

# Soin et savoir culturel en situation humanitaire

## Care and cultural knowledge in humanitarian contexts

Mayssa' El Hussein<sup>1</sup>  
Layla Sahab<sup>2</sup>  
Marie Rose Moro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hôpital Cochin, Maison de Solenn, 97 Boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France; Université de Picardie Jules Verne; CHSSC EA 4289 <mayssa.hussein@gmail.com>

<sup>2</sup> Université Saint-Joseph, Liban

<sup>3</sup> Hôpital Cochin, Maison des adolescents, 97 Boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France; INSERM U.1178

**Résumé.** Cet article explore l'impact de deux programmes de soins materno-infantiles implémentés dans la commune de Petit Goave en Haïti, suite au séisme de 2010 et à l'épidémie du choléra. Une psychologue clinicienne a conduit des entretiens et des focus groups auprès des animateurs des organisations humanitaires internationales, et des observations des dyades mères-bébés participants aux activités. L'analyse du matériel se base sur une approche complémentariste et psychanalytique. L'analyse dévoile l'importance du berceau culturel invisible dans la relation mère-bébé qui facilite ou inhibe les capacités psychologiques de la mère à nourrir affectivement son bébé. Elle confirme par ailleurs la nécessité d'intégrer une approche anthropologique et psychologique dans la conception des activités de soins proposées par les organisations humanitaires internationales afin de rendre ces soins « métabolisables » et bénéfiques pour la population cible.

**Mots clés :** Haïti, santé materno-infantile, culture, humanitaire, traumatisme

**Abstract.** This article explores the impact of two programs implemented in the commune of Petit Goave in Haiti following the earthquake in 2010 and the Cholera outbreak. The programs, run by a European NGO, address infant health and mother care. A clinical psychologist conducted interviews and group discussions with the facilitators, and completed naturalistic observations of mother-infant dyads. The analysis of the material collected was based on anthropological and psychoanalytical concepts, specifically the "complementary analysis" as conceptualized by G. Devereux. The results of the analysis showed that there is between the infant and his mother an "invisible cultural cradle" facilitating or inhibiting the mother psychological ability to emotionally feeding her baby. It confirms the necessity of integrating anthropological and psychological concepts to service provision. International NGOs cannot succeed when they operate in a culture they ignore unless the cultural canvas of the beneficiaries is embedded into their interventions. This is particularly sensitive in the infant health field.

**Key words:** Haïti, infant mental health, mother/infant, culture ;trauma, humanitarian

D'une ampleur sans précédent, le séisme qui frappe Haïti en janvier 2010 affecte très durement une population qui majoritairement vivait déjà une grande précarité socio-économique [1, 2]. L'épidémie de choléra qui survient quelques mois plus tard constitue une seconde onde de choc à laquelle ni la population ni les acteurs humanitaires présents sur place ne sont préparés. La mort avait déjà attaqué massivement l'île. Le séisme du 12 janvier 2010 avait laissé plus de 230 000 morts et 220 000 blessés. Le cyclone Thomas a menacé des milliers de déplacés. Le choléra a emporté près de 8000 personnes et a contaminé des milliers d'autres. Chaque famille s'est retrouvée atteinte de près ou de loin par le deuil d'un proche, la perte

de biens ou la crainte de perdre un membre de la famille par la maladie. Les conditions de vie des Haïtiens dans les zones rurales déjà précaires se sont encore détériorées.

Cette période de crise aiguë exacerbera la perturbation du tissu communautaire et contribuera au renforcement de la présence des missions humanitaires prodiguées par des organisations non gouvernementales internationales (ONG) [3].

Dans ce contexte et outre les soins directs prodigués à la population par les ONG, certaines activités humanitaires visaient la sensibilisation à des questions de santé infantile. Ces activités s'adressaient à des femmes enceintes et des jeunes mères qui y assistaient avec leurs bébés.

mtp

Tirés à part : M. El Hussein

Cet article abordera la question de l'articulation de ces activités à la réalité culturelle haïtienne, uniquement à partir d'observations faites sur le terrain. Il ne prétend pas rendre compte de l'ensemble des significations portées par le travail humanitaire ; de même, maints aspects du système de croyance haïtien seront délibérément laissés ici de côté. Les recommandations issues des savoirs européen et nord-américain sont-elles bénéfiques pour la population de mères en Haïti ? Comment sont-elles accueillies ?

