



HAL
open science

Rencontre : médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte

Halima Madi

► **To cite this version:**

Halima Madi. Rencontre : médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte. Sciences de l'Homme et Société. 2023. <dumas-04546848>

HAL Id: dumas-04546848

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04546848v1>

Submitted on 15 Apr 2024

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.



HAL Authorization

MEMOIRE DE RECHERCHE

Pour obtenir le diplôme de

CADRE DE SANTE

Institut Universitaire Santé Social

Master 2 : Droit Économie Gestion

Mention : Management et Administration des Entreprises

Parcours : Management des organisations sanitaires, Médico-sociales et sociales

Présenté et soutenu publiquement par

MADI Halima

Le jeudi 08 juin 2023

« Rencontre : Médecine traditionnelle et médecine occidentale dans les soins à Mayotte »

Mémoire dirigé par **Mme D-ARRIPE AGNES**, Ph.D. Unité de recherche HaDéPaS

JURY

Mme LECOCQ Hélène

Cadre de santé

Tuteur de mémoire.

Mr VANVELCENAHER Rémi

Cadre formateur

Jury Master.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements en premier lieu :

- Mme D-ARRIPE AGNES, Ph.D. Unité de recherche HaDéPaS, en sa qualité de directrice de mémoire.
- Mme LECOCQ Hélène, cadre de santé, en sa qualité de tutrice de mémoire.
- Mr VANVELCENAHÉ Rémi, Cadre formateur, en sa qualité de référent pédagogique.

Pour vos conseils, encadrements, soutien et disponibilité pour ce travail de mémoire.

J'exprime toute ma reconnaissance à ma famille, mon mari et mes enfants, mes sœurs et frères, pour leur soutien inconditionnel.

Je remercie également, Mme FAYEMENDY Nathalie et mes relecteurs, pour leurs éclairages, soutiens et orientations de lectures. Vos encouragements m'ont permis de surmonter ces dix mois de formation intense.

Un grand merci à l'équipe pédagogique de la FMMS la catholique de Lille et à la promotion Marie-Amélie Le Fur 2022/2023.

Je tiens également à remercier particulièrement les patients, la tradithérapeute et les soignants, sans lesquels je n'aurais pas pu enrichir ce travail. A ma nièce qui a fait les déplacements lors des entretiens.

Je n'oublie pas tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce travail.

Je finis en dédiant ce projet à mon défunt père, la bonne étoile qui me protège.

Abstract

Key Words: Ethnomedicine - Traditional medicine - Transmission of knowledge - Medical power - Care.

This research dissertation highlights the encounter between Western medicine and traditional medicine in care in Mayotte, knowing that this poses a problem in terms of safety and quality of care.

With this subject, I highlight both family practices, the expectations of patients and caregivers, and a reflection on the possible action of the health care manager. The issues here are, for patients, the quality of support, and for caregivers, securing and improving care.

To conduct this research, I used the grounded theory method through semi-structured interviews. These were conducted with professionals, a traditional therapist and patients on their expectations and their practices during illness and care. The goal was to collect their expectations, to understand their realities, their experiences and their respective experiences.

This work does not claim to revolutionize the practices of each other but rather to understand in order to better respond to a problem. It is also a question of allowing me to work, when taking up future positions, on possible avenues of support as a manager, based on real and daily situations.

How can the coexistence between the two medicines be considered in biomedical care with a population when the latter has a representation of the disease from its own culture?

One hundred percent of those questioned think that this cohabitation is possible under certain conditions. The issues here are the understanding, recognition and consideration of the social, cultural and religious aspect of a patient; uncovering the reasons why they act in one way rather than another; how to inform patients about biomedical expectations and permitted practices. Knowledge of cultural customs facilitates trust between caregiver and patient and allows the patient to openly discuss their practices often considered taboo in the management of care as they are envisaged in a Western setting.

Sommaire

Remerciements.....	1
Abstract.....	2
I. INTRODUCTION	5
II. DU CADRE CONTEXTUEL A LA QUESTION DE DEPART.	7
A. Parcours professionnel.....	7
B. Contexte géographique et historique.....	8
a. Géographie.....	8
b. Petit rappel historique.....	10
C. Peuplement, démographie, santé	11
a. Peuplement et démographie.....	11
b. Système de santé et sécurité sociale	12
D. Constat de la situation.....	15
a. La réalité du terrain	15
b. Contexte culturel	18
c. Des incompréhensions	22
d. Problématique	23
III. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE	24
A. Méthodologie de recherche	24
B. L'Organisation des Entretiens.....	26
C. Le déroulement des entretiens.....	27
D. Choix de l'échantillon	28
E. Les entretiens	30
F. Présentation des Interviewés	32
IV. L'ANALYSE DES ENTRETIENS	34
A. Méthodologie de l'analyse	34
I. Les caractéristiques de la médecine traditionnelle et conventionnelle.....	35
A. La méfiance du patient envers le corps médical.....	35
B. La comparaison des pratiques dans la prise en charge	36
C. La transmission du savoir	37
D. Coexistence de deux pratiques thérapeutiques.....	38
II. L'absence de dialogue au sein des pratiques	39

A.	Le tabou de la médecine traditionnelle	40
B.	L'impact des croyances dans les soins	40
C.	L'angle législatif	42
III.	Les Attentes	43
A.	Les points communs des attentes	45
B.	Les points divergents	48
V.	Discussion :	49
A.	Pratique et théorie : comment enrichir ma recherche ?.....	49
B.	L'Articulation entre Médecine traditionnelle et médecine occidentale	51
a.	Médecine traditionnelle.....	51
b.	La médecine occidentale	52
c.	Articulation de ces deux médecines à Mayotte.....	52
C.	LE CADRE LEGISLATIF	60
D.	RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE.....	61
a.	La législation : Autorisation mise sur le marché et reconnaissance des pratiques.....	63
b.	Risques liés à l'utilisation de certaines plantes sans encadrement.....	68
c.	Le droit de pratiquer sa religion dans les soins	70
d.	Le soin.....	72
e.	Le pouvoir médical et les freins dans l'articulation des deux pratiques.	75
E.	Synthèse globale.....	81
VI.	Conclusion :.....	84
	Glossaire :.....	88
	Bibliographie.....	89
	Résumé du travail de recherche.....	95

I. INTRODUCTION

Tout professionnel qui exerce au Centre Hospitalier de Mayotte, seul établissement public de santé de l'île, est inévitablement confronté à la diversité des cultures. Les plus représentées sont celles propres à l'archipel des Comores et aux autres îles de l'océan indien (Madagascar, mais aussi Maurice, La Réunion ou Rodrigues).

Au sein de l'Hôpital, les soignants sont confrontés à la présence des deux modes de prises en charge qui s'offrent à la population. Se rencontrent les soins issus de la médecine traditionnelle et ceux relevant de la médecine occidentale, dite également biomédecine.

En effet, le patient arrive dans l'établissement de santé porteur d'une culture qui diffère de celle enseignée lors des études médicales ou paramédicales. Les cultures issues de l'océan indien, celle de la France métropolitaine ainsi que la culture biomédicale (différente de la culture populaire présente dans l'Hexagone – Durif-Bruckert, 1994), se croisent quotidiennement dans les soins avec des représentations culturelles de la santé et du corps malade qui varient de culture à culture, voire de personne à personne. Ainsi, quand l'approche culturelle est privilégiée, elle entraîne, chez les patients mahorais, une influence de la perception locale de la maladie, laquelle se concrétise au travers d'une pratique de la médecine traditionnelle susceptible de revêtir plusieurs formes.

La particularité de cette rencontre des médecines est liée à la transmission, génération après génération, d'une culture ancestrale, laquelle rencontre, à l'hôpital, une culture de soins occidentale représentative d'une société qui évolue et se transforme. Dans ce contexte général, le droit à la santé de chaque individu est un droit essentiel qui est règlementé par des textes de loi.

Dans la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, le droit à la Santé est fondamental et l'objectif de l'OMS est de permettre à chacun, quelle que soit son origine, d'atteindre et de maintenir le meilleur état de santé possible.

L'un des objectifs énoncés et à atteindre pour tous les pays est le suivant : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses*

opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (OMS, 1946). Ce droit comprend l'accès aux soins dans le temps, la qualité de la prise en charge ainsi qu'une accessibilité pour tous.

A Mayotte, le contexte est tout d'abord marqué par la jeunesse de la population (60% de la population a moins de 20 ans) ainsi que par un nombre très important de migrants clandestins. De nombreux mahorais possèdent une représentation de la maladie et de la guérison qui reste traditionnelle et marquée par l'islam (majoritaire et pratiqué par plus de 95% de la population).

Lorsqu'ils sont face à la maladie, de nombreux patients initient leur parcours de soins en fonction de leur culture. Le plus souvent, ils font, en premier lieu, le choix des soins issus de la médecine traditionnelle laquelle se trouve parfois en opposition avec la médecine occidentale dite conventionnelle, même lorsque le malade se trouve à l'hôpital.

Face à des pratiques non légiférées, une incompréhension s'installe alors entre les différents professionnels qui participent aux soins de la personne. Les pratiques peuvent être de plusieurs ordres : religieuse, à base de plante et/ou racine et/ou grains, massages, recours au sacré ou à des esprits (*djinns*).

Pour autant, le caractère de région insulaire française et de département de France d'Outre-Mer de Mayotte garantissent, pour chacun, l'accès au droit à la santé et au droit d'accès au système de santé français. La politique de soins est supposée être la même qu'en Métropole. Malheureusement, son application est particulièrement difficile en raison de certaines spécificités culturelles. Ainsi, le système de soins offre trois dispositifs, le secteur public, le secteur privé, et le secteur traditionnel.

L'alternance entre le système de santé, qu'il soit public ou privé, lequel possède un cadre légal et un système de santé traditionnel, non cadré, donc illégal, est incontournable. La rencontre de ces deux médecines intervient quand la médecine traditionnelle est pratiquée seule, ou en parallèle avec la biomédecine, entraînant une incompréhension dans la prise en charge au sein des services. Au regard des pratiques professionnelles en tant que faisant fonction de cadre infirmière, l'identification de plusieurs situations d'incompréhension entre le soignant et le patient nous amène à réfléchir à cette rencontre.

Nous allons dans un premier temps contextualiser la situation présente à Mayotte, et poser les bases théoriques de ce travail. Puis la problématique de ce mémoire sera exposée. Nous décrivons ensuite le dispositif de recherche, de la conduite des entretiens à leur analyse, avant de présenter la discussion. Enfin, lors de la conclusion, nous envisagerons quelques actions professionnelles susceptibles d'être mises en place dans les services.

II. DU CADRE CONTEXTUEL A LA QUESTION DE DEPART.

A. Parcours professionnel

Originaire de Mayotte j'ai effectué toute ma scolarité dans l'île. Par la suite j'ai travaillé en tant qu'Agent de Service Hospitalier. Ce poste m'a permis d'être au cœur d'un métier qui côtoie celui des soignants, et m'a motivée à passer le concours d'aide-soignante à l'Institut des Etudes en Santé à Mayotte.

De 2011 à 2016, j'ai travaillé en tant qu'Aide-Soignante, ce qui m'a permis d'acquérir des compétences générales, d'adaptation et d'intégration, ainsi qu'une posture soignante et responsable. Durant ces années, le travail en binôme avec les infirmiers a suscité mon intérêt pour la profession d'infirmière. Diplômée en 2016, j'ai intégré le Pôle BACS¹ en tant qu'infirmière, puis référente, avant de m'engager dans un processus de faisant fonction de cadre de santé dans un service de chirurgie en mai 2020.

Ma prise de poste s'est faite rapidement, sans accompagnement. Je me suis retrouvée seule à devoir gérer deux services d'hospitalisation en plus des services de consultations, sans doute sans posséder les connaissances nécessaires à l'accomplissement de mes nouvelles fonctions.

Dans le cadre de cette dernière fonction, une situation touchant à la thématique de la culture m'a interpellée. Je me suis en effet retrouvée en difficulté en tant que

¹Bloc Anesthésie Chirurgie et Spécialité

cadre. Aussi, je souhaite replacer cet événement tant dans son contexte géographique, historique que professionnel.

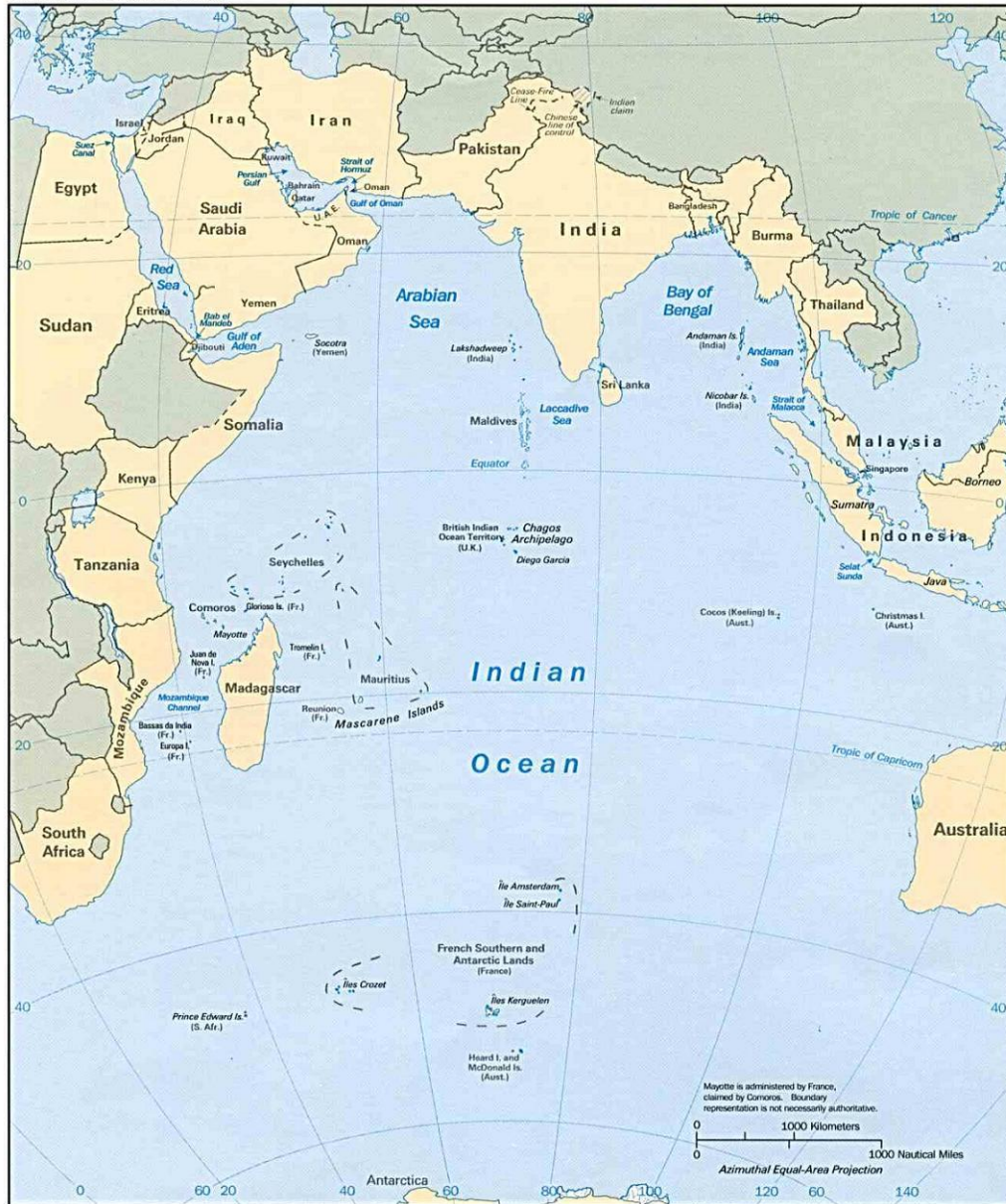
B. Contexte géographique et historique

a. Géographie

Mayotte est une petite île qui se situe dans l’océan indien. Elle se trouve dans le canal du Mozambique entre Madagascar et l’Afrique.

Bien que 101^{ème} département français, d’un point de vue géographique, Mayotte appartient à un archipel, Les Comores, à majorité musulmane. Elle se trouve à 1600 km de la Réunion et à 8000 km de la France. C’est un petit archipel volcanique de 374 km², constitué de deux îles principales, La Grande-Terre et la Petite-Terre, étendues sur plus de 1500 km² et délimitées par un récif corallien.

