enseignements, de matériels et de pratiques de santé issus de l'Amérique du Nord était venu compléter, sans remise en cause majeure cependant, l'état des lieux précédent (années 70) dans la pratique du métier de soignante auprès des enfants.

En effet, il est incontestable que le dernier quart du XX^e siècle a vu les Etats-Unis d'Amérique s'imposer comme la première puissance mondiale, avec une prééminence politique, économique, guerrière, spatiale, scientifique et culturelle reconnue.

L'analyse de ce constat fut rendue aisée par le fait que j'ai eu la chance de vivre au Canada britannique (Calgary, Alberta) et d'y côtoyer professionnellement les établissements pédiatriques et/ou de puériculture nord-américains. L'observation et la mise en pratique personnelle des innovations les plus modernes de cette décennie dans son domaine professionnel m'ont bien souvent éclairée avantageusement sur ce qui n'était pas encore en vigueur en France en 2000, mais qui fut retrouvé comme des pratiques adoptées et connues en Equateur en 2006. Il ne serait donc pas exagéré de dire que le système de santé équatorien du XXI^e siècle commençant a, non seulement réussi à intégrer la tradition dans la modernité, en apprenant à son personnel les techniques et pratiques héritées de l'Europe, mais qu'il a en quelques domaines précis aussi été capable de dépasser le maître, en se révélant capable d'adopter parfois des techniques nord-américaines issues de la recherche scientifique US, que la France n'avait pas encore en 2006 voulu ou su faire siennes dans son quotidien de santé publique et en puériculture plus précisément.

Une transmission pédagogique possible:

Nous devons reconnaître que les positions de la puériculture contribuent d'une manière décisive à établir un lien entre la médecine curative et la médecine préventive dans le domaine materno-infantile et qu'il semble appelé à s'intensifier, et la prévention comme stratégie de Santé publique, à se développer en considérant l'enfant dans sa globalité physique et psychique (F. Dolto). Connaître l'origine des pratiques millénaires reconnaître que c'est la culture qui nous conduit à les pratiquer, que la connaissance médicale peut nous aider à les revisiter pour nous-même et pour le nouveau-né. Il est impossible de considérer famille et nouveau-né comme des entités distinctes.

Les choix adaptés aux conditions sociales et économique du temps-lieu ; permet de comprendre les fondements historiques de nos pratiques de soins, et d'aider à envisager leur évolution, ouvrir sur d'autres choix thérapeutiques et permet de relever le défi : expérience à valeur d'expertise.



La recherche approfondie peut faire changer les pratiques, les modes de pensée de même que la réflexion éthique est une démarche qui conduit à une évolution dynamique des fonctions et des responsabilités.

Les obstacles:

On a critiqué la propension à généraliser à des cultures très différentes les conclusions élaborées dans les sociétés occidentales. A ce titre, les comparaisons interculturelles viennent confirmer la nécessité de prendre en compte les contextes dans lesquels le développement se réalise ; la perception de la culture est subjective, on ne la voit pas de la même façon si on la vit ou si on l'observe. Ainsi Lucie Caritoux³⁶, puéricultrice confirme:

« Toute rencontre interculturelle est une rencontre interpersonnelle dans laquelle chaque protagoniste apporte son identité culturelle mais aussi son identité personnelle. Le dialogue entre les mères et les puéricultrices est sans doute la meilleure des approches possibles »

La question délicate de l'Interculturalité?

Au cours de l'analyse comparée que j'ai conduite entre puériculture scientifique apprise et pratiquée en France et confrontée dans les années 70 au monde équatorien métissé de la Costa, à ses coutumes, ses héritages de la grande civilisation Inca, analyse suivie de la mesure, grâce à notre retour de 2007, de l'évolution de ce pays andin sur la génération suivante, J'ai eu l'opportunité d'approfondir les caractéristiques principales de **l'interculturalité**, dont Marandon³⁷ donne la définition suivante:

"La notion d'interculturalité, pour avoir sa pleine valeur, doit, en effet, être étendue à toute situation de rupture culturelle — résultant, essentiellement, de différences de codes et de significations —, les différences en jeu pouvant être liées à divers types d'appartenance (ethnie, nation, région, religion, genre, génération, groupe social, organisationnel, occupationnel, en particulier). Il y a donc situation interculturelle dès que les personnes ou les groupes en présence ne partagent pas les mêmes univers de significations et les

³⁶ Caritoux, Lucie. puéricultrice juriste, Cahier de la puéricultrice mars n° 215, 2008).