Les mamans ont peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas pouvoir protéger le bébé, et surtout de ne pas le comprendre. Cette angoisse va traduire les fragilités de la maman par rapport à son identité de mère, mais aussi la fragilité de l'environnement qui l'entoure. « *Le système de représentation de l'enfant s'inscrit donc dans l'ensemble des représentations qui assurent la cohérence du groupe. L'intersubjectivité, le lien mère-enfant, se nourrissent de ces représentations, se structurent à partir de ces images ou de ces actes sachant que cela ne constitue qu'une matrice. L'autre pôle de la structuration est constitué par l'histoire subjective de cet enfant pris dans un réseau de liens réels, affectifs et fantasmatiques qui le relie à ses parents, ses frères, ses grands-parents et d'autres personnages signifiants de son histoire présente et de celle dans laquelle il s'inscrit. La logique culturelle est la forme, l'histoire individuelle est le contenu. Mais parfois, la forme présuppose le contenu ou du moins rend ce contenu représentable, élaborable et transmissible.* » ([4], p. 61).

Des recommandations sur le maternage peuvent-elles être universelles ? Gardent-elles une valeur substantielle si elles ne sont pas articulées aux savoirs préexistants de la population ?

## Méthodologie

Nos observations ont été recueillies au cours d'un travail d'exploration de terrain et d'évaluation des besoins psychosociaux au sein de deux activités mises en place par une ONG européenne dans la région goâvienne<sup>1</sup> en Haïti. Une première activité désignée sous le nom de Lait Artificiel pour Nourrisson Prêt à l'Emploi (LANPE) et une deuxième sous le nom d'Allaitement Maternel Exclusif (AME). Nous donnerons un aperçu de ces deux activités lors de la description du terrain.

Dans une première phase, celle de la mission exploratoire qui s'est déroulée sur un mois, nous avons conduit des réunions auprès des différents membres de l'équipe responsable de ces activités, lu les documents de formations des animatrices des groupes ainsi que les rapports des activités, et nous avons participé aux déroulements des séances.

Dans une deuxième phase, lors de la mission de mise en place des activités psychosociales, nous avons passé dix mois sur le terrain.

Nous procéderons par une analyse complémentariste [5] du matériel à partir des perspectives anthropologique et psychologique qui nous permet de proposer une nouvelle perspective de compréhension et d'intervention.

## Le terrain

Le travail exploratoire a été conduit avec la coordination de la responsable de programme « santé communautaire » qui est haïtienne, la coordinatrice sur la nutrition infantile qui est une expatriée canadienne, ainsi que celle des infirmières et des animatrices haïtiennes de l'équipe.

Lors de cette première rencontre avec le terrain, deux notions, « l'ignorance » et « les fausses croyances », reviennent souvent dans le discours pour expliquer le refus des mères de recourir à l'allaitement maternel exclusif. Il s'agit de l'ignorance des bienfaits du lait maternel, des besoins nutritifs et hygiéniques du nourrisson ; et des fausses croyances concernant le premier lait maternel, les raisons pour lesquelles les mères s'empêcheraient d'allaiter (la mère insuffisamment nourrie, manquant de vitamines, elle perdrait ses forces en allaitant ; mère en deuil donc lait peut être empoisonné. . .). De ce que nous avons pu lire et observer de la formation accordée aux membres de l'équipe, cette notion de fausses croyances est véhiculée par le contenu des formations, croyances qui seraient à corriger auprès des communautés visitées.

## Description des activités

LANPE (lait artificiel pour nourrisson prêt à l'emploi) : cette activité se déroule dans un dispensaire dans la ville de Grand Goâve et est conduite par des infirmières. La population est constituée de responsables (que nous appellerons mères substitutives) – bébés. La mère substitutive est souvent quelqu'un de la famille de l'enfant qui l'a pris en charge suite au décès ou à l'abandon de la mère. Parfois il s'agit de bébé accompagné par sa mère biologique qui ne peut pas allaiter. Les bébés ont entre 2 et 6 mois. Après 12 mois, l'enfant sort du programme LANPE.

La première semaine, le bébé est en observation pour voir comment il réagit au lait. Ensuite il vient une fois par semaine pour prendre le lait, séance pendant laquelle il prend sa première dose, est pesé pour observer la courbe du poids, et sa température est prise. Pour tout problème médical, le bébé est référé au pédiatre de l'hôpital.