Indian Ocean Area



802126 (R00367) 5-93

Planche n°1 : situation de Mayotte dans l'océan indien

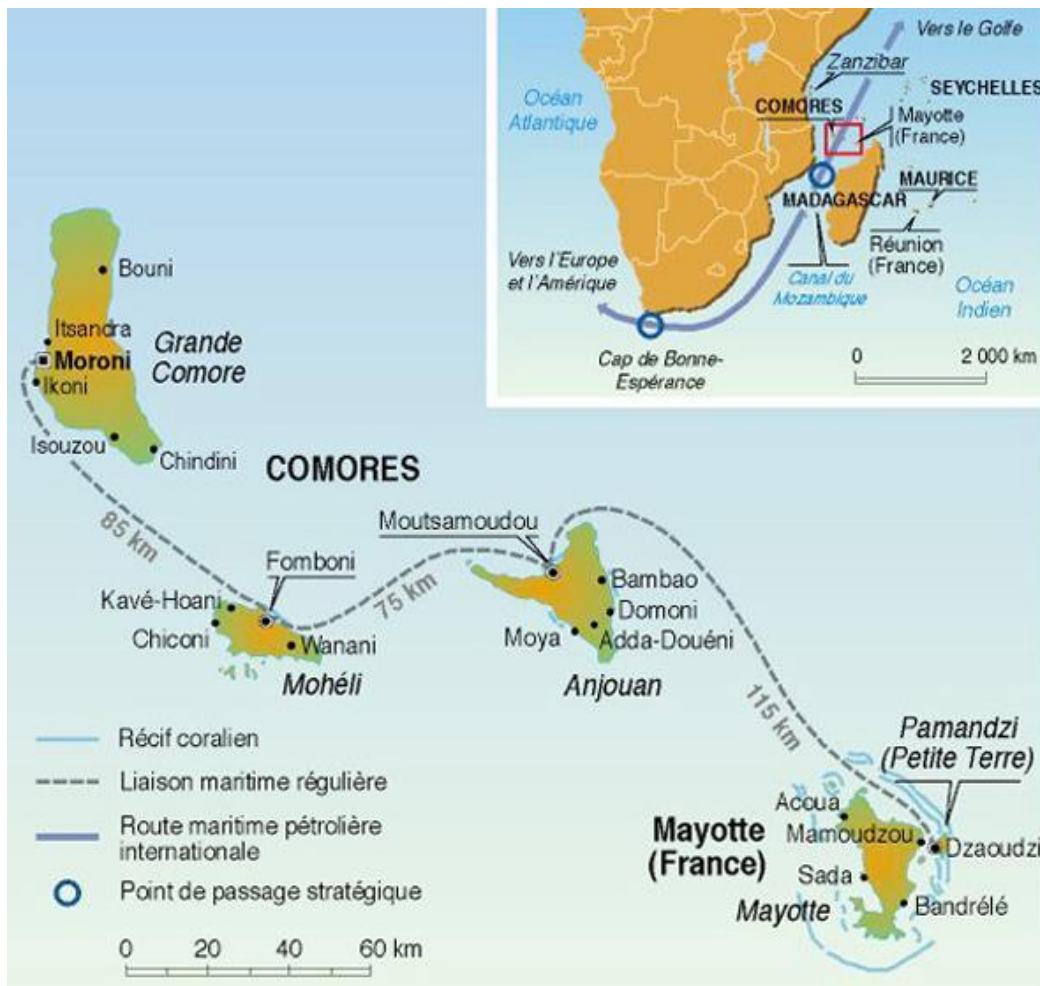


Planche n°2 : situation de Mayotte dans l'archipel des Comores

b. Petit rappel historique

L'histoire² de Mayotte remonte au temps des cinquièmes et VIII siècles. Son peuplement originel serait d'origine Bantoue.

Le développement du commerce dans le canal de Mozambique, par l'Afrique et Madagascar, se fait à partir du XIII siècle. Le peuplement se poursuit alors avec une invasion Arabe qui amène la culture Swahilie et la religion musulmane. Des rivalités se créent dans l'archipel et conduisent régulièrement à des invasions militaires.

Au XVème siècle l'archipel devient un point de ravitaillement sur la route des Indes et Mayotte voit arriver les premiers Européens, Portugais et Français.

² Selon le *Rapport d'information n° 115 (2008-2009)*

De violentes rivalités inter-îles apparaissent à la fin du XVIII et au début du XVIII siècle réduisant la population à trois mille personnes. Alors, le 25 avril 1841, afin de protéger l'île des attaques extérieures (surtout de celles venant des autres îles des Comores) le Sultan Andriantsoly rattache Mayotte à la France en la cédant à Louis Philippe, qui était représenté par le commandant Passot.

Au XXème siècle, l'île décide à deux reprises, par référendum, en 1974 et en 1976 de demeurer française. Ce choix n'étant pas partagé par les trois autres îles de l'archipel des Comores, l'île fait sécession alors que les autres îles deviennent indépendantes (Union des Comores). Il faut noter que l'Union des Comores, qui considère que les 4 îles de l'archipel ne forment qu'une entité politique et culturelle, ne reconnaît pas le rattachement de Mayotte à la France.

Mayotte est dotée, en février 1976, d'un statut provisoire de territoire d'outre-mer de la République Française. Cet ancrage dans la République est ensuite réaffirmé par la population, ce qui conduit à la modification de la loi du 22 décembre 1979 par laquelle Mayotte acquiert un statut de collectivité territoriale de la République française.

Cette dernière modification conduit à la signature de l'accord du 27 janvier 2000 sur l'avenir de Mayotte. La loi du 11 juillet 2001 transforme alors le territoire en Collectivité départementale. Le 29 mars 2011, les Mahorais³ sont de nouveau consultés et s'expriment à 95,24% en faveur de la départementalisation.

Le 31 mars 2011, l'île de Mayotte devient le 101ème département de France, et accède, le 1er janvier 2014, au statut de Région Ultra périphérique qui lui permet de prétendre à des fonds européens structurels et d'investissement en faveur de son développement socio-économique et environnemental.

C. Peuplement, démographie, santé

a. Peuplement et démographie

Les Mahorais sont en grande partie issus de la rencontre entre des Bantous, des Shiraziens⁴ et des Malgaches. Avec 256 500⁵ habitants en 2017 et une croissance

³ Les habitants de Mayotte.

⁴ Premier peuple colonisateur de Mayotte, originaire de Perse (Iran) qui a apporté la religion musulmane.

⁵ Chiffre de l'INSEE de 2017.

très importante : « plus 3,8% par an selon l'INSEE⁶ », la démographie a connu une véritable explosion ces dernières décennies. Une immigration clandestine très importante vient des îles voisines, de l'Afrique, et de Madagascar. Actuellement si l'on comptabilise les clandestins, nous sommes un peu plus de 400 000 habitants sur l'île.

Il existe une seule structure de soins dans l'île, pour toute la population : le Centre hospitalier de Mayotte. Celui-ci se situe dans le chef-lieu, à Mamoudzou, et il rayonne par ses cinq sites périphériques répartis sur tout le territoire dont treize centres de consultation.

Ces centres périphériques appelés « dispensaires » sont ainsi répartis : à Petite Terre à Dzaoudzi, au sud de l'île à M'Ramadoudou, au centre à Kahani, au nord à Dzoumogné et le Grand Mamoudzou. Les dispensaires réalisent des consultations générales pour désengorger le site de Mamoudzou. Pour tous les autres soins qui nécessitent un plateau technique plus poussé (Radio, scanner, consultation spécialisée, biologie...), les patients sont orientés vers Mamoudzou.

Le chef-lieu, Mamoudzou, est le seul site à posséder des services d'hospitalisation spécialisés de longue durée pour toutes pathologies confondues.

b. Système de santé et sécurité sociale

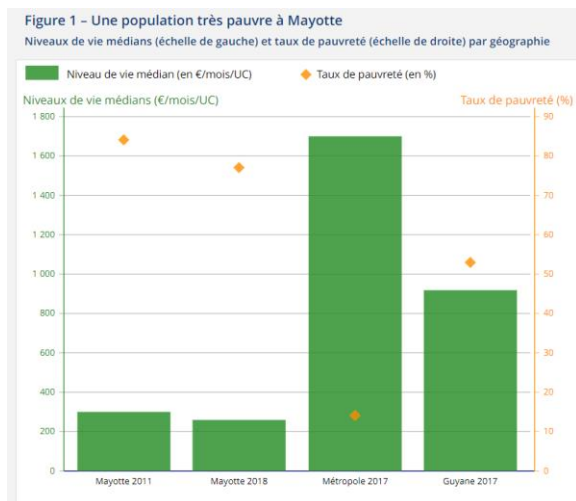
L'organisation du système de santé est administrativement la même qu'en France Métropolitaine. Cependant sur le plan du terrain local, celui-ci est adapté à la spécificité de l'île avec, notamment la présence de dispensaires.

L'organisme de sécurité sociale présent depuis 1977 porte le nom de Caisse de Prévoyance Sociale. En 2004, la caisse est entrée dans le réseau National de la Sécurité sociale. La spécificité de Mayotte est qu'il n'y a pas de Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Tout habitant en situation régulière a accès à la création de son dossier de sécurité sociale. Ceux qui se trouvent en situation irrégulière avec une pathologie chronique, ont des droits, sous certaines conditions et sous réserve d'étude de leur dossier. Leurs dossiers sont constitués et présentés

⁶ Institut National de la Statistique des Etudes Economiques.

par une assistante sociale. Pour ceux qui sont en situation irrégulière l'accès à la sécurité sociale n'est pas possible. Donc, ils doivent s'acquitter d'un forfait de soins.

Sachant que la plupart des patients sont non assurés sociaux en raison de leur situation de clandestinité, le centre hospitalier accueille tout de même tous les patients en demande de soins. Il a mis en place des dispositifs⁷ pour adapter l'accès aux soins pour tous. Les mineurs de moins de 18 ans et les femmes enceintes bénéficient de la gratuité des soins. Pour les personnes majeures, une participation appelée « *forfait de soin* » est demandée. Celle-ci varie de 10 euros à 30 euros et couvre une semaine de prise en soins. Il est important, ici, de noter que le salaire moyen à Mayotte est, chez les habitants en situation régulière au regard du droit français, de l'ordre de 1042 euros par mois. Selon l'INSEE, (2018), le niveau de vie des habitants est six fois plus faible que celui de la métropole et près de la moitié de la population (les clandestins composants, selon les estimations, de 30 à 50% de la population) ne dispose que de 160 euros par mois pour vivre. Ainsi, les plus pauvres sont majoritairement issus de l'immigration clandestine et ne peuvent prétendre ni aux prestations sociales ni à la sécurité sociale.



Source : INSEE, enquêtes budget de famille 2011 et 2017-2018.

En matière de santé, le Conseil Général assure tout ce qui est prévention primaire et protection maternelle infantile pour les personnes en situation irrégulière et de précarité.

⁷ Tarification mis en place par le conseil de surveillance, septembre 2018, chm



Planche n°3 : Maillage territorial du CHM 2021, source CHM.

D. Constat de la situation

a. La réalité du terrain

Les services d'hospitalisation se trouvent à Mamoudzou, les patients étant orientés dans les services selon leurs pathologies : Réanimation, Médecine, Psychiatrie, Pédiatrie, ou chirurgie.

L'Hôpital ne dispose pas de toutes les spécialités traditionnellement présentes dans les grands Centres Hospitaliers métropolitains ou réunionnais. Cette carence s'explique soit par l'absence de spécialistes sur le site, soit par défaut de plateau technique, soit par l'éloignement géographique de Mayotte, (statistique de l'ARS, 2020, p12 et 13).

Les établissements de soins

Établissements sanitaires publics et privés
au 1^{er} janvier 2020

Catégories	Mayotte	Métropole
Secteur public (établissement)	1	1284
Centre hospitalier régional / universitaire (CHR/CHU) ⁽¹⁾	0	188
Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	1	986
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS) ⁽²⁾	0	94
Autre unité du service public ⁽³⁾	0	16
Centres de consultations périphériques (même entité juridique)	11	0
Secteur privé (établissements)	4	2 439
Établissement de soins de courte durée	0	607
Centre de lutte contre le cancer	0	27
Établissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS)	0	281
Établissement de soins de suite et de réadaptation	0	693
Centres de dialyse	4	591
Autres établissements privés ⁽⁴⁾	0	240
Ensemble	4 + 16 ⁽⁵⁾	3 723
<i>dont établissements ayant une maternité</i>	<i>1 + 4 ⁽⁶⁾</i>	<i>468</i>

(1) inclut en particulier les établissements de l'AP-HP. (2) entité juridique. (3) inclut les centres de radiothérapie, les établissements du SSA, les SIH, les établissements sanitaires des prisons, les établissements GCS (Groupement de coopération sanitaire) publics. (4) inclut les services d'hospitalisation à domicile, les établissements GCS (groupement de coopération sanitaire). (5) 1 CH + 11 dispensaires et 4 centres de référence tous rattachés au CH / (6) 1 CH + 4 centres de références tous rattachés au CH.
Sources : Drees - ARS Mayotte - Données SAF 2019

STATISS 2020 | 12

Équipement Sanitaire : source ARS Mayotte, STATISS 2020.

L'accès au système libéral est plus facilement accessible aux patients ayant la sécurité sociale et ou à ceux qui ont les moyens de payer leur consultation.

Les statistiques de l'ARS Mayotte, (2020, p 24), montrent que Mayotte est dotée de 119 médecins généralistes dont 31 exercent en libéral.

Comparativement au nombre de médecins et de spécialistes présents en France métropolitaine, on constate que la pénurie de médecins généralistes de ville combinée au manque de spécialistes est un handicap certain pour proposer à la population une offre de soins adaptée et accessible (Humblot, 2023).

Professionnels de santé

Professionnels de santé hors remplaçants au 1^{er} janvier 2020

Professions	EFFECTIF TOTAL		DONT LIBÉRAUX (Y compris mixte)		DENSITÉ** (Effectif total)	
	Mayotte	Métropole*	Mayotte	Métropole*	Mayotte	Métropole*
Médecins généralistes	119	82 815	31	57 073	43	127
Médecins spécialistes	103	116 426	8	56 751	37	179
Ensemble des médecins	222	199 241	39	113 824	80	306
Chirurgiens dentistes	17	41 287	10	35 875	6	63
Sages femmes	214	21 175	26	nd	308	152
Infirmiers	877	724 427	200	124 528	314	1 112
Masseurs kinésithérapeutes	93	nd	75	nd	33	nd
Orthophonistes	10	26 187	6	21 104	4	40
Orthoptistes	1	5 370	1	nd	0	8
Pédicures-podologues	2	nd	1	nd	1	nd
Ergothérapeutes	11	13 291	0	nd	4	20
Psychomotriciens	8	14 169	1	nd	3	22
Audio-prothésistes	2	4 084	0	nd	1	6
Opticiens-lunetiers	16	40 015	5	nd	6	61
Manipulateurs ERM	20	37 659	0	nd	7	58
Nombre d'officines pharmaceutiques	24	20 606	-	-	-	-
Nombre de pharmaciens	83	68 774	23	nd	30	106
Nombre de laboratoires privés d'analyses médicales	4	3 958	-	-	-	-

Personnel : source ARS Mayotte, STATISS 2020 p24

De plus, l'ARS explique que : « *La densité médicale est insuffisante dans ce secteur, la part des professionnels de santé libéraux étant ici la plus faible constatée en France.* »

Selon la Revue d'épidémiologie et de la santé publique, 2010, les personnes en situation irrégulière représentent 40% de la population, 11% disent avoir migré pour des raisons de santé et ont une situation très précaire. Ils ne consultent presque pas en milieu libéral mais plus dans le secteur public. Ceci pourrait s'expliquer par la non affiliation à la sécurité sociale dû à leurs situations de clandestin. « [...] *et les non-affiliés sont les personnes en situation irrégulière de séjour.* »

Légifrance, Article L1110-1, (23 février 2022), « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi, et avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* »

Les patients sont confrontés à un délai d'attente important lorsqu'ils sont en demande de soins que ce soit pour le libéral ou le secteur public.

Lors d'un échange avec la cadre de pôle des sites périphériques et grand Mamoudzou, Mme Zaïna Bacar, celle-ci fait référence à la problématique concernant l'arrivée des patients, leurs parcours difficiles pour accéder aux différentes consultations. « *On peut voir tous les matins devant les centres de consultation ou cabinets médicaux, il y a une foule de personnes qui font la queue, parfois depuis 4h30 du matin, pour espérer avoir un ticket pour une consultation.* ». Cet élément est également mis en évidence dans l'étude menée par Jacques Lebas, Madina Querre, Sophie Florence, Pierre Chauvin, (2007).

Sur certains sites, il y a un quota de consultations journalières. Il arrive même que le patient dorme sur la terrasse du bâtiment à même le sol pour espérer être sur la liste (ce sont des situations que l'on rencontre encore en 2023). Concernant les rendez-vous spécialisés, il y a trois, voire quatre mois de délais d'attente en fonction des disponibilités de vacation des médecins. Par exemple pour une consultation d'ophtalmologie on peut prévoir des rendez-vous pour un mois donné, et devoir les annuler car l'hôpital n'a pas pu trouver un médecin pour les honorer. Il faut savoir qu'il n'y a, à Mayotte, qu'un seul ophtalmologue pour près de 400 000 personnes...

Face à ces difficultés, l'alternative de la médecine culturelle (qui possède une place importante dans la culture mahoraise) s'accroît (Humblot, 2023).

b. Contexte culturel

A Mayotte, la médecine culturelle n'est pas légalement reconnue.

Elle est considérée comme légitime par la population et demeure très présente dans les recours thérapeutiques des familles. Elle est utilisée de trois manières différentes :

- Par la religion : le remède est fait à base d'une lotion composée d'eau dans laquelle baignent diverses écritures de versets du Coran et ou citations de versets du Coran destinés à implorer Dieu de donner la bonne santé. Ce traitement est fait par un foundi⁸.
- Par un ou une tradithérapeute reconnu(e) par la société qui prépare les traitements locaux à base de plantes, de racines et d'autres ingrédients selon le type de préparation et le rite envisagé, (pommade, infusion, talisman, parfum, coton, poulet sacrifié, dance, rituel...) ;
- Par association de ces deux modes.

Ces pratiques sont intégrées dans la culture mahoraise depuis très longtemps.

a. Médecine culturelle

Selon l'OMS, la médecine culturelle : « *se rapporte aux pratiques, méthodes, savoirs et croyances en matière de santé qui impliquent l'usage à des fins médicales de plantes, de parties d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, de techniques et d'exercices manuels séparément ou en association pour soigner, diagnostiquer et prévenir les maladies ou préserver la santé* ».

En anthropologie, la médecine culturelle est étudiée par une science qui se nomme l'ethnomédecine.

Laurence Pourchez la définit de la manière suivante : « *En sciences humaines, elle est souvent considérée comme une branche de l'anthropologie médicale. Elle se*

⁸ Foundi c'est un religieux de confession musulmane.

défini comme l'étude des médecines traditionnelles et de leurs logiques internes en termes de conduites thérapeutiques, de discours produits et de représentations du corps, de la santé, de la maladie, de la naissance, de la mort et du malheur, incluant le rapport entre santé et sacré ou santé et magie. »

L'OMS explique que de nombreux pays sous-développé ou en voie de développement ont recours à la médecine traditionnelle en matière de santé. En Afrique, plus de 80% de la population a recours à la médecine culturelle.

Le docteur H Doumbia, (2015), explique qu'à « *travers le monde, la médecine traditionnelle constitue soit le mode principal de prestations de soins de santé, soit un complément à ce dernier* ».

A Mayotte, la médecine traditionnelle est plus accessible que la médecine occidentale. Les Mahorais baignent dedans depuis leur enfance. C'est une médecine enseignée de génération en génération par les grands-parents et les parents qui la transmettent à leurs enfants.