³⁷ Marandon Gérard, *Expériences pluriculturelles et pratiques professionnelles dans le travail social CIDOB*, 06/2003.



mêmes formes d'expression de ces significations, ces écarts pouvant faire obstacle à la communication."³⁸

Aujourd'hui avec la banalisation du phénomène de mondialisation, il est devenu courant de voir les rapports interculturels sous forme de conflits, ainsi que l'établissait, en 1993, la thèse principale de Samuel Huntington à présent désuète de « *choc des civilisations* ». Cette perception est bien souvent encouragée par des événements de l'actualité. Il est trop tentant et trop facile de ne retenir d'expériences personnelles difficiles vécues au contact d'une culture différente que le négatif, et par là de les laisser corroborer une version noire du concept dont nous souhaitons aborder maintenant l'autre face. Face, beaucoup plus exigeante, est au contraire porteuse d'éléments positifs, issus de la diversité culturelle, et provenant de la confrontation de deux cultures, chaque culture s'enrichissant au contact de l'autre.

En travaillant à San Pedro de Guayaquil en 1972, j'ai appris autant de la culture qui n'était pas la mienne dans ce monde métissé que l'apport d'un « Savoir » occidental. La culture de la « Costa » d'Equateur induit une perception particulière des paramètres qui influencent le travail de Santé au quotidien : le temps, l'espace, la fonction, l'argent, l'efficacité, les priorités, les relations, l'autorité, la valeur de la parole orale ou écrite. De plus, Guayaquil, par son Histoire et son peuplement, est une mégapole très métissée, et même s'il est vrai que chaque pays et région présente une culture dite nationale, il est apparu que cette ville en possède plusieurs mélangées à des degrés divers. Ce sont bien plusieurs cultures qui se croisent au sein d'une personne et constituent son identité (culture nationale, locale, familiale, d'entreprise...), et Guayaquil, ville métisse en est un exemple.

Je suis allée sans crainte ni *a priori* à la rencontre de ces femmes, de ces enfants, dans un cadre professionnel que je connaissais certes dans ses cadres généraux dits universels, mais pas dans ses caractéristiques culturelles. Je fus mise en contact de ma propre vision du monde de la Santé avec autrui, qui, sans être radicalement différent, présentait néanmoins des variantes, voire, en approfondissant le sujet, des éléments bien surprenants pour une vision très européenne.

Sur le terrain et avec le temps, j'ai appris que l'apprentissage de l'interculturel allie écoute, observation, expérimentation, intuition, et confrontation avec soi-même. Son apprentissage demande un nécessaire déséquilibre, expérimenté jusque dans les malentendus, les conflits même, et finalement la remise en cause de ses propres valeurs ou *a minima* leur relativisation.



L'**interculturalité** ainsi pratiquée et comprise m'a donné l'opportunité de comprendre et d'admettre que mes nouveaux interlocuteurs ne fonctionnaient pas selon les mêmes repères, de me faire comprendre par eux, de diminuer les chocs culturels pour préserver l'efficacité au travail, de porter sur mes interlocuteurs un regard positif et de conserver leur estime et leur confiance en toutes circonstances, d'améliorer ma capacité d'adaptation, afin de surmonter des contraintes inhabituelles au début, acceptées ensuite, de m'ouvrir à la culture nouvelle rencontrée et à sa richesse, à son Histoire, de cultiver dans le travail au quotidien un esprit d'entente, de confiance et de collaboration entre les cultures et entre les personnes, et finalement, de manière surprenante, au terme d'un phénomène d'aller-retour, d'en apprendre beaucoup sur ma propre culture et moi-même.

La philosophie de l'interculturalité que j'ai pratiquée à Guayaquil passait par l'appréhension des différences comme source de richesse humaine, souvent aussi d'enrichissement professionnel. Si ces différences culturelles apportaient presque toujours des difficultés initiales, chacune des cultures me proposait aussi ses solutions, bien souvent différentes de celles auxquelles j'étais habitué dans mon milieu culturel d'origine, l'occidental.

De cette expérience de diversité culturelle en milieu professionnel de santé (mère/enfant), j'ai finalement dégagé les concepts suivants, qui me semblent bien être des « invariants » de l'interculturalité positive:

1. Toute personne doit savoir et accepter que, lorsqu'elle voyage, elle emporte avec elle ses valeurs, et qu'elle prend le risque de les voir remises en cause sans délicatesse, au contact de l'Autre,
2. La prise en compte des variables culturelles (qui varient d'une culture à l'autre) permet à l'Occidental de mieux comprendre sa propre culture et d'entrer dans la compréhension de celles des autres pays,
3. Ce sont ces variables culturelles bien assimilées qui seules permettent de percevoir l'ordre des priorités dans une autre culture.