La visite régulière au LANPE permet également aux mères substitutives d'apprendre des choses sur l'hygiène du bébé et comment le porter.

<sup>1</sup> Région rurale située au sud-ouest de Port-au-Prince.

Les infirmières ont un bon rapport avec le groupe des mères qui sont réceptives à leurs soins et conseils. Toutefois, elles assurent des rotations et l'infirmière n'est pas la même selon les jours.

Parmi les mères substitutives, il y avait une mère naturelle qui faisait partie du programme LANPE parce qu'elle ne pouvait pas allaiter. La mère de E. ne peut pas lui donner le sein « *parce qu'elle souffre d'anémie sévère et d'ulcère à l'estomac, son sein est malade depuis quelque temps. Le médecin lui a dit d'arrêter d'allaiter* ». E. m'interpelle. Bien qu'il n'ait que deux mois, son visage paraît triste. Le regard figé. Il interagit peu. Presque pas. Au moment de son endormissement, on pourrait penser à un enfant qui se laisse mourir. Sa mère a un regard elle aussi remarquablement triste lors de cette séance et elle détourne le regard. Les infirmières rapportent que quand elle allaite, elle a des sensations d'étouffement. Ces sensations sont liées, selon les infirmières et elle-même, à son anémie et à son ulcère. Anémique, elle pourrait perdre le reste de ses forces en allaitant l'enfant.

L'observation d'un autre couple : bébé CH, 2 mois, amenée par sa tante. Elle pleure beaucoup. Sa tante est occupée à l'habiller. Une mère substitutive d'un autre bébé, à côté d'elle lui dit : « *il faut soutenir bébé* ». Une infirmière prend CH. dans ses bras, la berce et lui chante. Ensuite, cette même voisine, la prend, lui chante et la fait jouer. La tante de CH la regarde amusée avec un sourire, sans plus d'interaction.

Les bébés passent une partie de la journée (8 h à 14 h) sur place. Ils prennent deux repas sur place, font une sieste, certains prennent leur bain avec l'infirmière qui fait une démonstration à la maman substitutive.

Ces observations révèlent l'importance de la dimension relationnelle dans le couple mise en jeu dans ces moments de nourrissage. Dans ce groupe, comme dans le premier observé, une belle dynamique est instaurée. Après un début de journée assez timide pour les unes et les autres, après le premier repas des bébés, elles ne tardent pas à discuter entre elles, et au moment du déjeuner, elles sont assez à l'aise entre elles pour se confier leurs bébés, pour sortir du dispensaire et revenir.

Les bébés sont ainsi observés sur le temps de la journée pour voir comment ils réagissent au lait.

Ainsi, le groupe en tant que tel peut porter la mère, la soutenir dans ses difficultés avec son bébé. Il peut certainement y avoir des moments de rivalité, de frustration, quand une mère/mère substitutive se retrouve face à ses difficultés de maternage, en regardant les autres « bonnes mamans ».

Là aussi, le rôle de l'infirmière qui accompagne le groupe est d'être attentive à ces dynamiques, de pouvoir « re-narcissiser » une mère, la « protéger », et lui permettre de retrouver en elle les ressources adéquates pour mieux porter son bébé.

L'AME (allaitement maternel exclusif) se déroule dans différentes régions rurales souvent enclavées et difficilement accessibles. Le programme ayant récemment démarré, les espaces où se déroulent les séances ne sont pas encore définis. Ils ont eu lieu parfois dans un espace assez isolé, d'autre fois dans un espace découvert perméable aux « perturbations » de l'extérieur. L'activité consiste en une sensibilisation et prévention destinées à des mamans à leur 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> mois de grossesse et aux mamans qui ont un enfant entre 11 jours et 6 mois. Les séances portaient sur les bénéfices du lait maternel et de l'allaitement maternel exclusif. Après avoir précisé le cadre (espace pour installer une tente et un jour/heure de rencontre) et voté pour un comité de groupe, les animatrices commencent la séance par une chanson où les mères participent.

Lors d'une séance, au moment de poser des questions, une mère demande si le surmenage empêche l'allaitement. Cette question relève, nous l'entendons bien, de l'aspect relationnel de l'allaitement. Cette activité ne se limite pas à la simple fonction nourricière de donner le lait. Ce moment exige de la mère une disponibilité suffisamment bonne pour pouvoir contenir son enfant. Pendant ce moment il y a beaucoup de choses qui sont véhiculées : le regard de la mère, son amour ou son angoisse, son bien-être ou sa détresse... Ainsi, ce moment d'allaitement peut effectivement être troublé par le surmenage. La maman peut se sentir indisponible pour accorder ce moment à son enfant. Par conséquent, l'allaitement devient une tâche difficile.