La pénurie de médecins libéraux et les longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous font partie des facteurs qui favorisent sa pratique.

Fréquemment, lorsqu'un Mahorais est malade il va en premier lieu aller consulter un praticien exerçant la médecine culturelle et/ou la religion.

La maladie est souvent interprétée comme la conséquence d'un mauvais sort, ou du mauvais œil venant de personnes qui envient la personne malade, et qui ne l'apprécient pas.

Concernant l'interprétation religieuse de la maladie, celle-ci est souvent considérée comme la conséquence d'une épreuve envoyée par Dieu.

Malheureusement dans ces cas-là, le patient tarde à consulter et peut arriver à l'hôpital à un stade avancé de sa pathologie (Humblot, 2023).

Pourtant, le CHM est un acteur essentiel dans la politique sanitaire du territoire, mais il ne peut satisfaire seul aux besoins de santé de la population de l'île et des régions alentours.

La médecine traditionnelle faisant partie intégrante de sa culture, le patient va continuer à la pratiquer soit seul ou et en association avec la médecine occidentale.

A la Réunion, le même problème se retrouve régulièrement. Laurence Pourchez, (2011, p 64), explique dans le livre *Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et Nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion)* que la médecine traditionnelle est bien présente dans la prise en charge et que cela se fait en fonction du contexte et des lieux. « *La médecine traditionnelle varie selon les îles, les contextes sociaux, l'offre de soins. Ainsi à la Réunion cette médecine est souvent utilisée en complément du système biomédical.* »

De nombreux mahorais continuent à pratiquer cette médecine au sein même de l'établissement de santé. Ils vont recourir au traitement et à la religion là où la chose est possible, c'est-à-dire le plus souvent dans leur chambre d'hospitalisation.

Jean Pierre Martineaud, (2002), explique que les religieux sont présents auprès des patients depuis la création des hôpitaux. Ils accompagnent les malades durant toutes les étapes de leur vie.

La majorité de la population mahoraise est musulmane. A l'hôpital de Mamoudzou, les patients ont donc besoin de faire leurs cinq prières par jour. La présence de lieux de culte est inexistante contrairement à ce qui peut exister dans certains grands hôpitaux métropolitains. L'espace de recueillement est absent. En revanche, lorsqu'un patient décède à l'hôpital, à la demande de la famille, un aumônier musulman peut intervenir pour la toilette mortuaire dans un espace dédié mis en place par l'hôpital. Lors d'un échange avec un responsable de la restructuration des bâtis de l'hôpital, celui-ci m'a expliqué que l'absence de lieux de culte au centre hospitalier est due au manque de réserve foncière.

b. Relation interculturelle

La population de Mayotte s'exprime principalement en Shimaorais (variante du Comorien présente à Mayotte) et ou Shibouchi (langue dérivée du Sakalava de Madagascar), deux langues différentes transmises par les parents.

Mayotte étant un département français, le Français est la langue que l'on apprend à l'école, qui est parlée dans les différentes administrations de l'île.

Foued Laroussi (2015, p 28) écrit, « *le français est fortement revendiqué par les jeunes de la génération de plus de 40 ans, le Shimaorais et le kibushi restent les principales langues transmises au sein de la famille mahoraise.* ».

Rastami Spelo (2022, 11'), explique que la langue Mahoraise fait partie inhérente de la culture. « *La langue à besoins de la culture pour s'asseoir.* ».

A Mayotte, actuellement, la pratique de la langue française se développe avec l'école et au sein de la famille. Ainsi que l'écrit Foued Laroussi (2015, p.35) : « *l'entrée du Français dans les échanges au sein de la famille est une pratique tout à fait récente à Mayotte. C'est seulement depuis une génération que cette langue a pénétré l'espace familial. Sans doute cela est devenu possible grâce à une scolarisation plus importante des parents et à une meilleure maîtrise du français.* »

Tableau 1 : **LES LANGUES PARLÉES À MAYOTTE**

Les langues parlées à Mayotte	Effectif	Pourcentage
le shimaore	642	98,5
le français	595	91
le kibushi	559	85,5
le shindzuani	414	63,5
le shingazidja	405	62
le shimwuali	270	41,5
l'arabe	180	27,5

Source : *Travaux de Foued Laroussi, (2015 : 35)*

Il y a en effet une grande diversité de cultures dans l'île : mahoraise, malgache, comorienne, occidentale... qu'on retrouve à l'hôpital. Les patients sont, pour la plupart, de confession musulmane (mahorais, africains, anjouanais, malgaches, grand-comoriens et mohéliens).

Une forte majorité de patients possède une culture entremêlant la connaissance de certains aspects du soin occidental et divers éléments issus de la médecine traditionnelle propre à Mayotte ou à la zone des Comores. Nombreux sont issus de l'immigration clandestine avec une méconnaissance des codes de la médecine occidentale dite médecine conventionnelle qui prime dans la prise en soins en milieu

hospitalier. Très peu de patients, qu'ils soient mahorais ou immigrés⁹ parlent ou comprennent le Français.

Il faut savoir qu'à Mayotte, comme dans tous les secteurs sanitaires, nous sommes confrontés à un très grand turn-over des professionnels de santé. Dans le service au sein duquel j'exerce, le turn-over touche surtout les médecins, les chirurgiens et les infirmiers. Le Centre Hospitalier de Mayotte estime que le turn-over entre médecins et infirmiers oscille entre 40% et 70%. Ils sont, pour l'immense majorité d'entre eux, originaires de France métropolitaine, ce qui explique leur méconnaissance des langues locales (le *Shimhorais* et le *Shibushi*), de la culture, des usages thérapeutiques culturels.

En tant que Faisant Fonction de Cadre de santé dans le service de chirurgie depuis mai 2019, je me suis retrouvée à plusieurs reprises face à des situations touchant à la pratique de la médecine traditionnelle. Celles-ci, par leur complexité, mettaient en difficulté les équipes de soins qui ne connaissaient pas les recours thérapeutiques associés à la culture mahoraise.

c. Des incompréhensions

Face à ces usages non connus et pour lesquels il n'existe pas de réglementation, les soignants ne comprennent pas toujours le patient et ils se sentent souvent démunis.

Il m'est fréquemment arrivé d'être interrogée par des soignants métropolitains qui, ignorant les pratiques traditionnelles, se trouvaient face à un patient en train d'y avoir recours. Il pouvait par exemple s'agir soit de pratiques associées à la médecine traditionnelle, soit à la conduite de prières en hospitalisation, ces pratiques étaient habituelles et susceptibles de se produire tant dans une chambre individuelle que dans une chambre double.

Par ailleurs, de son côté, le patient ne comprend pas toujours non plus la réaction du soignant (comme par exemple quand des actes sont programmés comme des

⁹ Immigrés : patients qui sont en situation irrégulière sur le territoire et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs de l'INSEE.

examens ou des soins invasifs) quant à sa manière de vouloir le soigner par des thérapies issues de la biomédecine. Cette situation conduit à une incompréhension dans la relation soignant-soigné.

Je me suis alors posé plusieurs questions concernant la méconnaissance de la culture du patient par l'équipe soignante. J'ai constaté le fait que, souvent, dans les équipes, cette méconnaissance amène des interprétations diverses, de l'ethnocentrisme, des jugements de valeur.

Et à chaque fois que les équipes étaient confrontées à la présence de thérapies non conventionnelles, ou traditionnelles, elles me demandaient de me positionner. En tant que cadre, quelle réponse faut-il apporter ?

Je me questionne donc sur ma pratique professionnelle et notamment sur ma posture en tant que future cadre de santé face à ce genre de situation.

Ainsi, partant du postulat selon lequel l'intégration de la culture et de ses pratiques dans les soins est un atout pour la relation de soins mais que celle-ci est souvent compliquée à mettre en œuvre par les soignants, ma question de recherche est la suivante :

Comment envisager, dans le soin, la rencontre entre médecine traditionnelle et médecine occidentale ?

d. Problématique

A Mayotte, quand on est soignant, on se retrouve en difficulté dès lors que l'on est confronté à la pratique de la médecine non conventionnelle dans la prise en charge à l'hôpital. Les patients en demande de soins mais pratiquant en parallèle la médecine traditionnelle au sein de l'hôpital sont en effet omniprésents au centre hospitalier. Je souhaite donc comprendre le point de vue des soignants ainsi que celui des patients sur leurs attentes quant à la prise en charge. Pourquoi ce

phénomène est-il conflictuel dans les soins et quelles solutions proposer aux soignants afin de faciliter la prise en charge de ces patients au regard de la contrainte hospitalière.

III. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE

A. Méthodologie de recherche

Pour mener cette recherche je choisis d'utiliser la méthode dite de la Théorisation Ancrée, telle qu'elle est présentée et explicitée par Pierre Paillé (1994, p6). Celui-ci s'appuie notamment sur les travaux de Glaser et Strauss (1967).

Il s'agit d'une approche méthodologique issue de la sociologie nord-américaine. Son utilisation a évolué dans d'autres disciplines (comme en santé ou dans le cadre des soins primaires) et s'est mondialisée. *« Les racines de la découverte de la GT¹⁰ prennent naissance au sein des deux plus grands courants méthodologiques universitaires sociologiques des années 60 : l'Université de Columbia dont est issu Barney G. Glaser et l'Université de Chicago dont est issu Anselm L. Strauss². La découverte de la méthode de l'analyse par théorisation ancrée provient de leur travail de recherche explorant le processus de « mourir à l'hôpital » publié en 1965 ».*

Selon P. Paillé, elle vise à *« lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. ».*

Dans ce travail de recherche c'est l'étude des données qui seront recueillies via les différents entretiens qui vont nourrir ma recherche et mon analyse. A partir des résultats de ces données, je vais analyser les similitudes et les différences qui

¹⁰ *Grounded theory*, théorisation ancrée.

apparaissent entre les entretiens conduits auprès des patients et ceux pratiqués avec les soignants.

Dans un second temps, je reviendrai du terrain à la théorie en confrontant les données issues du terrain aux concepts théoriques, ceci afin de m'aider à approfondir ma problématique.

P. Paillé écrit « *Quel que soit le niveau de théorisation atteint, le résultat devra être ancré {grounded} solidement dans les données empiriques recueillies.* » (p.150) et il ajoute plus loin dans le même paragraphe que : « *À la différence des théories traditionnelles, d'abord créées, ensuite vérifiées (validées), la plupart par des chercheurs différents et dans des conditions différentes, une théorie ancrée est construite et validée simultanément par la comparaison constante entre la réalité observée et l'analyse en émergence* »

C'est une méthode qui me permet de recueillir les attendus des patients et des soignants, leurs compréhensions de la réalité, leurs vécus et leurs expériences. Je fais le choix de ne centrer cette recherche que sur le terrain de l'île de Mayotte, où on ne retrouve qu'une seule structure de soins publique avec une pénurie importante d'accès aux soins.

Ainsi que l'explique N. Hennebo : « *il s'agit de la génération systématique d'une théorie à partir des données, d'une manière inductive et en usant d'étapes prédéfinies.* »

La souplesse du guide d'entretien permet aux personnes interrogées d'avoir la possibilité de s'exprimer librement. J'ai fait le choix de faire des entretiens semi-directif pour permettre à l'interviewer de s'exprimer librement et de n'intervenir que si besoin de reformuler ou de comprendre un point particulier. J'ai choisi cette méthode pour me permettre d'instaurer un climat de confiance et pour laisser libre la personne interviewée de se livrer pour donner le maximum d'informations sans pour autant l'influencer, ni l'orienter sur ses réponses.

B. L'Organisation des Entretiens

L'organisation des entretiens a été très complexe en raison de la distance qui me sépare du terrain qui est celui de Mayotte.

J'ai dû organiser les rendez-vous avec les interviewés en amont en leur expliquant que le jour du rendez-vous ce serait une personne ressource qui se rendrait au rendez-vous avec son téléphone pour faciliter l'échange téléphonique. Cette proposition a été acceptée par les patients et la tradithérapeute.

Pour les infirmiers c'était plus facile de les joindre et d'échanger sur les plages horaires qui les arrangeaient et ainsi organiser les rendez-vous.

La réalisation des entretiens avec les patients s'est faite pendant les vacances scolaires à Mayotte et j'ai dû m'organiser pour faciliter le déplacement de la personne ressource. Celle-ci était d'accord de se rendre dans les différents villages à condition que cela se fasse pendant les vacances scolaires et en journée. J'avais pré-sélectionné en amont via des collègues et des connaissances dans les villages, l'échantillon des patients. Les rendez-vous étaient posés en fonction des disponibilités des interviewés.

En ce qui concerne les soignants j'ai préparé l'entretien directement avec les personnes concernées qui ont accepté ou m'ont orienté vers d'autres collègues dans le cas échéant.

Quelques difficultés sont à noter, premièrement celle de l'organisation des rendez-vous en fonction des disponibilités de mes interlocuteurs et de la distance entre les villages. Je souhaitais poser les rendez-vous en fonction des zones qui sont proches et regrouper les patients situés dans un même secteur afin de faciliter le déplacement de la personne ressource. Ceci aurait dû me permettre de mobiliser la personne ressource durant deux journées. Pour autant, cela n'a pas été possible et j'ai dû m'adapter aux disponibilités des personnes enquêtées. De ce fait il n'a finalement été possible de faire qu'un seul entretien par jour.

La deuxième difficulté rencontrée est celle de la complexité de la traduction dans les deux sens, de la langue française vers le *Shimaoré* et du *Shimaoré* vers la

langue française. En effet, il faut savoir que certains mots ne se traduisent pas de la même façon en fonction du sens que veut donner l'interviewer à son discours.

La retranscription du *Shimaoré* en Français s'est faite de manière à être au plus près et au plus juste possible des propos tenus par les personnes interrogées.

Malgré les difficultés rencontrées, chaque échange était très riche et singulier. Les interviewés ont pris le temps de recevoir chez eux la personne ressource qui m'a fait un retour positif de l'accueil : « c'est des personnes formidables et elles m'ont bien accueilli. Impossible de partir de chez eux sans avoir pris le thé pour certaines et d'autres carrément partager le repas avec eux. » Elle m'explique le fait qu'elle ne soit pas restée pendant l'échange, la plupart des interviewés ont apprécié cette démarche qui a été considérée comme un signe de respect de leur intimité. Elle ajoute qu'en revanche, pour la tradithérapeute, les choses étaient différentes : celle-ci a souhaité qu'elle reste et à la demande de son fils, elle a accepté.

En conclusion de ses déplacements elle me dit : « je reconnais que c'est du boulot et ça m'a pris du temps d'aller dans les différents villages mais ça m'a aussi permis de découvrir des villages que je ne connais pas notamment celui du nord de l'île. » Elle me précise que la tradithérapeute lui a même dit qu'elle pouvait revenir au besoin.

C. Le déroulement des entretiens

Ainsi que je l'ai expliqué plus haut, les entretiens se sont déroulés par téléphone en raison de la distance qui me sépare actuellement de Mayotte et des difficultés d'accès au réseau internet, rendant impossible la mise en place d'une visioconférence.

L'aide de ma nièce pour effectuer les visites chez les patients à la date des rendez-vous a été un atout à la réalisation des entretiens. Elle a servi de médiateur, me permettant, grâce à l'utilisation de son téléphone portable, de communiquer avec les patients et la tradithérapeute.

Lors des différents échanges, j'ai reformulé les expressions qui n'étaient pas comprises et j'ai laissé le champ libre aux patients et aux soignants pour s'exprimer sur le sujet des soins. De plus cela m'a permis de relancer la discussion lors de réponses incomplètes.

Les échanges se sont déroulés en Shimaorais pour la majorité des interlocuteurs et plus ou moins en Français pour les soignants car ils introduisaient tous des phrases en Shimaoré. Pour favoriser un climat de confiance et pour que les personnes interrogées se livrent plus facilement, je ne les ai pas interrompues. A la suite des échanges j'ai retranscrit directement en Français tous les entretiens.

Ce choix est motivé par le fait que les interlocuteurs se livrent plus facilement lorsqu'on les interpelle dans leur langue. Mon expérience professionnelle et les nombreuses observations que j'ai pu effectuer dans ce cadre m'ont permis de rebondir facilement lors des échanges.

D. Choix de l'échantillon

Dans une démarche de théorisation ancrée, contrairement à ce qui se passe pour d'autres types de recherches il n'est pas exigé de déterminer un échantillonnage. En revanche ce sont la nature, les éléments probants, l'apport d'informations supplémentaires qui délimitent l'échantillon. La seule limite à la recherche, le moment où l'on peut considérer que l'objectif est atteint, c'est la saturation de l'information.

En effet, comme l'explique P. Paillé dans son cahier de recherche : « *En analyse par théorisation ancrée, il faut également détacher la notion d'échantillonnage de celle de personne ou « sujet »* » p153. Ici, la recherche qualitative est portée par le terrain lui-même. Au lieu de chercher à composer un échantillonnage qui n'est par ailleurs pas toujours gage d'objectivité ou de scientificité (car de nombreuses recherches ont montré que la composition de l'échantillonnage est parfois biaisée par le chercheur qui tente de valider ses hypothèses, quitte à orienter la composition des échantillons de population dans un sens ou un autre), la recherche menée dans

l'optique de la théorisation ancrée n'a pour seules limites que la redondance (les mêmes informations qui reviennent dans différents discours) puis la saturation de l'information (la redondance devient telle que l'enquêteur a le sentiment de ne plus rien apprendre de neuf, qu'il a fait le tour de la question). En théorisation ancrée, on s'intéresse avant tout au sujet, à son discours et moins à un échantillonnage potentiellement artificiel. « *Dans l'analyse de la théorisation ancrée...Chaque phrase des entretiens est passée au crible et se voit attribuer un code. On entend par code, l'attribution à un groupe de mots, une phrase, une synthèse lexicale qui rend compte du sens du propos évoqué. Ce travail de fourmi doit être le plus fidèle et le plus précis possible afin de restituer au mieux le contenu des matériaux recueillis* » (Humblot, 2020, p 150).

Pour autant, dans le cadre de ce mémoire, et en raison du peu de temps qui m'est imparti pour ma recherche, je ne peux avoir pour ambition de parvenir à la saturation de l'information. Mes résultats de recherche ne sont donc que provisoires, et l'arrêt des entretiens m'a été dicté par la réalité temporelle du temps donné à ma recherche.

Ainsi, j'ai fait le choix de partir d'un panel composé de 4 soignants, de 3 patients et d'une tradithérapeute.

Les échanges avec les patients, la tradithérapeute, appelé aussi « Foundi », les soignants, ont pour ambition de chercher à comprendre les éléments qui seraient importants pour eux, de saisir leurs points de vue, leurs ressentis et leurs vécus respectifs, concernant leurs pratiques lors de leurs parcours de soin.

E. Les entretiens

GUIDE D'ENTRETIEN

Information sur la personne interviewée

Sexe : F M

Profession :

Age :

Village :

Lieux d'exercice :

Problématique :

Comment envisager la rencontre de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale dans le soin ?

Patients

Quel âge avez-vous

Où habitez-vous ?

Quelle-est votre profession ?

Pouvez-vous m'expliquer comment vous vous soignez lorsque vous êtes malade ?

Racontez-moi la dernière fois où vous avez été malade (ou votre entourage) comment est-ce que vous avez fait ?

Comment est-ce que vous vous êtes senti ?

Pourquoi faites-vous le choix de vous soigner par la médecine traditionnelle ou par la médecine occidentale (Mzoungou) ?

Qu'est ce qui est important pour vous ?

Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?

Tradithérapeute et Foundi

Comment vous appelez-vous ?

Pouvez-vous m'expliquer vos pratiques ?

Qu'est ce qui est important pour vous dans vos pratiques ?

Quel est votre rapport à la médecine occidentale ? (Complémentarité ? pourquoi ? Délais de soins ?)

A quel moment envoyez-vous vos patients vers la médecine occidentale ? Le faites-vous ?

Comment est-ce que ça se déroule ?

Qu'est ce qui est important pour vous ?

Est-ce que vous voulez ajoutez quelque chose ?

Soignant

Quelle est votre profession ?

Dans quel service travaillez-vous ?

Avez-vous rencontré des patients pratiquant la médecine culturelle dans votre service ?

Pouvez-vous me raconter comment ça se passe ?

Pouvez-vous me raconter une expérience qui vous a marqué ?

Quelle sont vos attentes ?

Qu'est ce qui est important pour vous dans votre pratique de soignant ?

Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?

F. Présentation des Interviewés

Les entretiens se sont déroulés auprès de huit personnes, répartis comme suit :

- Trois patients et une tradithérapeute,
- Quatre soignants infirmiers.

Concernant les trois patients, nous avons deux femmes et un homme. L'une des femmes est cultivatrice, l'autre est femme au foyer et l'homme était forgeron. La tradithérapeute, quant à elle, est également cultivatrice. Leurs âges varient de 52 ans à 78 ans. Tous habitent à Mayotte.

Pour les soignants il y a trois femmes et un homme, tous issus de la filière infirmière et qui sont âgés de 35 à 59 ans.

Ils exercent tous à Mayotte. Trois travaillent au centre hospitalier et le quatrième exerce dans un cabinet de soins infirmiers en libéral. Les trois infirmiers du centre hospitalier œuvrent dans des services différents : la chirurgie, la médecine ambulatoire et la néonatalogie ; tous ont rencontré une situation où les deux médecines se rencontrent dans des conditions différentes.

		Sexe	Age	Ville	Profession	Lieux d'exercice
Patients						
Entretien « MH »	1	Femme	52 ans	Bambo-Ouest	Cultivatrice	
Entretien « MA »	2	Homme	88 ans	Sada	Forgeron	
Entretien « MVA »	3	Femme	78 ans	M'tsahara	Femme au foyer	
Entretien Tradithérapeute	4	Femme	78 ans	Bouéni	Cultivatrice et Tradithérapeute	A domicile
Soignants						
Entretien 1 IDE « M »		Homme	42 ans	M'Ramadoudou	Infirmier Libérale	Soins à Domicile secteurs sud centre
Entretien 2 IDE « SS »		Femme	31 ans	Sada	Infirmière	Chirurgie CHM
Entretien 3 IDE « AN »		Femme	35 ans	Mamoudzou	Infirmière Puéricultrice	Néonatalogie CHM
Entretien 4 IDE « S »		Femme	59	Labatoire	Infirmière	Médecine Ambulatoire CHM

IV. L'ANALYSE DES ENTRETIENS

Au terme des entretiens, je présente ci-dessous les premiers résultats de ma recherche. Les entretiens ont tous été retranscrits en Français. Ils ont duré de 20 à 40 minutes au maximum et sont joints en annexes.

A. Méthodologie de l'analyse

La méthodologie employée pour l'analyse des entretiens est tout simplement celle de l'analyse de contenu de tous les discours produits. J'ai commencé par lire à plusieurs reprises les différents entretiens, puis j'ai repéré les différentes thématiques qui ressortaient des entretiens ainsi que les sous-thèmes. Ensuite j'ai organisé les idées afin d'établir le plan.

Par la suite j'ai repéré les variables qui ressortent des différents entretiens pour définir le plan de mon analyse.

Nous allons voir dans une première partie, les enjeux de la rencontre de ces deux médecines. Dans une seconde partie, nous aborderons la question des dangers qui peuvent être engendrés par la méconnaissance de la médecine traditionnelle puis nous terminerons avec les attentes exprimées par les uns et les autres.

I. Les caractéristiques de la médecine traditionnelle et conventionnelle

A. La méfiance du patient envers le corps médical.

Tous les patients déclarent cacher leurs pratiques de la médecine traditionnelle au soignant par peur d'être réprimandés. Ainsi, la patiente MH, lorsque je lui ai demandé si elle avait dit au médecin quelles étaient ses pratiques traditionnelles : « *Non, non, non pas du tout, ahhh euuuuhhhh toi tu veux que j'aie des problèmes* » (L67) et « *je ne vais pas lui dire que je fais les médicaments de la maison hum* » (L78).

Ou la patiente MVA « *par contre il ne faut surtout pas le dire au docteur à l'hôpital* » (L54).

Ils expliquent ce comportement comme étant une sorte de déférence due au corps médical. Mais aussi, ils le justifient par le fait que le médecin n'est pas de la même religion, et ne va pas les comprendre : MH « *par respect pour le docteur je ne lui dis pas* » (L86), MVA « *il ne faut surtout pas, ah non non, parce qu'il va se fâcher, et il n'est pas musulman [...] C'est un manque de respect à son égard, il est médecin il sait ce qu'il fait, donc c'est impoli que je lui dise déjà que je fais des médicaments traditionnels cela voudra dire qu'il n'est pas compétent* » (L56 à 58).

Les pratiques non conventionnelles se font en parallèle lors des consultations ou d'une hospitalisation : MVA « *quand je suis hospitalisée je me cache et je fais même les médicaments de la maison [...] je leur fais en cachette aussi à l'hôpital* » (L65-à 67)

MH « *Des fois je les mélange des fois pas* » (L45) « *le mélange je le fais surtout vers la fin des médicaments du docteur* » (L47).

MA « *Le lendemain j'ai demandé à ma femme de m'amener la tisane à base de plantes que je buvais à la maison. Elle l'a mise dans une bouteille de coca et elle me l'a ramenée. Je l'ai mise dans mon petit placard et je buvais tous les matins et*

soirs. » (L26 à 28), « Lorsque je suis sorti de l'hôpital [...] Je suis allé voir le Foundi elle m'a donné les traitements » (L36-37).

B. La comparaison des pratiques dans la prise en charge

Les patients comparent toujours l'accès aux deux modes de soins. Ils soulignent un délai de prise en charge qui est long en ce qui concerne l'accès à la médecine occidentale. Tandis qu'en médecine traditionnelle, il n'y a pas d'attente, et de surcroît, celle-ci est plus rapidement accessible. Comme le déclare MA : « *ce qui n'est pas facile, c'est de rester attendre longtemps* » (L39) ou MA « *vous laissez traîner jusqu'à ce que ça devienne grave* » (L45)

MH : « *j'appelle le Foundi pour venir me soigner à la maison, des fois c'est lui qui vient avec ses propres moyens* » (L93-94).

Tradithérapeute : « *Des fois, les gens venaient me chercher ici et m'amenaient pendant une semaine dans leur village pour soigner quelqu'un de leur famille.* » (L43 à 45)

Ils ne parlent pas de ce problème de délai d'attente au médecin, car ils ne veulent pas lui en imputer la faute.

Cette raison n'est pas la seule évoquée par les patients. Lors du récit de leur itinéraire thérapeutique, les patients expliquent commencer par les traitements qu'ils qualifient de « médicament de la maison ».

MVA : « *Moi, hum, moi quand je suis malade, je me soigne d'abord avec les médicaments de la maison* » (L18-19).

MH : « *Alors, lorsque je suis malade, je commence par appeler un Foundi* » (L37)

MA : « *Moi je me soigne toujours avec la médecine traditionnelle.* » (L12-13).

La tradithérapeute, un des patients et un soignant, soulèvent la question de l'échange monétaire dans les soins traditionnels. La tradithérapeute explique que lorsqu'on fait un soin traditionnel, le *foundi* ne doit pas mettre un prix sur le traitement. « [...] *Je ne demandais rien rien, tu sais pourquoi ? Parce que le*

médicament traditionnel, on ne le fait pas payer, on ne fait pas payer un médicament traditionnel. C'est interdit, ce n'est pas bien. » (L45 à 47)

L'infirmier libéral ajoute que lorsqu'un *foundi* réclame un prix exorbitant c'est que ce n'est pas un bon *foundi*. IDE M : « *Il demandait pour une semaine de traitement beaucoup d'argent, 2500 euros, 2500 euros en une semaine » (L35-36), « Ben concernant ce genre de pratique traditionnelle, si devant vous le Foundi met en avant l'argent et ben tout de suite il faut se méfier. Il faut se méfier. Un vrai Foundi ne met jamais en avant l'argent » (L134 à 136).*

A l'hôpital c'est un forfait soins qui varie entre 10 et 30 euros qui est demandé aux « non-assurés » sociaux mais pour autant, aucun des patients n'évoque un frein lié au forfait.

Les patients préfèrent commencer par les pratiques transmises au sein de la famille lors de l'apparition des premiers maux.

C. La transmission du savoir

On retrouve deux types de transmissions, celle de la médecine traditionnelle et celle de la médecine occidentale.

En médecine traditionnelle c'est une transmission qui se fait de génération en génération dans la lignée familiale. Comme l'explique la tradithérapeute : « *Moi j'ai commencé par apprendre avec ma grand-mère et ma mère depuis l'âge de 12 ans. » (L23).*

MVA : « [...] *que m'a montré ma mère étant petite et que j'ai approfondis en grandissant » (L19).*

Cette organisation s'inscrit également dans la philosophie du droit coutumier.

D. Coexistence de deux pratiques thérapeutiques.

Tous les patients confirment pratiquer les deux modes de soins. Ils mélangent les traitements des soins traditionnels et les traitements occidentaux.

MVA : « *Je connais pas mal de médicaments à base de plantes et je commence par cela avant tout, puis je fais les prières et en dernier je vais aller voir à Mamoudzou pour l'hôpital ou le médecin* » (19 à 21), « [...] *mais cela ne m'empêche pas de continuer mes médicaments traditionnels dès que je rentre* » (26-27), « *j'ai des traitements de l'hôpital, je les fais et en même temps je fais aussi ceux de la maison donc je mélange, oui* » (L50-51).

MH « *je vais voir le médecin. Il me donne ses médicaments, je les prends à la maison. Après, si ça ne va toujours pas, je reprends les médicaments traditionnels.* » (42 à 42).

Deux infirmières expliquent que les patients méconnaissent les principes actifs des traitements locaux alors que l'association de certains remèdes de médecine traditionnels avec d'autres médicaments prescrits par le médecin peut être préjudiciable aux malades.

IDE M : « [...] *des patients qui continuent à faire les traitements traditionnels associés avec les traitements prescrits par le médecin à notre insu, en cachette* » (L104-105), « [...] *de toutes les différentes plantes consommées par nos patients aucune n'a agi sur ces deux pathologies [...] souvent ces patients se retrouvent paralysés* » (L148 à 150).

IDE SS : « *Je ne peux pas savoir si cette pommade a contribué à la dégradation rapide de sa plaie* » (L139), « *les gens ne connaissent pas la posologie ni les principes actifs* » (L163).

Selon les infirmiers, l'alliance des deux pratiques influence la prise en charge.

IDE S : « *Donc je pense qu'il est utile d'allier les deux médecines ; moi je pense que c'est utile.* » (L45-46).

IDE SS : « *les soignants, on a toujours de l'imagination et donc on trouve un compromis entre ces deux modes de soins* » (L152-153).

Certains patients arrêtent même leur traitement prescrit par le médecin pour ne suivre que le traitement traditionnel, cette décision unilatérale n'est pas sans risque.

MA : « *Les médicaments que je prends à la maison, ça me suffit largement* » (L14),
« [...] *je continue mes traitements à la maison* » (L41).

MVA : « *Mais là, cela fait quelque mois, quatre voire cinq mois que ces vertiges me dérangent, ils reviennent souvent* » (L23-24).

Malgré la coexistence de ces pratiques thérapeutiques, il y a un manque de dialogue.

II. L'absence de dialogue au sein des pratiques

Tous les patients interviewés expliquent avoir un itinéraire thérapeutique. Ils disent commencer par les soins traditionnels et les prières, avant d'aller voir ce qu'ils appellent la médecine « Mzoungou¹¹ » qui est la médecine occidentale. Lorsqu'ils sont pris en charge par la médecine occidentale, tous disent allier les deux traitements, ce qui suscite l'incompréhension des soignants.

MVA : « *Je commence par cela avant tout, puis je fais les prières et en dernier je vais aller voir à Mamoudzou pour l'hôpital ou le médecin* » (L20-21).

MH : « *Après avoir prié dieu de me guérir, préparé les médicaments « maison », je vais voir le médecin.* » (L40-41).

MA : « *Moi je me soigne toujours avec la médecine traditionnelle* » (L12-13)

¹¹Mzoungou : Terme utilisé pour nommer le français métropolitain blanc.

A. Le tabou de la médecine traditionnelle

Les patients sont attachés à conserver leurs pratiques en alliant les deux médecines même lors de leur hospitalisation.

Ils le font sans en aviser les soignants, ce qui entraîne une incompréhension réciproque source potentielle de dissension. Ceci advient notamment lorsque ceux-ci se retrouvent face à une pratique qui n'est pas acceptable dans le soin occidental, ou qui peut entraîner un effet secondaire sur la prise en charge du patient.

MA : « *c'est ma femme et mon fils aîné qui venaient les faire pour moi quand j'étais hospitalisé.* » (L34-35).

MH : « *je ne vais pas lui dire que je fais les médicaments de la maison hum. [Un silence] même la personne qui traduit au docteur m'a demandée mais j'ai dit non.* » (L78-79)

MVA : « *quand mes enfants sont hospitalisés je leur ramène les traitements traditionnels et je leur fais en cachette aussi à l'hôpital* » (L66 à 67)

Certains soignants expliquent en parler avec les patients en leur disant ce qu'ils sont prêts à accepter lors de leur hospitalisation.

Les relations peuvent également être influencées par des croyances, notamment dans la relation de soins.

B. L'impact des croyances dans les soins

La croyance des patients dans ces pratiques les amènent à recourir à certains rituels avant d'aller voir le corps médical.

Cette situation entraîne une prise en charge tardive des soins des patients qui peut engendrer des conséquences telles que retards de diagnostics, des patients qui arrivent dans un état grave et une aggravation de leur état général.

IDE SS : « [...] Les patients arrivaient avec sur leurs brûlures de la tomate concentrée, de la terre, des œufs appliqués à même la plaie » (L73-74), « [...] à Mayotte, il faut mettre de côté ces pratiques car les gens croient dur comme fer à la tradition [...] » (L148-149)

La tradithérapeute et tous les patients expliquent que le respect de la doctrine de la tradition est très important dans la manière dont se fait l'itinéraire thérapeutique. Ils ajoutent être religieusement très croyants et souhaitent perpétuer la transmission de leurs savoirs au sein de leurs familles.

Tradithérapeute : « [...] (il faut) *que nos traditions ne se perdent pas* » (L133), « [...] *Vous aujourd'hui battez-vous pour que ces traditions-là aient leurs places dans la vie française d'aujourd'hui.* »

Les patients disent appliquer les pratiques traditionnelles au sein même des services d'hospitalisations.

La tradithérapeute quant à elle explique que lorsqu'un patient est hospitalisé, il n'est pas nécessaire de faire les traitements traditionnels. Elle dit lever les interdits et suspendre le traitement le temps de l'hospitalisation.

Tradithérapeute : « [...] *je lui lève les interdits et il peut reprendre mes traitements à sa sortie* » (L127)

Cependant, tous souhaitent voir un jour l'acceptation et la reconnaissance de ces pratiques par la médecine occidentale.

MVA : « *Il faut qu'il discute et travaille avec nous pour connaître les médicaments qui marchent bien, comme ça les docteurs peuvent les utiliser pour les autres* ».

A l'heure actuelle, il n'y a aucune étude sur les différents traitements traditionnels en usage à Mayotte, ni sur l'éventuel dialogue entre les deux médecines, ce qui entraîne un danger lié à la méconnaissance des usages des patients. Dans ce contexte le soignant s'interroge sur sa responsabilité lors de la prise en charge.

C. L'angle législatif

Les soignants disent à l'unanimité ne pas vouloir engager leur responsabilité dans la pratique des soins traditionnels lors de leurs prises en soins.

IDE S : « *Si j'étais dans un service où il y a beaucoup de risques, je pense que je ne laisserais pas tout faire* » (L100-101).

IDE AN : « [...] *du moment que cela ne joue pas sur l'hygiène de l'enfant, sur la sécurité de l'enfant* » (L76-77).

IDE M : « *à partir du moment où ça ne devient pas dangereux pour le patient lui-même* » (L63-64), « [...] *notre responsabilité est plus qu'engagée.* » (L113)

Deux d'entre eux évoquent le respect du principe de la laïcité dans l'établissement dans lequel ils travaillent.