Toutefois, l'animatrice, s'appuyant sur la formation qui lui a été octroyée par l'ONG qui l'emploie, répond simplement au premier niveau de la question : le surmenage n'affecte pas le lait, et la mère peut tout à fait allaiter. Une question véhiculant l'état de la mère (culpabilité, angoisse de ne pas être une bonne mère, dégressivité etc.) et ouvrant sur la dimension psychique de l'allaitement et les enjeux relationnels entre la mère et son bébé, n'est malheureusement pas entendue.

Dans un autre groupe, une mère participante, paraît triste et détournée de son bébé pendant ce moment de promotion de l'allaitement maternel exclusif : cette maman « *n'a pas de lait* » pour allaiter son bébé. Lors d'un échange en aparté, nous apprenons que cette mère était enceinte lors du séisme. On lui annonce la nouvelle du décès de son oncle, information tragique qu'elle a dû garder secrètement pour épargner à ses proches, surtout sa mère, un éventuel effondrement à un moment où la famille est déjà fortement perturbée. Elle a vécu un mois, seule avec son deuil, incapable de le partager avec ses proches, et par ailleurs, enfermée dans ce secret. Le lien entre le deuil et l'absence de lait semble être établi par cette mère. Cependant, l'animatrice du groupe la réfère simplement au groupe LANPE pour nourrir son bébé au lait artificiel.

---

Ainsi, comme nous l'avons remarqué dans les groupes du LANPE, les séances d'AME sont également un espace/temps où des demandes peuvent émerger et auxquels, dans le dispositif actuel, les animatrices répondent sur un plan pratique, en référant la mère au LANPE ou en lui expliquant la nécessité de l'allaitement maternel exclusif.

## Lecture clinique de ces observations et nouvelles perspectives de compréhension et d'intervention

Ces deux programmes, dans leurs différentes fonctions, constituent un espace-temps d'une grande importance dans leur fonction potentielle comme « espace transitionnel<sup>2</sup> » contenant, soutenant, introduisant progressivement les femmes à leur statut de mères. C'est un moment hors la vie quotidienne, la réalité de tous les jours, délimité dans l'espace et dans le temps, s'inscrivant dans une continuité (les activités assureraient un suivi sur un an pour le LANPE et sur six mois pour l'AME). Cela étant, ce sont des lieux où une relation sûre – à portée thérapeutique – peut se construire entre le groupe mères-bébés ou mères substitutives-bébés et les infirmières/animatrices qui les accompagnent. Dans un contexte où le groupe communautaire est vulnérabilisé par les différentes catastrophes et une exacerbation des difficultés socio-économiques, les jeunes mères ou mères substitutives ont recours aux services fournis par les ONG et conduites par des compatriotes. Cet espace transitionnel permettrait de penser, d'imaginer, et de se préparer à la relation entre la mère/mère substitutive et son bébé.

Cependant, cette relation dans sa portée psychothérapeutique était réduite dans son potentiel.

## Fonction et limites des activités observées

Au LANPE, l'activité permet de porter une meilleure attention aux soins accordés au bébé, à l'interaction entre les deux, d'autant plus que pendant ce moment la mère est matériellement (pas nécessairement psychologiquement) entièrement disponible pour son bébé. L'infirmière joue un rôle « nourricier » en donnant le lait à la mère et en la soutenant là où elle a une défaillance. Une mère a la possibilité de s'identifier à l'infirmière qui soigne son bébé, aux autres mères qui interagissent avec leurs bébés. Il y a également la possibilité d'avoir un appui des autres mères pendant un moment difficile avec son bébé, comme nous l'avons décrit au sujet du bébé CH.

Un bébé qui pleure beaucoup, qui manifeste une insatisfaction continue, peut susciter un sentiment d'échec chez la mère qui s'en occupe. Une mère déprimée ou anxieuse, incapable d'investir tranquillement son bébé, peut se retrouver dans un cercle vicieux où ce dernier, de par ses plaintes, la renvoie encore plus à ses difficultés. Dans une interaction plus distanciée mais satisfaisante avec une autre mère, le voir sourire, se calmer, peut permettre à la mère de découvrir un autre visage de son bébé.