AN : « *on est dans un établissement laïque* » (L83) et S « [...] *c'est la laïcité* » (L130).

Ils disent ne pas non plus interdire ces pratiques sachant qu'elles ne sont régies par aucun texte de loi ou protocole, Ide S : « *c'est écrit nulle part que c'est interdit* » (L103). Sur ce principe, les soignants restent ouverts à certaines pratiques qui ne mettraient pas en danger le patient dans sa prise en charge.

L'infirmier travaillant en libéral exprime, quant à lui, un sentiment de solitude entraînant des conséquences juridiques lourdes : « *Nous qui faisons du domicile notre responsabilité est plus qu'engagée par apport à ceux qui travaillent à l'hôpital au CHM¹² voilà.* » (L114-115)

Dans le cadre de la prise en charge, quelles sont alors les attentes des patients et celles des soignants pour une prise en soins de qualité ?

¹²CHM Centre Hospitalier de Mayotte

III. Les Attentes

La rencontre entre les deux médecines, à l'issue de mes entretiens, s'est révélée être une problématique complexe. Celle-ci pourrait être acceptable dans les soins au sein de certains services à certaines conditions. Deux catégories d'attentes ressortent des entretiens, celles qui sont communes et celles qui divergent.

Les patients interrogés sont des Mahorais porteurs d'une culture locale qui s'est transmise sur de nombreuses générations. Ils souhaitent que la prise en charge dans les soins tienne compte de leur religion, de leur culture et des pratiques ancestrales traditionnelles.

MH : « *Nous sommes des musulmans, nos plantes de médicament, il faut toujours mettre en avant la religion et prier dieu* » (L50-51).

MVA : « [...] *qu'il va se fâcher, et il n'est pas musulman* » (L57-58).

Ils expliquent qu'il y a une distance entre le corps médical et le patient en partie due, souvent, à une différence de religion entre soignant et soigné. Ceci a pour conséquence le fait que le patient ne va pas dire au médecin qu'il fait des traitements traditionnels locaux alors que ce même patient ne cache aucun traitement biomédical suivi au Foundi.

MH : « *le Foundi lui je lui dis quand je vais voir le docteur mais le docteur je ne lui dis pas.* » (L80).

MA : « *Le Foundi lui il me prend comme je suis et me respecte.* » (L64-65)

Les patients expliquent que le Foundi les comprend : celui-ci cherche à savoir comment s'est passé la consultation chez le médecin et prie même pour la santé des patients. En revanche les soignants se positionnent d'emblée en leur ordonnant de ne pas faire les traitements traditionnels.

MH : « *Mais le Foundi me comprend et me demande même comment ça s'est passé, même lorsqu'il fait les prières pour moi il demande à dieu de mettre le docteur qui va croiser mon chemin dans la bonne voie pour me donner les bons*

médicaments. Par contre le docteur lui, va me dire d'arrêter les médicaments de la maison, ou va se fâcher si je lui dis » (L82 à 85)

MA : « [...] il est où le respect ? Un petit garçon comme toi ! il est où le respect des aînés ? Il peut être ton grand père et tu n'as aucun respect envers lui ? tu vois, il n'y a aucun respect parce qu'ils nous prennent pour des personnes qui ne connaissent rien. [...] Ils ne nous respectent pas, ne nous considèrent pas. Quand je suis malade, je réfléchis plusieurs fois avant d'aller à l'hôpital ; surtout moi qui ne sais pas parler Français. » (L60-64)

Il est important, pour les patients, d'avoir des soins qui répondent à leurs besoins de manière à respecter leur culture, et leurs croyances. Ils réclament en outre une reconnaissance des soignants de leur statut d'anciens, par le respect et la reconnaissance des pratiques et connaissances traditionnelles.

Ils espèrent une prise en compte des facteurs socioculturels et des pratiques liées à leurs croyances dans une approche holistique qui englobe l'ensemble de ces éléments.

MA : « Aujourd'hui je préfère aller faire mes traitements locaux que d'aller à l'hôpital. Il faut qu'ils nous respectent et qu'ils arrêtent de nous prendre pour des cons. » (L66 à 68)

MVA : « je pense qu'il faut discuter ensemble pour avoir des solutions » (L89)

Il y a ici une demande d'écoute et de prise en compte des soins holistiques qui visent à soigner le corps, l'esprit et l'âme.

De nombreux Mahorais ont une représentation de la maladie répartie en deux catégories :

- celle présente à l'hôpital et dans le cadre biomédical, qui tient compte du corps et des organes ;
- celle qui ne dépend pas de l'hôpital et de la médecine dite moderne et pour laquelle la maladie est susceptible d'être causée par des esprits, les *djins*.

Dans cette recherche je fais le choix de ne pas détailler les soins traditionnels employés pour lutter contre les attaques de *djins*.

MA : « *Il y a des maladies que l'hôpital ne peut pas soigner.* » (L71-72)

MVA : « [...] *ils vont aller à l'hôpital et à l'hôpital on leur dit que ce n'est pas une maladie pour l'hôpital donc ils reviennent faire les traitements traditionnels...* » (L47-48)

Tradithérapeute : « *Mais même le docteur Mzoungou, il y a des maladies qu'il ne peut pas guérir, il est comme moi, il y a des choses qu'il ne peut pas guérir.* » (L120-121)

Les patients attendent des soins qui impliquent une reconnaissance, un respect des pratiques traditionnelles qui tiennent compte d'une communication et d'une collaboration avec ceux qui prodiguent les soins occidentaux. Bien que les patients tendent à recevoir des soins qui tiennent compte de la culture mahoraise au sein de l'hôpital, il n'en demeure pas moins que certaines attentes communes entre patients et soignants sont présentes.

A. Les points communs des attentes

De la présence concomitante, dans les services, de la biomédecine (officielle) et de la médecine traditionnelle (plutôt cachée), il résulte que les patients et les soignants ne mettent pas en opposition les deux systèmes lorsqu'ils se rencontrent.

Ainsi, la Tradithérapeute déclare : « *La vie d'aujourd'hui c'est que la personne soit soignée. Avec les bonnes personnes.* » (L132), « *Moi je fais avec l'aide de Dieu. En plus, aujourd'hui, les machines de 'ba Mzoungou'¹³ nous aident à voir beaucoup de choses que l'on n'avait pas avant et qu'on ne voit pas avec la médecine traditionnelle et c'est très rapide* » (L115 à 117).

IDE S : « [...] *ceux que j'accompagne le plus ce sont ceux qui utilisent les traitements à base de plantes* » (L36), « *j'accepte tout, à partir du moment, où ça peut aider la personne* » (L97).

¹³ « Ba Mzoungou » : le Français blanc.

IDE AN : « [...] *Je suis amenée à leur dire qu'il ne faut pas perdre espoir malgré tout, on fait tous pour euhh euh maintenir leur vie et s'ils n'y n'arrivent pas il ne faut pas oublier de se tourner vers la religion, de faire des douans¹⁴, de faire des prières* » (L40 à 43)

De ces différents témoignages émergent les attitudes communes à tous. Elles sont :

- L'information des pratiques tolérées au sein du service
- La considération de l'autre dans l'échange
- La communication effective
- La sensibilisation sur les éventuels effets préjudiciables lors de la prise en charge dans les soins.

Il est donc important de tenir compte des pratiques culturelles, des croyances des patients et d'y être sensible, car elles peuvent avoir un impact sur la prise en charge.

En ce sens l'infirmière NA explique : « *qu'il n'y a pas que la technicité ou les médicaments, mais il faut aussi qu'ils gardent espoir, leur permettre de faire aussi des prières, de penser à l'enfant* » (L44-45).

IDE S : « *à partir du moment, où ça peut aider la personne au niveau psychologique et physique parce qu'on voit le résultat quand même, parce qu'elle arrive à retrouver le sourire ou à marcher ça me va.* » (L97 à 99)

Il est évident que ces attitudes des soignants ont un impact sur la manière dont le patient va aborder le soin occidental.

MA : « *Juste ne nous prenez pas pour des personnes qui ne connaissent rien* » (L74)

Il est également important que le soignant aborde une communication apaisante, explique au patient clairement les pratiques qui peuvent être tolérées et les effets qui pourrait être préjudiciables lors de la prise en charge.

MH : « [...] *Il m'écoute et ne m'engueule pas. Je suis allée chez le docteur Mzoungou, ce qui n'est pas le cas chez le docteur Mzoungou.* » (L96-97)

¹⁴ Douan : invocation, des prières.

Ces actions permettront de créer un environnement sécurisé pour le patient et l'espoir d'une confiance qui conduirait à ce qu'il se livre facilement sur ses pratiques. Cela pourrait aider le patient à se sentir plus à l'aise et à mieux comprendre les pratiques et les procédures mises en place dans le cadre biomédical. Il est également important de prendre le temps de répondre aux interrogations et de clarifier les idées reçues sur les pratiques.

MH : « *il faut faire vite dire les choses (haraka¹⁵, haraka, haraka).* » (L99), « *moi la seule chose que je peux dire c'est qu'ils doivent nous respecter car tout commence par-là* » (L104-105).

MA : « *Le respect, le respect oui oui le respect car si on fait le traitement traditionnel c'est parce que ça marche pour nous. C'est tout* » (L75-76).

MVA : « *il faut qu'il discute et travaille avec nous* » (L91).

Tradithérapeute : « *Je pense que tout passe par la discussion et l'information.* » (L141-142)

Lors de la prise en charge, il convient de sensibiliser les patients sur les pratiques acceptables et préjudiciables sans pour autant être dans le reproche. Il est important de pouvoir offrir des soins de qualité selon les attentes des patients dans le respect de la dignité et des croyances de chacun.

IDE AN : « *je disais qu'il faut tenir compte des valeurs des des des valeurs coutumières et traditionnelles de certains parents* » (L117-118).

IDE S : « *il ne faut pas oublier que le patient a des droits c'est pour cela que je lui dis qu'il a le droit et je ne vais pas lui dire non et je vois que cela apporte un petit plus comme la sérénité dans les soins* » (L128 à 130)

IDE M : « *Alors pour moi c'est surtout inclure la famille directement* » (L96)

Les soignants comme les patients sont conscients et en accord sur ces différents points. Cependant, il existe également des divergences dans les attentes.

¹⁵ Haraka veut dire vite.

B. Les points divergents

Mais les deux groupes expriment aussi d'autres attentes propres à leurs identités respectives.

- Concernant le soignant c'est l'acceptation des règles d'hygiène lors de la prise en charge, l'implication de la famille dans les soins (relation triangulaire), l'écoute du soignant, l'accompagnement du patient dans les pratiques, et d'accepter les consignes données par le soignant.

Les soignants attendent du patient qu'il accepte les règles d'hygiène pour une sécurité dans les soins, cela implique que le patient ne fasse pas de soins traditionnels autres que ce qui est toléré par les soignants.

IDE S : « *Le Coran oui, sans problème ça ne me dérange pas après pour les autres choses comme les huiles je ne pense pas non plus* » (L99-100).

IDE M : « *A partir du moment où... à partir du moment où ça ne devient pas dangereux pour le patient lui-même* » (L63-64)

IDE NA : « *du moment que ça ne rentre pas rentre pas sur l'hygiène par rapport à la prise en charge et le risque infectieux.* » (L78-79).

Il est aussi important de tenir compte de l'implication familiale dans la prise en charge car celle-ci peut être un atout.

IDE SS : « *mais j'avoue que dans ces situations, le patient s'accroche plus à la famille c'est la famille qui leur fournit. On voit plus de famille arriver avec de l'eau coranisée, des lotions, des huiles essentielles et là on découvre certaines pratiques qui sont compliquées à gérer des fois* » (L120 à 123).

L'écoute et l'accompagnement des patients dans la compréhension des usages familiaux est nécessaire dans l'acceptation. Le soignant doit être en mesure de s'adapter en fonction des besoins et des capacités du patient qu'il a en face de lui tout au long de la prise en charge.

- Concernant le patient c'est l'acceptation par le corps médical de collaborer par la mise en commun des savoirs traditionnels des patients, et le maintien de la tradition dans les soins.

Dans le cadre de la prise en charge, le patient attend une certaine reconnaissance et une valorisation de ses savoirs et pratiques traditionnelles. Le patient est persuadé que ses pratiques peuvent être complémentaires de celles offertes par les soins biomédicaux. Cette collaboration attendue est vue comme une reconnaissance des savoirs locaux.

Tradithérapeute : « *pour moi aujourd'hui, la vie d'aujourd'hui c'est que la personne soit soignée. Avec les bonnes personnes. [Soupir] que nos traditions ne se perdent pas* » (L132-133)

Le maintien de la tradition locale dans les soins est également un moyen pour préserver la culture et les identités. Il est important que les soignants tiennent compte de la culture et des pratiques de soins des patients.

MVA : « *Donc il faut qu'il discute et travaille avec nous pour connaître les médicaments qui marchent bien, comme ça les docteurs peuvent les utiliser pour les autres.* » (L91-92)

Cette valorisation des savoirs locaux viserait à améliorer la qualité des soins et à renforcer la confiance dans la relation de soins qui s'établit avec les soignants.

V. Discussion :

A. Pratique et théorie : comment enrichir ma recherche ?

Depuis le début de la recherche je souhaite comprendre comment on peut envisager la rencontre entre la médecine traditionnelle et la médecine occidentale dite conventionnelle dans les soins pour garantir des soins de qualité.

Cette réflexion vise à m'apporter des pistes de solution pour une prise de poste future au sein d'une structure où les deux modes de soins cohabitent.

C'est une problématique omniprésente dans les soins à Mayotte. Il est indispensable de comprendre ce phénomène afin de pouvoir mettre en place une prise en charge sereine pour le patient et le soignant en tant que cadre de santé.

A l'issue des entretiens, il est vrai que j'ai beaucoup appris sur le positionnement des patients comme sur ceux des soignants.

J'étais agréablement surprise lors des échanges avec les patients, de la confiance qu'ils m'ont donnée, en me confiant leurs maux. A savoir que dans la culture mahoraise on ne confie pas sa pathologie au premier venu. C'est quelque chose de très personnel que seule la famille proche (mari, enfants, et sœurs) a le droit de connaître.

D'ailleurs certains patients m'ont fait promettre de garder l'anonymat des entretiens MH « *Tu me jures devant notre dieu que c'est bien anonyme* » (L24 à 26) et par la suite elle ajoute MH « *je t'ai tout dit mes secrets de l'hôpital* » (L115).

De plus, J'ai été très surprise d'entendre certains soignant dire qu'ils acceptent certaines pratiques et parfois même, qu'ils sont à l'initiative de cet accord en expliquant au patient certaines pratiques acceptables dans le service.

On m'a fréquemment demandé les raisons d'un tel intérêt pour ce sujet.

Je suis native de Mayotte, j'ai baigné dans cette culture tout au long de ma vie.

J'ai même en tant que patiente et parent eu recours à ces pratiques. En tant que soignante cela m'était difficile d'accepter ces pratiques lors de mes prises en charge par peur de mettre en jeu mon diplôme d'infirmière.

Lorsqu'on possède deux cultures, ce qui est mon cas, et que dans le cadre du travail on est amené à faire des choix, cela est très difficile en l'absence de réglementation.

La seule réglementation sur laquelle on s'appuie dans ces situations est celle de la protection de soi. Il s'agit de ne pas faire d'erreur de prise en charge par peur des retombées tant pour le patient, que personnelles (risque de conséquences administratives).

Je préférerais, dans ces conditions, me mettre en opposition avec ma culture pour me préserver dans le cadre du travail.

Ayant été faisant fonction de cadre dans un service de soins, cette peur m'a très vite rattrapé car les situations conflictuelles issues de ces pratiques étaient récurrentes. En tant que cadre de santé, on est le garant de la sécurité des soins au sein du service. Quelle réponse apporter à ces difficultés ?

Il était pour moi important que je puisse me tourner vers la littérature qui traite des thématiques associées à la médecine traditionnelle, au pouvoir médical, et aux croyances afin de nourrir ma réflexion.

B. L'Articulation entre Médecine traditionnelle et médecine occidentale

a. Médecine traditionnelle

Selon l'OMS, (2013), : « *La médecine traditionnelle est très ancienne. C'est la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.* » Elle tiendrait compte des pratiques anciennes.

Annie Ballet, (2021, p17), reprend une formulation du Pr Mamadou KOUMARE qui définit la médecine traditionnelle comme : « *l'ensemble de toutes les connaissances, de tous les usages de substances, des mesures et de pratiques explicables ou non, basés sur des fondements socioculturels et religieux d'une collectivité donnée, ainsi que sur les expériences vécues et les observations, transmis de génération en génération oralement et utilisés pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social ou spirituel* »

Cette définition met en évidence l'importance des croyances « religieuses et mystiques » dans la médecine traditionnelle africaine, lesquelles sont variables selon les peuples. Elle affirme que ces pratiques ont une considération conjointe dans le soin qui tient compte d'un ensemble prenant en compte le corps, l'esprit, les relations sociales et l'environnement. Cette conception de la maladie a des causes visibles et invisibles, qui justifieraient les pratiques mises en œuvre et répondraient à l'angoisse de la maladie et de la mort. Le côté religieux quant à lui mobilise l'âme, la relation avec la famille, la collectivité, l'environnement, le lien avec les ancêtres et les divinités.

b. La médecine occidentale

La médecine occidentale est la médecine dite conventionnelle connue aussi sous le nom de médecine moderne régie par la loi française.

Selon le ministère de la santé et de la prévention « *La médecine « conventionnelle » s'appuie sur des traitements qui ont obtenu une validation scientifique, soit par des essais cliniques, soit parce qu'ils bénéficient d'un consensus professionnel fort, Les essais cliniques sont soumis à des autorisations et à des contrôles rigoureux sur le plan de l'éthique, des conditions de réalisation et de la pertinence scientifique* ».

Bien que la médecine traditionnelle et la médecine occidentale semblent s'opposer, il est important de reconnaître que la combinaison de ces deux formes de médecine peut être importante pour les patients.