En revanche, auprès des mères qui vivent la dynamique groupale dans la culpabilité, le sentiment d'échec, la rivalité etc., une infirmière/animatrice – disponible à ces enjeux – pourrait les soutenir en proposant des activités qui les valorisent.

Pour ces différentes raisons et d'autres encore, le LANPE peut servir d'un espace crucial de « prévention » et d'intervention précoce, aussi bien que de soutien pour les couples mères-bébés dans une période critique où beaucoup de possibilités sont encore ouvertes. C'est une période où l'attachement du bébé à sa mère, naturelle ou substitutive est en cours de construction, souvent après une séparation trop brutale : un sevrage brusque sous couverture médicale, ou encore, une séparation qui pourrait avoir des conséquences dévastatrices et inconsolables pour le bébé, telle que le décès de la mère ou son abandon.

## Le clivage de l'aspect culturel

Toujours est-il que « quelque chose » de la potentialité de ces deux lieux, comme nous l'avons souligné précédemment, semblait entravé. Ce qui relève du « *berceau culturel* » [6] de ces mères/mères substitutives était occulté, voire réduit à ces notions de « *fausses croyances* » et « *d'ignorance* », omniprésentes dans les échanges inter-équipes autour des groupes conduits et dans les briefings et formations destinées à l'équipe haïtienne.

La culture offre des logiques de compréhension et des hypothèses étiologiques traditionnelles qui rassurent les mères qui n'ont pas de lait et les déculpabilisent. Les animatrices lors des séances de sensibilisation à l'AME, soulignent essentiellement l'aspect nutritif de l'allaitement maternel exclusif, dans une approche éducative en ayant recours aux arguments nutritionnels et parfois économiques. Au cours de ces séances, elles abordent également la question de l'hygiène du bébé et de la mère. La question relationnelle, quand elle est abordée, est souvent vidée de ses nuances et ses vicissitudes intrapsychiques, intergénérationnelles et culturelles.

Dans son aspect éducatif, ces séances peuvent permettre aux mères d'être rassurées quant au « bon lait » qu'elles donnent à leurs nourrissons, de rêver un développement sain pour leurs bébés, de rêver ce moment d'allaitement pour celles qui sont encore enceintes.

---

<sup>2</sup> Concept emprunté à D. Winnicott, pédiatre et psychanalyste.

C'est un espace contenant aussi pour leurs angoisses, où elles posent des questions aux animatrices quant à leurs craintes et leurs soucis par rapport au lait qu'elles donnent à téter aux bébés, si l'on prend le temps d'écouter le discours de ces mères et ce qu'il véhicule d'angoisses sous-jacentes.

Toutefois, ces questions ne trouvent pas toujours les réponses adéquates dans le savoir nutritionnel ou médical, encore moins, dans un savoir « importé » bien que scientifique et, de ce point de vue, a priori exact.

Ainsi cet exemple qu'une animatrice haïtienne a donné sur cette mère qui a perdu trois bébés et qui appréhendent d'allaiter son quatrième par peur de l'empoisonner, telle qu'en est l'explication dans la logique de son groupe culturel. Peut-on se contenter de lui dire que ce qui la terrorise n'est qu'une « fausse croyance » et qu'allaiter son bébé est ce qu'il y a de mieux pour son développement ?

Dans certains cas, l'incapacité à allaiter, à donner le sein, qu'elle soit manifestée par la peur de tuer le bébé (empoisonnement, ou transmission de maladie), la peur de perdre son énergie vitale (suffocation, anémie...) et donc de mourir elle-même, ou par l'absence de lactation, pourrait protéger effectivement le nourrisson aussi bien que sa mère d'une décompensation psychologique. Dans un pareil cas, insister sur l'allaitement renvoyant la mère à sa défaillance ne risque-t-il pas de nuire davantage au couple mère-bébé ?

Ces peurs nous renvoient – sur le plan intrapsychique – aux fantasmes infanticides. Cependant, les théories étiologiques offertes par la culture permettent l'inscription de ces inquiétudes dans des représentations collectives transmises d'une génération à l'autre. Les moments de crises collectives et d'événements potentiellement traumatiques provoquent des ruptures dans la continuité de cette transmission et des failles dans l'enveloppe culturelle garante des représentations collectives. Les évidences sont ébranlées ouvrant la voie au doute et à la confusion. C'est dans ces failles que viennent se loger les nouvelles transmissions pouvant agir comme des corps étrangers.