Dans les structures de soins à Mayotte c'est la médecine occidentale dite conventionnelle qui est reconnue par le corps médical et les soignants.

c. Articulation de ces deux médecines à Mayotte

A Mayotte, la pratique de la médecine traditionnelle est faite sous différents aspects. Elle peut être à base de plantes, de versets du coran, d'huiles, de parties ou de fragments d'un animal, de racines, de grains, de talismans etc.

La tradithérapeute interviewée explique qu'elle pratique une médecine à base de plantes, de massages tout en utilisant les versets de coran. « *J'accompagnais ma*

grand-mère au champ et elle m'expliquait les plantes et leurs vertus. » (L25-26), « Je faisais les massages » (L38). Deux patientes sur les trois expliquent qu'elles commencent les soins traditionnels par les 'douois¹⁶'. La patiente MH, « je commence par appeler un foundi pour qu'il vienne me faire "les douois" lire les bonnes prières » (L37-38)

L'infirmière qui travaille en chirurgie explique que certains patients se badigeonnent de pâte à base de plantes. L'infirmière SS : « *Elle appliquait des euh comment, euh je ne sais pas comment on l'appelle, mais en Shimaoré on l'appelle "Aladjil-hafoussoi¹⁷" » (L26-27) « l'eau coranisée qu'elle mettait autour de sa plaie » (L64). Quant à l'infirmier libéral, il donne l'exemple d'un patient qui pratique la médecine traditionnelle par les inhalations, M, « *Du coup avec l'inhalation, la fumée, la vapeur... » (L67)**

La pratique de la médecine traditionnelle est très répandue et elle se base sur des connaissances transmises de génération en génération par les ancêtres, liée à la culture et aux croyances.

Ce système de soins à base de plantes, de soins du corps, de religion ou de pratiques magico-religieuses provenant des anciens est un héritage intergénérationnel qui donne un sens à la vie, à la maladie et à la mort. Il tient compte des valeurs, des croyances, des coutumes et des interprétations des Mahorais.

Les pratiques sont souvent utilisées en combinaison avec des rituels religieux et spirituels qui visent à traiter le corps, l'esprit et l'âme.

Ainsi, MVA déclare : « *Moi hum moi quand je suis malade, je me soigne d'abord avec les médicaments de la maison que m'a montrée ma mère étant petite et que j'ai approfondi en grandissant. » (L18-19), ce que confirment les témoignages de MH : « Alors, lorsque je suis malade, je commence par appeler un Foundi pour qu'il vienne me faire "les douoi" lire les bonnes prières pour implorer dieu de me guérir c'est la première chose que je fais. Puis je fais aussi les médicaments de la maison. » (L37 à 39), de MA : « Le lendemain j'ai demandé à ma femme de m'amener la tisane à base de plantes que je buvais à la maison. » (L26) et de la*

16 Les Douois : c'est l'invocation des bonnes prières.

17 Aladjil-hafoussoi : c'est un mélange de pâte à base de racines de plantes.

tradithérapeute « *Je faisais les massages, j'allais chercher les médicaments et je préparais pour eux* » (L38-39)

On peut alors dire que cette médecine est réellement présente dans les pratiques de la population mahoraise.

Le Dr Céline Lartigau-Roussin, (2004, p.1), médecin généraliste qui a exercé à Mayotte, explique l'étonnement qui a été le sien lors de sa prise de fonction. Elle ne s'attendait en effet pas à prendre en charge une population avec un itinéraire thérapeutique influencé par une culture de soins traditionnels.

Dans la médecine traditionnelle mahoraise, la représentation des pathologies est différente de celle de la biomédecine. Le Dr Lartigau-Roussin se questionne alors sur sa place en tant médecin « *Il m'est apparu difficile d'être un thérapeute efficace sans connaître la place que je pouvais prendre dans ces itinéraires de soins* »

L'auteur explique qu'il faut comprendre les représentations pour instaurer une harmonie dans le soin. « *Les itinéraires thérapeutiques reposent sur la co-thérapeutique, c'est à dire sur le recours conjoint aux deux champs médicaux en présence : traditionnel et biomédical* » (2004, p.1).

Il y a une coexistence des deux médecines lors de la prise en charge qui est cachée aux soignants. Ces pratiques sont évoquées par les soignants et les patients interviewés. Les trois patients expliquent faire les actes relevant de la médecine traditionnelle même quand ils sont hospitalisés. Ainsi, le patient A « *j'ai demandé à ma femme de m'amener la tisane à base de plantes [...] Je l'ai mise dans mon petit placard et je buvais tous les matins et soirs* » (L26 à 28).

Le Dr Lartigau-Roussin ajoute qu'elle a découvert des pratiques qu'elle ne connaissait pas et qui l'ont mise en difficulté lors de son arrivée : « *J'ai été déconcertée dès le début de mon exercice médical à Mayotte par des itinéraires thérapeutiques avec lesquels je n'étais pas habituée à composer.* » (P1).

Les soignants disent aussi se trouver dans des situations où il la prise en charge est faite tardivement ce qui peut réduire les chances de guérison des patients. L'infirmière SS « *elle le mettait tout le temps dans sa plaie et elle s'est rendue compte que ça ne guérissait pas. Finalement quand elle est venue à l'hôpital ben euh on l'a amputée* » (P28-29).

Il était difficile pour elle d'envisager soigner les patients sans comprendre la représentation que chacun d'eux se fait de la maladie, de son nom, de ce à quoi elle est associée. « *Là où la biomédecine distingue plusieurs pathologies bien spécifiques, le patient mahorais pourra ne voir qu'une seule entité, insuffisamment ou mal traitée* » (P3).

On retrouve un discours similaire chez l'infirmière qui travaille en médecine ambulatoire. Celle-ci explique qu'elle ne savait pas comment réagir face à ces pratiques à ses débuts, l'infirmière S « je suis allée chercher des informations pour comprendre » (L32).

Le Dr Céline Lartigau-Roussin, (2004, p.5), explique qu'il faut tenir compte et comprendre les projections sociales pour une bonne prise en charge et surtout afin de réduire le risque vital. « *Loin de moi l'idée d'empêcher des traitements traditionnels conjoints. Mais il me fallait être en mesure de discuter avec mes patients de ces itinéraires. Je souhaitais pouvoir réduire le risque vital que courraient certains d'entre eux qui retardaient certains soins biomédicaux pour faire des soins traditionnels, alors que la thérapie biomédicale apparaissait urgente et plus efficace* »

Elle ajoute que dans certains cas il est nécessaire d'associer les deux médecines et les techniques de soins, « *Il m'apparaissait important d'associer les massages et tisanes traditionnels à la prise de certains traitements chimiques, ou de les alterner un mois sur deux.* »

Peu importe l'opinion et le souhait du médecin. Le patient, lui, va allier les deux pratiques sans pour autant le dire au médecin. Cent pour cent des patients disent allier les deux pratiques et ne le disent pas au médecin. Patiente MVA « *je suis allée voir la semaine dernière le médecin à Mamoudzou et il m'a donné les comprimés, ceux qu'il me donne d'habitude, mais cela ne m'empêche pas de continuer mes médicaments traditionnels dès que je rentre* » (L24-25), Patiente MH « *Si je vois que je ne vais toujours pas mieux je fais les deux* » (L44).

Tous les infirmiers interviewés disent être prêts à accepter certaines pratiques tant que celles-ci ne nuisent pas à la santé du patient et n'interfèrent pas lors de la prise en charge.

L'infirmière travaillant en médecine ambulatoire dit accepter surtout les traitements à base de versets du Coran et d'huiles. « *Le Coran oui, sans problème ça ne me dérange pas après pour les autres choses comme les huiles je ne pense pas non plus car c'est écrit nulle part que c'est interdit.* » (L101 à 103). L'infirmier présent dans un service de néonatalogie accepte les soins de massage à base d'huile essentielle non odorante. Elle accepte aussi que les parents lisent le Coran ou la Bible à leur enfant et fassent le « adan ». « *Les prières, la lecture de coran et il m'est arrivé que certains parents me demandent de faire les massages au bébé avec de l'huile de coco ou des huiles essentielles* » (L65 à 67).

Le Dr Céline Lartigau-Roussin ajoute qu'une approche anthropologique est importante dans les pays en voie de développement en matière de prévention mais ne devrait pas être appliquée de manière légère. Il faut tenir compte « du transfert des savoirs », de la manière dont les méthodes sont transmises et il convient de tenir compte du vécu du patient.

Dans les échanges effectués, la tradithérapeute explique que le savoir médical traditionnel se transmet de génération en génération. Elle commence par l'apprentissage de la reconnaissance des plantes, l'application des techniques de soins et de massages au sein de la famille avant de le faire chez les autres personnes en demande de soin.

La tradithérapeute raconte : « *Moi j'ai commencé par apprendre avec ma grand-mère et ma mère depuis l'âge de 12 ans [...] j'accompagnais ma grand-mère au champ et elle m'expliquait les plantes et leurs vertus [...] j'ai appris à reconnaître les plantes d'abord, puis à masser, puis à donner les médicaments. [...] elle m'apprenait à pratiquer sur elle les massages, elle m'envoyait chercher les plantes* » (L 23 à 29).

Mognémali Anli ajoute qu'il alimente son savoir auprès des anciens qui l'entourent, « *je me renseigne auprès des personnes âgées qui m'entourent* »

De la même manière, Laurence Pourchez (2011), détaille les connaissances des femmes des Mascareignes, relatives à la médecine traditionnelle et à la nature. Elle met en lumière les savoirs transmis entre les différentes générations par les femmes dans le domaine de la phytothérapie et de la pharmacopée traditionnelle.

Ces savoirs apparaissent dans les récits de vie des femmes qui luttent pour la reconnaissance de leurs pratiques de soins ancestrales considérées, par de nombreux professionnels de la biomédecine, comme marginales et non scientifiques. L'auteur met en évidence les pratiques, les savoirs, la diversité, la richesse des soins traditionnels dans la société actuelle et l'importance de leur reconnaissance. Elle valorise les compétences des femmes dans le domaine de la santé en les intégrant dans le système de soins.

Elle explique que la « reconnaissance et la compréhension » des pratiques de ceux qui vivent dans cette zone est très importante. Ces savoirs sont réels, légitimes et sont contraints à une évolution liée au changement et la complexité de chaque territoire. Elle explique que les femmes détiennent plusieurs savoirs, liés à leur statut, lequel est le plus souvent celui de « *Responsables de la maisonnée* ». *Ce sont* elles qui s'occupaient de tout au temps de l'esclavage, « *tour à tour accoucheuses, nourrices, infirmières et guérisseuses, à l'interface du monde des maîtres et de celui des esclaves* » (P9), les femmes acquéraient plusieurs savoirs, associés à leurs connaissances du corps et des plantes. Les détenteurs de ces savoirs portent les noms de « Matrones » à la Réunion, « Dayi » à Maurice et « Fam Saj » à Rodrigues. Elles sont majoritairement issues de milieux modestes, ne savent fréquemment ni lire ni écrire, et sont sans aucun contact avec la biomédecine. Les savoirs et techniques du corps employées proviendraient des contacts entre individus consécutifs aux déplacements de populations (à l'époque de l'esclavage), aux mouvements migratoires (à celle de l'engagisme¹⁸), avec des savoirs qui se sont diffusés depuis Madagascar, l'Afrique de l'Est, ou l'Inde, avec des origines culturelles multiples introduites dans l'espace des Mascareignes. La transmission se fait par les liens familiaux de manière descendante ou par alliance. La plupart des transmissions se font en fonction du rang social, et au sein de la famille.

Dans l'espace de Mascareignes Laurence Pourchez explique que ces femmes sont « gardiennes des savoirs traditionnels » et qu'elles sont de moins en moins nombreuses dans certains endroits, alors que dans d'autres, chassées par la biomédecine, elles disparaissent. En revanche, à Rodrigues, où le système de

¹⁸ Période qui a suivi l'abolition de l'esclavage. Afin de répondre aux besoins de main d'œuvre dans les îles, les travailleurs étaient recrutés de l'Afrique de l'est à l'Inde, en passant par la Chine et Madagascar. Les conditions de travail n'étaient guère différentes de celles de l'esclavage.

santé n'a pas beaucoup évolué, les pratiques continuent et une accréditation est délivrée aux accoucheuses par le gouvernement Mauricien.

La transmission du savoir désigne un processus par lequel des connaissances, des compétences, des valeurs et des traditions sont transmises de manière intergénérationnelle.

Elle peut se faire, dans divers domaines de connaissances, de manière formelle par l'enseignement et l'éducation ou de manière informelle par observation, expérience et interaction avec d'autres membres de la communauté.

Elle ajoute que quelle que soit l'île concernée, les femmes se battent pour préserver leurs pratiques. Dans le même temps, l'évolution de la société et la peur de paraître ignorantes ou arriérées fait que lors des entretiens, certaines personnes disent ne pas avoir recours aux pratiques qui sont qualifiées d'anciennes alors qu'en réalité, celles-ci sont cachées.

Lors des entretiens menés dans le cadre de ma propre recherche, cette discrétion est aussi exprimée par cent pour cent des patients interviewés.

Ainsi, la patiente MVA : « *Par contre hum par contre il ne faut surtout pas le dire au docteur à l'hôpital. [Silence] hum* » (L53) ;

Pour MH : « *C'est pour cela que je ne leur dis pas. Il y a en a quand tu leur dis, ils font n'importe quoi ahh han [un long silence]. Il y a des Mzougous¹⁹ qui croient en dieu, mais je ne leur dis pas car ils ne vont pas me croire.* » (P71 à73)

On pourrait penser que ces pratiques font partie intégrante de la société, mais dès lors que les patients se retrouvent face au système de santé occidental, tout ce qui est traditionnel devient secret au sein de cette même société.

En ce sens les travaux de Sylvie Fainzang, (2006), sur la relation médecin-malade, en particulier ce qui relève de l'information et du mensonge prend sens. Lors des entretiens, tous les patients évoquent cacher leurs pratiques de médecine traditionnelle au médecin.

Ce qui nous intéresse, c'est la partie de l'ouvrage dans laquelle l'auteur parle du mensonge.

¹⁹ Mzougous, terme utilisé pour nommer le français métropolitain blanc

Les raisons évoquées par les patients interrogés lors de mon enquête rejoignent alors celles invoquées par Sylvie Fainzang.

Dans certains cas, si c'est parce que le médecin n'a pas la même croyance religieuse qu'eux : MH « *les docteurs ne croient pas en dieu.* » (L70), MVA « [...] *il n'est pas musulman...* » (L55), dans d'autres, c'est la peur du médecin qui est exprimée : MVA « *il va se fâcher* » (L55). Pour d'autres encore, cacher les pratiques se justifie par le respect de la profession : MVA « [...] *il est en train de me soigner et moi si je fais cela c'est comme si je le commandais.* » (L55).

Sylvie Fainzang s'intéresse à la communication entre le médecin et le patient en matière de diagnostic, de pronostic et le traitement. Dans ma recherche il est question du patient qui omet de dire au médecin qu'il a recours au traitement traditionnel en amont ou en parallèle de ce que le médecin lui donne.

L'auteur donne un aperçu du patient qu'il caractérise de « Patient contemporain », qui évolue dans un système de soins actuel au sein duquel il est nécessaire de tenir compte des particularité « sociales et culturelles » (p75). Elle explique les raisons de la dissimulation ou du mensonge du patient qui seraient liés à leurs préoccupation sociales et émotionnelles mais qui, en aucun cas, ne seraient malveillantes.

De plus Laurence Pourchez, (2011, p.98), explique dans l'ouvrage intitulé « Savoirs des femmes : médecine traditionnelle et nature », que, dans l'océan indien, les femmes n'ont pas abandonné leurs savoirs mais font preuve de discrétion dans la conservation de leurs connaissances. De Rodrigues à Maurice en passant par la Réunion, on rencontre deux discours et attitudes qui apparaissent comme finalement assez complémentaires et représentatifs de la société actuelle où les femmes disent ne pas connaître la tradition et affirment n'avoir recours qu'à la « *biomédecine* » alors que ce n'est pas le cas. « *À mesure que le temps passe, que la communication se fait plus aisée, amicale même, elles reconnaissent une certaine honte vis-à-vis des pratiques traditionnelles, mais aussi, paradoxalement, une fierté devant des usages spécifiques aux Mascareignes qu'elles connaissent et pratiquent.* »

A Mayotte, les patients interrogés n'ont pas évoqué un sentiment de honte lorsqu'on parle de leurs pratiques de traitement traditionnel. Ils ont exprimé une certaine peur d'être incompris, ainsi qu'un respect envers le corps médical. Les raisons de leurs

dissimulations sont liées à leur culture, à leurs croyances personnelles, à leur éducation et aux expériences passées avec un professionnel de santé ou leur entourage. Dans la culture mahoraise, le traitement traditionnel est considéré comme une méthode légitime pour traiter les maladies.

Il est important que le soignant soit conscient des croyances du patient afin d'introduire un climat de confiance qui pourrait amener le patient à évoquer ces pratiques en matière de traitement traditionnel.

Sylvie Fainzang met en évidence l'importance de la confiance, de l'empathie et de la compréhension mutuelle dans les soins. Elle ajoute que la réaction diffère d'un patient à un autre. « *Les réactions des patients ne sont pas homogènes [...] les individus sont divers et réagissent différemment en fonction de leur propre histoire de leurs caractéristiques sociales, mais aussi de leurs dispositions personnelles.* » (P76). Ce sentiment de confiance est évoqué par la patiente MH : « *Si je savais que le docteur ne va pas se fâcher car j'ai fait mes médicaments maison j'aurais eu plus confiance en eux et j'aurais dit que je fais tel ou tel médicaments maison* » (L109 à 111).

IDE SS : « *En vrai les patients, ne nous donnent pas 100% leur confiance* » (L58)

Alors que la médecine traditionnelle peut offrir des approches de soins basées sur des pratiques issues des connaissances ancestrales, la médecine occidentale, qui se veut plus avancée avec sa technologie moderne, se fonde sur des recherches scientifiques rigoureuses.

Bien que l'occidentalisation apporte un changement dans les soins, le traditionnel joue un rôle important dans la vie des patients et les deux approches sont souvent utilisées en combinaison ou de manière parallèle par la population. Cette combinaison des médecines est courante, importante, et donne lieu à une approche hybride des soins.

C. LE CADRE LEGISLATIF

Selon la Constitution du (4 octobre 1958, article 1) : « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous*

les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. » ce qui conduit à un traitement homogène de tous les patients quelles que soient leurs croyances religieuses et leurs cultures de soins. Mayotte étant un département Français, la législation française y est applicable.

En France la médecine conventionnelle est légiférée par le code de la santé public. Il est expliqué que, « *La médecine conventionnelle est enseignée dans les facultés de médecine. Les études de médecine conduisent à l'obtention de diplômes de niveau national : le doctorat en médecine et des diplômes dans une des spécialités médicales existantes* »

La formation médicale est basée sur l'apprentissage de la médecine conventionnelle, elle est codifiée dans la législation Française par le code de la santé publique :

- L'article D4111-1 à D4113-127 relatif aux conditions générales de l'exercice médical.
- L'article R4311-1 à R4311-106 relatif aux règles liées à l'exercice de la profession infirmière. (L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.).

D. RECONNAISSANCE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

Quant à la médecine traditionnelle, elle est présente dans la plupart des pays. En France il n'y a pas de texte de loi qui traite directement de la médecine traditionnelle. Pour autant, il existe une spécialité de droit de la santé dans le cadre des médecines traditionnelles à l'université Aix-Marseille. (Enseignements du PR Antoine Leca, 2021)

L'OMS a mis en place une stratégie depuis 2009, évaluée régulièrement. Le dernier texte est celui de 2014-2023. Il vise « *à favoriser une intégration, une réglementation et une supervision adéquates* » pour tous les états membres. Il tend à encadrer les pratiques de la médecine traditionnelle dans les pays membres. L'union européenne étant membre, la France en fait partie.

A Mayotte, aucune réglementation n'existe en ce qui concerne la pratique de la médecine traditionnelle. Même si la journaliste Rainat Aliloiffa, (mars 2021), fait l'éloge de Mognémali Anli, sur sa connaissance de plusieurs plantes médicinales, celui-ci n'est présenté que comme simple « *autodidacte amoureux des plantes médicinales* ». Pour sa part, Mognémali Anli explique que ses traitements, bien qu'ils soient efficaces, n'ont pas fait leurs preuves scientifiquement, et qu'ils n'ont reçu aucune d'autorisation officielle. Malgré tout, le tradipraticien croule sous les demandes concernant ses traitements.

Sur tous les différents récits et lectures que j'ai faits aucun ne fait état d'une législation claire sur les pratiques des traitements traditionnelle au niveau national et encore moins sur le plan local.

Laurent Sermet, (2009), témoigne de l'existante de sources formelles de droit : il fait référence à la déclaration des droits de l'homme et des citoyens de 1789 et du conseil constitutionnel de 1971 qui font partie des règles de droit en matière de norme française. Selon lui, il y a une distance entre le plan juridique conventionnel et celle de l'anthropologie du droit culturel et des droits de l'homme. Il explique dans son livre qu'« *il faut garder à l'esprit l'importance des particularités nationales et régionales et la diversité des patrimoines historiques, culturels et religieux* ». Il ajoute que dans l'océan indien, il faudrait tenir compte des droits de l'homme en tenant compte de l'anthropologie, ce qui conduit à « *penser Droit et à penser l'Homme* ». En effet, dans les îles de l'océan indien, plusieurs systèmes juridiques se côtoient. Dans chaque cas, le plus important et fréquent est celui imposé par l'état. Parallèlement, dans plusieurs îles, des systèmes législatifs coutumiers sont présents et appliqués par une part importante des populations présentes. Il y a donc une diversité du droit qui doit composer avec le droit local tout en s'inscrivant dans les spécificités locales en tenant compte de « *l'histoire, la culture et la société* ». Même si l'universalité des droits de l'homme n'oblige pas à des normes culturelles mais juridique, il est stipulé, dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen (août 1749, l'article 1), : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.* ».

Selon l'auteur, sur ces zones, il y aurait utilité à tenir compte de l'aspect culturel et social en matière de Droit. Cette vision anthropologique du droit serait un atout pour

une meilleure compréhension et pour le respect de l'évolution du droit relatif à l'océan indien.

Il questionne sur les démarches qui prennent en compte ces « *règles de droit* » et en décrit les formes : « *Est droit que ce qui est formellement selon le système juridique* » (p9). Il soulève l'idée d'intégrer d'autres « *sources de droit* » multiples existantes qui ne relèvent pas forcément du juridique en faisant références aux « *source(s) historique(s), sociale(s), politique(s), philosophique(s), religieuse(s), biologique(s)...* ».

Il évoque l'aspect de double nature du droit entre les « *sciences normatives et le social* » aspect auquel il convient d'associer religion et morale.

Selon Antoine Leca, en France, la place du droit relatif à la médecine traditionnelle est inexistante. Il qualifie le droit français de système « *exclusiviste* » qui ne se base que sur la médecine scientifique. Il ajoute que cette dernière possède l'ensemble des prérogatives qui font partie d'une protection légale. Tout ce qui ne fait pas partie de ce cadre est « *exclu* » et même sanctionné. En résumé, aucune des pratiques « *thérapeutiques* » autres que celles issues de la médecine conventionnelle n'est réellement reconnue.

a. La législation : Autorisation mise sur le marché et reconnaissance des pratiques

En France, la seule référence reconnue est celle de l'article L5112-1 du CSP, qui tient compte des « *textes de la pharmacopée européenne et ceux de la pharmacopée française, y compris ceux relevant de la pharmacopée des outre-mer qui remplissent les conditions de la réglementation en vigueur dans le domaine* ».

Ce décret dit que : « *Le Conseil d'Etat fixe les adaptations de la pharmacopée française nécessitées par les particularités des plantes médicinales d'usage traditionnel dans les départements et collectivités d'outre-mer.* »

Antoine LECA, (2021), ajoute qu'en 2008, la France a été « *contrainte* » de « *transposer* » les directives Européennes en matière de traitements traditionnels issus des plantes.

Ces directives n'obligent pas le respect d'une procédure d'autorisation de mise sur le marché tant que les conditions légales sont respectées, et que l'enregistrement est fait auprès de l'agence française du médicament.

Lors de mes enquêtes, l'infirmier SS soulève en ce sens sa crainte quant aux patients qui ne connaissent pas les principes actifs présents dans les médicaments locaux et qui n'ont pas de dosage défini concernant les posologies : « *les gens ne connaissent pas la posologie et les principes actifs ne sont pas connus, ils vont prendre une tasse un bol, une bouteille, ainsi de suite* » (L163-164).

Antoine Leca ajoute que, contrairement à la France, certains pays ont un modèle qu'il qualifie d'« *intégratif* » qui tient donc compte de la médecine traditionnelle au même titre que la médecine occidentale.

Il donne l'exemple de l'Inde et d'autres régions du Pacifique occidental qui ont un cursus de formation de médecine traditionnelle en vue de l'obtention d'un doctorat. Ainsi en « *Inde la loi de 1970 a donné sa place juridique à la médecine traditionnelle.* »

L'auteur prend aussi l'exemple du Laos où les tradithérapeutes doivent avoir une « *autorisation* » délivrée par le ministère de la santé pour exercer en tant que thérapeute (même si cela n'est pas respecté).

Selon l'OMS, il y a de là cela des décennies qu'en Afrique a été mise en place une Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle organisée chaque 31 août. Plusieurs pays africains y participent. L'objectif est de promouvoir la médecine traditionnelle à travers des échanges entre les pouvoirs publics et les praticiens.

La 9^{ème} édition de la JAMT s'est déroulée à Madagascar en 2011. Le gouvernement Malgache s'est inscrit dans les recommandations de l'OMS en matière de pratiques de la médecine traditionnelle, et en ce sens il a mis en place des réformes visant à réglementer les pratiques des soins traditionnels tout en créant, en 1990 l'Association Nationale des Tradipraticiens de Madagascar.

Les dernières éditions ont été marquées par des initiatives qui visent à promouvoir l'utilisation ainsi que la reconnaissance de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins en Afrique et dans l'océan indien.

La 20^{ème} édition, quant à elle, visait à mettre en place la prévention et les traitements d'autres maladies comme celui le covid19 avec ses différents essais cliniques à Madagascar et dans d'autres pays d'Afrique et de l'océan indien.

En 2021, la 21^{ème} édition était consacrée à l'importance de la prise en charge des troubles mentaux mais aussi à la manière dont la recherche scientifique peut aider à la validation de la médecine traditionnelle, ceci afin de permettre son intégration dans le système de santé moderne.

Il faut noter que, l'UNESCO a organisé, aux Seychelles, en 2011, un forum international des tradipraticiens de l'Océan indien, regroupant des professionnels de La Réunion, de Maurice, de Rodrigues, De Madagascar, de Mayotte, de l'Union des Comores, des Maldives, des Seychelles dans le but de créer un réseau des tradipraticiens de l'Océan indien.

Selon Pierrine DIDIER (2015, p.13), les pratiques de la médecine traditionnelle sont reconnues et intégrées par le gouvernement malgache et lors de cette journée annuelle de la médecine traditionnelle, des stands sont tenus par les tradipraticiens adhérents à des associations partenaires de l'ANTM²⁰ reconnue par l'état, « *Ces stands sont tenus par des tradipraticiens adhérent à des associations partenaires de l'Association Nationale des Tradipraticiens de Madagascar, reconnue par l'État* ».

Lors de cette journée, sont présents les groupes pharmaceutiques qui fabriquent et mettent en vente les remèdes traditionnels améliorés qui tiennent compte de la pharmacopée malgache. Par la tenue de ces journées, l'OMS souhaite évoluer vers une « médecine intégrative » à Madagascar entre la médecine traditionnelle et le système de santé officiel. De plus les pouvoirs publics malgaches souhaitent inclure les tradipraticiens pour un partage de compétence au bénéfice des citoyens, ces derniers étant reconnus comme acteurs dans la transmission et la diffusion des savoirs. La reconnaissance est officialisée et légitime les pratiques. Le gouvernement malgache exprime sa volonté d'entretenir la culture des soins traditionnels locaux.

Cela rejoint les travaux de L. Pourchez (2011, p.102) sur la reconnaissance des savoirs et compétences acquis par les accoucheuses traditionnelles dans l'espace des Mascareignes, savoirs issus des traditions et cultures qui font partie de l'histoire de chacune de ces îles.

²⁰ ANTM, Association Nationale des Tradipraticiens de Madagascar.

Le résultat des entretiens montre que 100% des interviewés ont recours ou ont rencontré la médecine traditionnelle de l'archipel des Comores.

On peut considérer que la médecine traditionnelle relève des croyances. Elle n'est souvent pas scientifiquement vérifiable. Pourtant le patient adhère et y croit.

Pour autant, ce manque de preuves scientifiques de l'efficacité des médecines traditionnelles est de moins en moins vrai en raison du nombre élevé de travaux en ethnobotanique, en ethnopharmacologie et en ethnomédecine. Il est, par exemple, possible de citer l'ajout, ces dernières années, dans la pharmacopée française, de 19 plantes médicinales issues de l'océan indien. La Société Française d'Ethnopharmacologie²¹, explique que : « *Les pharmacopées dites « traditionnelles » recouvrent les pharmacopées savantes, mais également toutes les pharmacopées issues de traditions thérapeutiques populaires orales, locales ou régionales, souvent fragilisées par la pénétration de cultures exogènes.* », les plantes médicinales sont alors inscrites dans un ouvrage et sont répertoriées. Elles sont nommées et décrites botaniquement selon la région, leurs usages thérapeutiques coutumiers.

Actuellement, il y a plus d'une centaine de plantes médicinales des départements Français de l'outre-mer qui est inscrite sur la liste de la pharmacopée française. Leurs propriétés médicinales ainsi que leur toxicité sont déterminées. Cette reconnaissance est l'œuvre du travail des associations qui se battent pour la reconnaissance des plantes médicinales des territoires tropicaux et subtropicaux qui détiendraient plus de « *80% de la biodiversité Française et 10%* » sur le plan mondial.

Les travaux de Laurence Pourchez, (2023), sur l'ethnomédecine dans l'océan indien expliquent l'intégration de certaines pratiques dans les soins dans l'espace des Mascareignes, Maurice, Réunion et Rodrigues. Elle note une pratique réelle et légitime issue de l'histoire de chaque région impliquant la reconnaissance des praticiens, et la compréhension de ces savoirs au sein de chaque société. Elle ajoute que les praticiennes connaissent les vertus des plantes médicinales propres à leurs régions et leurs cultures.

²¹ Les pharmacopées du monde

A la Réunion, dix-neuf plantes médicinales ont été inscrites à la pharmacopée française, de 2013 à 2020, soit un total de vingt-sept plantes médicinales qui y ont été inscrites. C'est le travail de l'association Aplamedom Réunion.

A Madagascar, le gouvernement a mis en place l'évaluation phytothérapeutique par la biomédecine avec les institutions, ce qui permet de repérer les plantes avec des effets qui pourraient être notoires.

Les soins traditionnels sont issus de la culture, des connaissances qui sont acquises au sein d'une structure sociale et tiennent compte des valeurs et des croyances des malades. Ils sont également associés à la religion et font partie intégrante d'une réalité quotidienne. Leur pratique n'évolue pas au même rythme que la société actuelle mais s'adapte selon les situations.

En revanche la médecine occidentale respecte des normes définies par la loi. Elle est révisée régulièrement et suit l'évolution de la société en s'adaptant à la technologie. Ses pratiques sont remises régulièrement à évaluation et tiennent compte des évolutions sociales en s'appuyant sur des protocoles bien cadrés.

Selon Pourchez Laurence, (2021, p1), l'ethnomédecine apparaît dans les années 1917 dans les travaux de William Halse Rivers consacrés aux pratiques de guérisons des peuples autochtones dans leurs cultures et leurs croyances. Ainsi, il contribue à la compréhension des pratiques de guérison traditionnelle.

L'auteur explique que les chercheurs l'expliquent de deux manières. En sciences humaines c'est « *l'étude des médecines traditionnelles et de leurs logiques internes en termes de conduites thérapeutiques, de discours produits et de représentations du corps, de la santé, de la maladie, de la naissance, de la mort et du malheur, incluant le rapport entre santé et sacré ou santé et magie.* » et en médecine elle est définie comme « *la synthèse qui peut être effectuée entre médecine occidentale et médecines traditionnelles des pays non occidentaux.* ». Elle ajoute que l'approche l'éthnomédicale prend en compte plusieurs disciplines pour une prise en charge « *holistique* ».

On peut dire que chaque médecine traditionnelle est une médecine qui est relative à un peuple, se rapporte aux pratiques médicales traditionnelles d'une culture et tient compte des croyances, des connaissances, des techniques et des méthodes utilisées. Comme le dit la tradithérapeute, elle tient compte aussi de la

représentation de la maladie et de la santé : « *La alors moi mes traitements je les bénis ma grand-mère m'a toujours dit dès que je prends la plante par la racine, par les feuilles, ou la peau, il faut invoquer dieu et les bénir.* » (L56 à 58)

b. Risques liés à l'utilisation de certaines plantes sans encadrement.

A Mayotte la méconnaissance quasi-absolue, par les soignants, des vertus des plantes médicinales utilisées, et l'absence de pharmacopée reconnue et analysée est un probable danger pour les utilisateurs. L'alliance des deux médecines par le patient mahorais est également un risque qu'il ne faut pas négliger pour sa santé. Il y a certaines plantes reconnues dans des pays comme étant dangereuses mais l'absence de partage de données fait que ces plantes sont utilisées par d'autres populations entraînant un danger pour le patient.

Quatre médecins exerçant au centre Hospitalier de Mayotte, P. Durasnel · C. Tantet A. Chamouine · R Blondé, (2018, p82), soulignent l'absence de connaissance (et de reconnaissance) de la pharmacopée et interpellent sur les dangers liés à cette méconnaissance.

Ils confirment l'existence de risques liés aux traitements traditionnels à base de plante ; « l'intoxication » possible, qui peut advenir par la méconnaissance de la pharmacopée. Ils donnent l'exemple de « l'*Acalypha indica* L » connue sous le nom de « *pvhara pefu* en Shimahorais et ricinelle des Indes en français » une plante qui est utilisée à Mayotte pour traiter les pathologies respiratoires. Celle-ci est en effet susceptible d'entraîner une intoxication pouvant engendrer des conséquences graves voire même conduire au décès de la personne malade.

Ils ajoutent qu'en deux ans, cinq décès ont été consécutifs à l'utilisation de cette plante. « *À Mayotte chez une patiente adulte en réanimation, hospitalisée pour une anémie hémolytique aiguë grave. Un déficit en glucose6-phosphate-déshydrogénase (G6PD) a été confirmé ultérieurement* ».

A la suite de cette découverte, une étude longitudinale a été menée pendant cinq ans en pédiatrie. Il en résulte que sur 24 enfants qui ont été pris en charge pour « hémodialyse aigue », une dizaine ont eu recours au traitement traditionnel dont trois ont utilisé « l'*Acalypha indica* L »

Les auteurs soulignent que les problèmes liés à « l'hémodialyse » concernant cette plante ont été soulevés en 1994 par des Sri Lankais. De plus, elle est connue dans la « *pharmacopée britannique* ». Même si elle figure dans la documentation de la « *Direction générale de la santé* » depuis 2008, aucune notification n'est pour autant faite sur le « *protocole national de diagnostic de soins* » pour prévenir ce risque. Ce n'est qu'en 2017 que la haute autorité de santé a alerté et informé sur le risque potentiel d'utilisation de cette plante.