Les notions de « fausses croyances » et d'« ignorance » véhiculées dans le discours des équipes d'ONG portent sur un héritage transmis de génération en génération, d'une mère à sa fille dans son devenir maternel. En s'adressant à ces mères d'aujourd'hui, quel message veut-on faire passer en leur disant que leur héritage est « faux » ? Quelle serait la valeur de ce savoir véhiculant un message qui va à l'encontre de ce que ces mères ont toujours fortement cru et pour des raisons bien légitimes et transmis par d'autres femmes/potentiellement ou déjà mères haïtiennes (les infirmières/animatrices) mais représentant un savoir occidental (le savoir de l'ONG internationale) ? Comment ce lait serait-il accueilli et métabolisé ?

Ces séances ont lieu souvent dans des régions difficilement accessibles, parfois inaccessibles autrement que

par quatre heures de marche. Ainsi, l'AME touche une population qui, souvent, n'a d'autres repères que le savoir transmis par ses aînés. Introduire un savoir « nouveau », « occidental » dans ces régions, qui ne s'inscrit peut-être pas dans la lignée de ce qui a déjà été transmis, et présenté en opposition aux savoirs culturels, non pas dans une « réconciliation » avec ceux-ci, est-il réellement assimilable ? Une illustration à ce sujet : lors d'une des séances d'AME, pendant que l'animatrice expliquait les précautions à prendre quant à l'hygiène, une vieille femme assise au bord de l'espace de la séance dit à une mère qui a accouché depuis une semaine, présente parmi les participantes, qu'elle ne doit pas allaiter de son premier lait. Un message et son contraire sont véhiculés en ce moment à cette jeune maman qui a accouché de son premier bébé. Quel serait le devenir de cette première expérience d'allaitement ? Entre un savoir intégré depuis sa première tétée, et un savoir scientifique occidental imposant dans ce qu'il porte comme représentations du progrès de l'occident, comment pourra se situer cette mère ? Cela va-t-il faciliter l'allaitement ou pas ?

Une autre question se pose concernant les « porteurs » de ce savoir : les animatrices et les infirmières haïtiennes, accompagnées et formées par des étrangers, opérant auprès de populations vulnérables. L'omission du bagage culturel de chacune, l'omission du bagage culturel de la population vulnérable à laquelle les activités sont destinées, indiquerait un fonctionnement clivé. Elle force un déni de certains aspects de la réalité psychique et du monde fantasmatique puisant ses ressources dans la culture haïtienne, qui entre autres savoirs, se nourrit de la vérité de « tout passe par le lait ». Ce déni peut être aperçu furtivement dans certains aspects des sessions de sensibilisation, notamment par la réponse à toute question, sans nuance, sans prendre le temps d'élaborer autour de la question posée. On se réfère systématiquement à la grille de connaissance transmise lors des formations.

Les recommandations qu'elles fournissent aux participantes, ne peuvent-elles pas être formulées à partir de leur propre savoir ?

### **Réactiver et légitimer le savoir culturel : nouvelle perspective de compréhension et d'intervention**

Ce fonctionnement chez les animatrices/infirmières nous a amené à constituer un groupe pour explorer ensemble les figures de la féminité et de la maternité qui nourrissent les représentations collectives d'une part, et les représentations différenciées selon les communautés et les appartenances d'autre part. La visée de ce groupe était d'établir une toile de compréhension des situations, conflits, objets qui ont le potentiel d'attaquer les liens

---

entre la mère et son nourrisson, l'empêchant de donner le sein et/ou d'établir une relation suffisamment bonne avec lui. En redécouvrant ces représentations, nous pourrions « réactiver » notre capacité de rêverie groupale, pour pouvoir accorder une écoute valable qui ne défigure pas le récit de chacune, qui ne réduit pas leur inquiétude à une simple peur irrationnelle. De plus, ces « réductions » ont été pensées dans leur fonction défensive contre la résurgence de l'archaïque.

### **L'apport des théories culturelles : détour par un aperçu sur les représentations collectives autour de la grossesse et de l'accouchement**

Dans ces séances de groupe, nous avons parcouru ensemble, les différentes représentations autour de la grossesse et de l'accouchement. Les animatrices et les infirmières haïtiennes ont replongé dans leurs propres histoires pour retrouver des théories qui leur ont été transmises par leurs aînées. Certaines de ces théories sont particulièrement pertinentes dans le contexte actuel du pays ravagé par les catastrophes et la mort : une femme enceinte ne peut pas porter le deuil, ne peut pas aller aux enterrements. Pendant sa grossesse, une femme est protégée des attaques de sorcelleries et des possessions mais elle est à nouveau vulnérable après l'accouchement. Une mère allaitante peut avoir le lait salé qui tue les bébés.

La maladie dans le discours et la réalité de la masse populaire haïtienne, est complexe et diffère de la maladie présentée dans le discours de la médecine occidentale. Il faut d'abord définir la catégorie de la maladie : maladie naturelle, maladie du bon dieu, maladie des *lwas*<sup>3</sup> ou maladie du diable. Selon la catégorie, le malade peut avoir recours à la médecine moderne, au soin traditionnel ou les deux. Dans le soin traditionnel, il peut y avoir deux recours : *doktè fey* (docteur feuilles) ou référent religieux (*oungan* ou prêtre catholique ou protestant). Parfois la même personne peut assurer les deux moyens de traitement.

Au cours des échanges, nous notons bien comment certains référentiels populaires sont acceptés et intégrés comme tels par le groupe, sans être questionnés. Nous retrouvons par exemple une acceptation unilatérale de la notion de *perdisyon*<sup>4</sup>, de la tâche de désir à la naissance du bébé<sup>5</sup>, de la nécessité d'enterrer le placenta du bébé

<sup>3</sup> Divinités de la religion Vaudou qu'on nomme encore anges, diables ou mystères (Hurbon 1993) [7].

<sup>4</sup> Une femme peut être enceinte et son fœtus peut dormir dans son ventre au-delà de la période de grossesse, voire pendant des années, et renaître au moment convenu.

<sup>5</sup> Si la femme enceinte désire quelque chose et son envie n'est pas assouvie, le bébé en a la trace sur sa peau – une animatrice en montre la preuve sur son ventre.

pour éviter les attaques de sorcellerie et surtout la notion de lait maternel « salé » dangereux pour les nourrissons.

Le travail de reconstruction des rituels, des mythes, des références spirituelles haïtiennes « nourrissait » les animatrices, leur facilitait la capacité d'accueillir les récits des mères, ces récits venant parfois de très loin. La réaction des animatrices dans les groupes (chacune à son rythme et avec sa spécificité) auprès des mères devenait alors moins inhibitrice. Elles commençaient à pouvoir, sur certains sujets, notamment de portée culturelle et spirituelle, mettre leur savoir scientifique de côté pendant un moment, accueillir les constructions des mères sur certaines réalités autour de l'allaitement, l'accouchement etc. sans les disqualifier, mais les inviter à en parler en groupe. Quand ces constructions sont portées par le groupe AME, l'information que l'animatrice offre, devenait moins « étrangère ». Cette nouvelle information viendrait se greffer sur le savoir antérieur de la mère et non pas l'annuler.

### **Conclusion**

La survie du nouveau-né dépend étroitement des soins que lui accorde son environnement supposé être « suffisamment bon » [8] et solide pour lui fournir une prise en charge constante et entière de ses besoins basiques : nutritifs, hygiéniques, médicaux et surtout affectifs. Le bébé risque d'être inaccessible à toute prise en charge, s'il est en proie à une souffrance psychique aigüe. Dans un contexte relativement normal, l'accouchement donne lieu à des changements psychiques importants dans la réalité interne de la mère qui a besoin, à son tour, d'un environnement contenant, pour pouvoir assurer à son enfant la disponibilité qu'il réclame. La relation mère-bébé est un espace perméable à toute perturbation qui peut la mettre en danger, et pouvant avoir des répercussions graves sur le nourrisson aussi bien que sur sa mère. En 2010-2011, la population bénéficiant des services prodigués par ces activités était en proie à de fortes perturbations qui ont attaqué les liens communautaires [3], des expériences de deuil pour la plupart ainsi que d'inquiétudes vis-à-vis du danger de mort planant avec l'épidémie du choléra.

Est-ce que le discours médical d'une part, occidental de l'autre, pourrait fournir des réponses rassurantes ? Dans le discours occidental, la maladie touchant l'un ou l'autre de la dyade mère-bébé est définie à partir de critères bien précis permettant d'établir un diagnostic et un traitement. Ces activités se déroulent sur un terrain culturel chargé au niveau de l'imaginaire collectif de représentations et de liens, peu ou presque pas pris en considération. Cet imaginaire collectif nourrit la psyché de tout un chacun, et dont la visibilité et la reconnaissance diffèrent selon les régions et les appartenances communautaires.

### Points à retenir

- La relation mère-bébé est un espace perméable à toute perturbation qui peut la mettre en danger, et pouvant avoir des répercussions graves sur le nourrisson aussi bien que sur sa mère.
- La culture offre des logiques de compréhension et des hypothèses étiologiques traditionnelles qui rassurent les mères qui n'ont pas de lait et les déculpabilisent.
- La question relationnelle dans l'allaitement et le soin primaire qu'accorde la mère à son bébé doit tenir compte des nuances et des vicissitudes intrapsychiques intergénérationnelles et culturelles.
- Les moments de crises collectives et d'événements potentiellement traumatiques provoquent des ruptures dans la continuité de la transmission intergénérationnelle et des failles dans l'enveloppe culturelle garante des représentations collectives. C'est dans ces failles que viennent se loger les nouvelles transmissions pouvant agir comme des corps étrangers. Ce processus renforce l'impact traumatique.
- Les activités de soin en humanitaire se déroulent sur un terrain culturel chargé au niveau de l'imaginaire collectif de représentations et de liens. Cet imaginaire collectif nourrit la psyché de tout un chacun, sa visibilité et sa reconnaissance diffèrent selon les régions et les appartenances communautaires. Il est indispensable de prendre en considération le niveau culturel et les étiologies culturelles collectives et de les articuler au savoir médical.

La communauté haïtienne qui constitue la population bénéficiaire du LANPE et AMÉ est fortement spirituelle (la séance d'AMÉ est lancée et clôturée par une prière). Cette spiritualité est d'autant plus complexe qu'elle puise ses références dans une articulation entre le Christianisme et le Vaudou. Dans une des discussions auprès des Haïtiens, une personne nous dit : « *Le Haïtien le plus pratiquant du catholicisme, a dedans des traces de Vaudou. Le lendemain d'un rêve où il a vu sa grand-mère morte qui lui explique quelque chose, il va chercher à comprendre ce que cet esprit lui a dit* ». Pour Hurbon [7] : « *En Haïti, des conflits de classes, de langues, de religions, déchirent tellement les masses vaudouisantes que l'obéissance à la tradition est toujours plus ou moins entravée. Que se passe-t-il donc quand, par suite d'une conversion au catholicisme ou au protestantisme et d'une pression des valeurs*

*occidentales, le service des lwas est négligé ? Nous assistons à un renforcement des interprétations persécutives par les lwas* » (p.146). S'ajoute à ces conflits, l'ébranlement de toute une communauté par une succession de catastrophes dont le pays peine encore aujourd'hui à se relever. Le recours au savoir culturel et l'obéissance aux traditions sont aussi parasités par la nécessité, le besoin de recourir aux services des organisations humanitaires internationales, porteuses des valeurs et du savoir occidentaux.

S'il n'est évidemment pas possible de répondre ici à toutes ces questions, elles méritent sans doute d'être posées et pensées parallèlement au déroulement des activités qui, avant tout, répondent à un besoin pressant de prévenir la malnutrition et le haut taux de mortalité infantile, réalité violente qui suscite une intervention rapide, et donc des messages clairs et peut-être trop univoques.

Pour tout soin, les dimensions culturelle et spirituelle ne peuvent être négligées. Elles aident à mieux comprendre et à mieux soigner.

**Liens d'intérêts :** les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

### Références

1. Hurbon L. *Comprendre Haïti. Essai sur l'état, la nation, la culture*. Paris : les éditions Karthala, 1987.
2. Pierre A, Minn P, Sterlin C, et al. *Culture and mental health in Haiti: a literature review*. World Health Organization, 2010.
3. El Husseini M, Mouchenik Y, Moro MR. Figuration de l'histoire originaire collective à travers sa réverbération traumatique en Haïti. *La pensée sauvage* 2015 ; 16(1):28-37.
4. Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris : Dunod, 2004.
5. Devereux G. *Ethnopsychanalyse: psychoanalysis and anthropology as complementary frames of reference*. Berkely (Cal.): University of California, 1978.
6. Moro MR. *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF, 1998.
7. Hurbon L. *Les mystères du vaudou*. Paris : Gallimard, 1999.
8. Winnicott DW. *Playing and reality*. Oxford : Routledge classics, 2005.