Le Professeur Pierre Aubry et le Docteur Bernard-Alex Gaüzère, (2023), expliquent qu'il y a une méconnaissance du nombre d'intoxications par les plantes médicinales dans les zones tropicales. De plus, il n'y a pas de centre anti-poisons. Beaucoup d'intoxications sont dues à l'ingestion en grande quantité, de végétaux possédant une certaine toxicité. Une classification est faite selon les principaux « *effet Clinic.* » qui serait connue. L'article souligne la complexité de la toxicité due à la diversité végétale et la manière dont cette toxicité agit sur les humains : le contact peut se faire soit par la consommation ou par contact avec la peau. Les auteurs ajoutent que certaines plantes peuvent contenir plusieurs toxines : « *Certaines plantes toxiques contiennent plusieurs toxiques à l'origine de symptomatologies complexes* ». Ils citent plusieurs plantes dans cette étude et expliquent leur toxicité. En effet j'ai reconnu certaines plantes utilisées par les tradithérapeutes et les patients qui sont énumérées comme étant toxiques. « *La tisane appelée « 150 maladies »* utilisée pour les pathologies chroniques, beaucoup l'emploient pour traiter le diabète et l'hypertension artérielle. Ils mentionnent également « *La margose ou pomme de merveille, également nommée momordique, poire balsamique, concombre africain* », utilisée pour les maux de ventre et pour les coliques des nouveaux nés.

Le letchi, particulièrement consommé dans l'océan indien est lui-même nommé comme faisant partie des fruits toxiques recensés en 1995 dans « *l'État du Bihar au nord-est de l'Inde* », son ingestion étant susceptible d'entraîner des complications graves.

Ces risques ne sont peut-être pas forcément connus des patients, en effet aucun des patients interrogés n'évoque ce côté préjudiciable qui pourrait avoir un impact

sur leur état de santé. On pourrait penser que cela est lié à leurs forts ancrages aux croyances et religions qui sont considérées comme l'ultime réalité.

L'aspect sociétal et social fait que les pratiques demeurent et se transmettent de génération en génération. Elles n'évoluent pas au même rythme que la société actuelle.

Il est ressorti, lors des entretiens, des éléments concernant la prise en charge des pathologies psychiatrique dans les deux catégories interviewées. Il est vrai qu'à Mayotte il n'y presque pas de structure qui prenne en charge les patients psychiatriques. La seule structure est celle du centre hospitalier qui comptabilise un service de consultation et un autre d'hospitalisation avec une capacité d'accueil de dix lits. Les recours à la médecine traditionnelle sont très présents concernant cette pathologie. Elle est considérée comme étant une maladie de « djinns » qui veut dire les esprits, elle touche le psychisme et ne relèverait pas de l'hôpital. J'ai fait le choix de ne pas l'approfondir même si elle soulève une grande difficulté de prise en charge. Il m'aurait été difficile de me rapprocher des patients, et de leurs familles pour un échange en raison de la distance qui me sépare du terrain et de la discrétion apportée à ces pratiques. Les croyances sont aussi fortes dans la prise en charge médicale de ces pathologies.

c. Le droit de pratiquer sa religion dans les soins

Isabelle Levy, (2002), retrace le parcours de l'évolution des croyances dans les soins, de la déclaration des droits de l'homme de 1789 concernant les pratiques religieuses dans les soins à la loi de décembre 1905 qui autorise la pratique des « *cultes* » dans les soins à la seule condition de ne pas impacter l'ordre public. (Notion qui apparaît dans le décret du 17 avril 1943.)

Il en ressort que le soignant doit s'adapter aux croyances du patient et impose l'établissement de santé le respect de la « *charte du patient hospitalisé* ».

Il est noté dans le règlement intérieur des établissements hospitaliers de janvier 1974 que : « *tout établissement de santé s'engage à respecter les rites spirituels des personnes qu'il accueille. Ainsi dans la mesure du possible, un patient doit pouvoir suivre les préceptes de sa foi [...]* » (p15)

En ce sens on peut en déduire que la pratique des traitements religieux, par exemple la lecture du Coran, les prières de bédécité, l'usage de talismans, d'eau

coranisée (dans laquelle ont baigné divers documents contenant des versets du livre sacré) devraient être acceptées dans les soins.

Si l'on s'en tient à ce principe, les deux infirmières NA et S qui disent accepter ces pratiques ne font que respecter la charte du droit du patient. L'infirmière NA :

« *Par exemple si je sais que quelqu'un est musulman et qu'il a besoin de faire les prières et même si quelqu'un n'est pas musulman mais s'il trouve l'intérêt de ramener sa bible pourquoi pas* » (L84 à 86); « *la maman faisait beaucoup de lectures du Coran à son bébé et je laissais faire* » (L58-59); « *si le parent me demande de faire une prière, le adhan, ramener le coran pour lire à son enfant je ne lui dirai pas non* » (L101 à 102).

L'infirmière S : « *Mais par contre pour le Coran et la prière, moi, oui, je leur dis de le faire* » (L75); « *ils peuvent faire l'eau coranisée, ou se laver avec voilà, oui* » (L79); « *je leurs dis de poser un drap par terre dans leur chambre et de faire la prière car ils ont des droits* » (L114-115).

Isabelle Levy ajoute que le « *droit fondamental* » autorise la personne à recourir publiquement ou en privé, à l'ensemble de ses pratiques religieuses ou « rituelles ». Le soignant quant à lui, devra s'assurer que ces pratiques ne nuisent pas au bon fonctionnement et à la sécurité des soins, d'où les craintes des soignants évoquées lors des entretiens, concernant l'engagement de leur responsabilité durant la prise en charge. Les mêmes infirmières en tiennent compte :

-NA : « *comme je l'ai dit, tant que cela n'empiète pas sur la prise en charge* » (L102-103).

SS : « *Pour moi tant que c'est des pratiques exemple de prière et ça ne dérange pas son voisin je ne dis rien* » (L87-88).

D'ailleurs, l'arrêté ministériel du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier intègre dans la prise en charge du patient, le fait de porter une attention particulière à ses croyances et rites religieux.

Ce principe est évoqué aussi dans la dernière version de la circulaire DHOS, de mars 2006, qui précise que : « *L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies [...]* ».

Malgré cette carence législative de réglementation de la médecine traditionnelle, la pratique de celle-ci est présente dans les parcours de soins des patients.

d. Le soin

Le soin est un processus complexe qui comporte plusieurs approches. C'est un ensemble d'actions (comprenant l'évaluation de l'état de santé du patient, le diagnostic, la prescription de soins ...) mais aussi d'interventions (la prise de sang, les pansements, l'administration des médicaments, les actes chirurgicaux, l'écoute, l'empathie...) visant à maintenir, restaurer, ou améliorer la santé d'une personne dans une approche globale et personnalisée.

Frédéric Worms (2010, p1), définit le comme soin : « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même.* » (Partie 1- soin- définition, paragraphe 1)

L'auteur explique que le soin comporte deux éléments indissociables, le pouvoir et le vouloir. Le soin intègre à la fois le pouvoir d'agir sur le plan technique et médical mais aussi le fait de vouloir le faire en étant bienveillant envers la personne soignée. Il s'agit de combiner les connaissances aux compétences dans un esprit de bienveillance. Il s'agit également de tenir compte de la culture et des croyances de la personne prise en charge.

Francine Saillant et Éric Gagnon, (1999, p5), donnent une définition sans doute plus anthropologique du soin : « *Les soins constituent au premier abord un ensemble de geste et de paroles répondant à des valeurs et visant le soutien, l'aide, l'accompagnement de personnes fragilisées dans leurs corps et leur esprit, donc limitées de manière temporaire ou permanente dans leur capacité de vivre de manière « normale » ou « autonome » au sein de la collectivité.* »

Doris Bonnet et Laurence Pourchez, (2007, p23), définissent, quant à elles le soin comme : « *l'unité minimale de contact ou d'interaction, orientée vers un but hygiénique, thérapeutique ou affectif* ». Elles ajoutent que c'est en 1934 que Marcel Mauss fait apparaître le soin dans les techniques corporelles, qu'il décrit comme « *les façons traditionnelles dont les hommes, société par société, savent se servir de leur corps* ».

A Mayotte les soins traditionnels sont issus de connaissances culturelles, sociales qui tiennent compte des valeurs, et des croyances locales. De nombreux mahorais

se considèrent en bonne santé tant qu'ils se sentent indépendants et qu'ils sont capables de vivre le quotidien.

Dans la culture mahoraise la maladie est une perturbation physique et ou mentale qui provoque une perte d'autonomie entraînant un déséquilibre social. Lorsqu'il y a un déséquilibre physiologique ou psychique, celui-ci est considéré en premier lieu comme le résultat d'une action divine, la volonté de dieu, ou le fait des mauvais esprits. Il est difficile de penser que c'est une maladie d'origine microbienne ou organique. Comme l'a expliqué le Dr Lartigau-Roussin, les représentations de la maladie à Mayotte ne correspondent pas aux représentations savantes et biomédicales lesquelles s'opposent au monde sacré, invisible, de l'esprit, et de la sorcellerie.

Il existe deux origines possibles de la maladie à Mayotte, une étiologie naturelle et une étiologie surnaturelle. Dans ce mémoire, je ne vais pas, pour des questions liées, notamment au temps et au volume attendu du mémoire, développer la partie liée au surnaturel. Toutefois, il y a des représentations de la maladie et du malheur spécifiques à la société mahoraise ainsi que des représentations spécifiques qui concernent la manière de se soigner. Du point de vue de la représentation du corps par exemple, de la localisation d'une maladie, les représentations mahoraises de la maladie postulent que ce n'est pas un organe qui est malade mais une partie du corps. La tradithérapeute parle de zone malade, « *ça me permet de voir s'il y a une zone où il y a quelque chose de pas normal* » (L71-72). Ces conceptions se retrouvent dans la représentation de l'équilibre sanguin qui s'effectue pour une bonne circulation, par celui du chaud et du froid, ou encore au travers de la cérémonie de scarification destinée à enlever l'excès de mauvais sang. Cette représentation du chaud, du froid, du sang, des humeurs fait partie de la représentation traditionnelle du corps et vient s'ajouter à des représentations d'origine bantoue lesquelles font partie des sources d'origine africaine, que l'on retrouve à Mayotte et dans tout l'archipel des Comores. Comme l'explique l'IDE AN sur les interdits de la femme enceinte de ne pas recourir au chaud, de ne ni boire ni toucher ni même manger quelque chose de chaud « [...] *je n'avais pas le droit de boire de l'eau chaude* » (L120-121) en parlant d'une patiente qui lui demandait si c'est le fait de ne pas avoir respecté ces interdits qui fait que son nouveau-né est malade. Pendant la grossesse, la femme hérite des interdits traditionnels de son mari et c'est la belle-mère qui les instaure et les liste.

En plus de tout cela, il y a la religion qui est l'islam, qui vient se greffer avec la médecine islamique²² telle que la *roqya*²³ qui est la manière dont on va utiliser la prière, le coran, tous les remèdes à base du coran (l'eau coranisé, les talismans avec les sourates protectrices, le fatha, etc.). On retrouve toutes ces pratiques qui sont connues par les soignants citées par les infirmiers, IDE S : « [...] dans le Coran il y a tout, il y a la guérison. » (L 47-48), « des versets qui guérissent » (L48), « il y a la guérison par le coran » (L50) et « même les talismans » (L77) ...

IDE SS « *Même si je connais ce monde de la Roqya j'ai demandé à l'esprit de partir et de la laisser tranquille ...* » (L109-110)

Cela donne une vision différente du corps que la vision du corps que l'on peut avoir dans la biomédecine.

La définition donnée par Francine Saillant et Éric Gagnon va dans le sens de ma recherche, elle explique qu'il n'y a pas d'un côté la biomédecine et de l'autre la médecine traditionnelle, mais qu'il faudrait aller dans le sens de la variation culturelle pour prendre correctement les patients en soin.

Cela va également dans le sens des entretiens que j'ai eu avec les patients et les soignants. La tradithérapeute oriente vers la biomédecine, « [...] ils ont des machines qui peuvent l'aider plus rapidement que moi. » (L103), et elle ajoute que la biomédecine est une aide « [...] aujourd'hui les machines de 'ba Mzoungou' nous aident à voir beaucoup de choses... » (L106).

C'est en ce sens que la dimension culturelle du soin est importante car d'une part, la prise en charge se fait de manière holistique et de l'autre, là où la biomédecine fait une séparation nette entre la médecine et le sacré (médecine, foi religieuse), la médecine traditionnelle considère le soin comme un ensemble, donc le soin qui tient compte de la foi religieuse est important.

Malgré un objectif commun qui est de prodiguer des soins de qualité, il peut y avoir des obstacles dans l'articulation entre les pratiques et le pouvoir médical.

²² Médecine islamique, (médecine prophétique) basée sur le coran (hadiths attribués à Mahomet).

²³ Roqya : c'est une forme de médecine propre à l'Islam (fréquemment utilisée lors de ce que l'on appelle crise de Djins - les esprits)

e. Le pouvoir médical et les freins dans l'articulation des deux pratiques.

La question du pouvoir médical est abordée dans l'anthropologie médicale critique. Elle tient compte des relations sociales, d'expériences vécues et elle analyse les pratiques en liens avec les normes culturelles et sociales des systèmes médicaux. Lorsque j'entends pouvoir médical, pour moi, il s'agit d'un monopole exercé par le corps médical, de manière consécutive à un statut acquis (de médecin) pour plusieurs choses (prescription, orientation, bilan, choix thérapeutique...).

Jean-François Mattei, (2021, p1), explique qu'historiquement, le rôle, la responsabilité du médecin, l'autonomie médicale étaient exercés différemment. Il écrit que le patient, face à la maladie, se tournait spontanément vers la médecine. Il considérait que c'était le médecin qui détenait les connaissances, les savoirs et le pouvoir de diminuer les maux et de guérir. « [...] *Les médecins étaient considérés comme des demi-dieux* »

Les patients se confiaient et tissaient un rapport particulier avec le médecin. « *La personne se livre, se raconte, dévoile son intimité et s'en remet au médecin qui assume tout à la fois les rôles de confident, de conseiller et de guérisseur* »

Il y avait une relation asymétrique entre le médecin qui détenait le savoir, le pouvoir de décision, et le patient qui en souffrance était celui qui en dépendait. Le médecin était « paternaliste » dans le seul intérêt du patient. En revanche il y avait un risque de limiter l'autonomie du patient.

L'objectif du médecin était donc de conduire le patient à agir de façon à atteindre la guérison. Mais peut-on promettre cette guérison ? Tel est le questionnement de l'infirmière S « *est-ce que je vais en guérir, même si on dit que non on ne sait pas, on ne peut pas promettre la guérison* » (L107-108) telle est sa réponse lorsque les patients soulèvent la question.

L'auteur explique que le pouvoir médical est : « *la capacité d'amener une ou plusieurs personnes à agir, individuellement ou collectivement, d'une manière désirée* », celle-ci englobe trois pouvoirs :

- Le pouvoir d'appréciation, c'est-à-dire d'évaluer l'état de santé et la situation du patient.

- Un pouvoir d'influence, à savoir d'indiquer le traitement ou l'acte médical.
- Le pouvoir de décision. (Lorsque la décision est prise le patient se sent obligé d'y faire face car c'est le médecin qui détient le savoir donc le pouvoir de décision.)

De l'après-guerre à aujourd'hui, il y a eu une grande évolution dans la relation médicale. Le médecin n'est plus perçu comme ayant une autorité absolue. Il est considéré comme un professionnel de santé qui travaille en collaboration avec le patient pour trouver la meilleure solution de traitement. Le patient devient acteur de sa santé et devient « partenaire » du médecin donnant place à une relation plus équilibrée.

Dans ma recherche, cette situation est mise à mal car les pratiques parallèles restent taboues. Tous les patients interrogés reconnaissent ne pas informer le médecin de leurs pratiques, fait confirmé par les soignants car tous ont rencontrés des patients ayant eu recours à ces pratiques lors de la prise en charge. Pourtant aucuns des patients n'a souhaité en parler au corps médical.

Les entretiens montrent que les patients manifestent un grand respect, mêlé de crainte envers les professionnels de la santé, que ceux-ci soient médecins, infirmiers, voire aides-soignants (tous les professionnels en blouse blanche). De leur côté, les soignants manifestent à la fois un indiscutable désir d'aider les patients, mais ceci se fait souvent par le fait de leur imposer des soins. La relation qui se met en place est donc clairement asymétrique.

La conséquence de cette relation est que les patients n'osent pas avouer leurs usages de la médecine traditionnelle aux soignants à la fois en raison du respect qu'ils ont pour eux (reconnaître des recours autres serait, d'une certaine manière, une forme de désaveu de la médecine occidentale) et aussi par peur du jugement qui pourrait résulter de la révélation de pratiques traditionnelles extérieures à la biomédecine.

Cette relation asymétrique est un frein à la collaboration entre le corps médical et les patients car quoi qu'il se passe, ces derniers ne s'expriment pas, sachant que s'ils le faisaient, les soignants risqueraient de ne pas les écouter, ou pire, seraient susceptibles de les juger.

Laurent Vercoistre, (2010), explique dans son mémoire « *L'éthique médicale, nouveau visage du pouvoir médical* » son sentiment de révolte sur la question du pouvoir médical. Il qualifie le médecin de « patron », celui qui prend les décisions sans se soucier de l'avis du patient ou du parent. Il donne l'exemple d'une situation où les parents d'un nouveau-né demandaient l'arrêt des soins intensifs. Le médecin n'a pas suivi le souhait des parents, et finalement, c'est le pouvoir médical qui a décidé. L'auteur explique que la question du pouvoir médical est souvent négligée voire même cachée en ce qui concerne l'éthique médicale alors qu'elle devrait être au centre des réflexions. Il ajoute qu'actuellement l'éthique médicale serait considérée comme un masque du pouvoir médical. Il définit une relation très complexe entre l'éthique et le pouvoir médical, relation qu'il serait important de questionner.

Il donne l'exemple de situations de prise en charge médicale de nouveau-nés prématurés qui illustre significativement ce pouvoir.

Il explique qu'avant toute autre considération, c'est le malade qui, finalement, donne le pouvoir au médecin.

Etant donné que la santé et la vie sont des choses précieuses, nous devrions être plus prudents et méfiants avant de les confier au seul médecin.

La maladie entraîne souvent un sentiment d'abandon de soi qui n'a pas, comme explication, que la faiblesse physique ou la douleur, mais peut être une prise de conscience de l'approche de la mort qui peut nous inciter à nous détacher d'une partie de nous-mêmes. « *J'avais abandonné entre ses mains quelque chose de moi-même, quelque chose comme une volonté, comme un pouvoir de décider* » (P18).

Le pouvoir repose effectivement sur de prestigieuses avancées médicales. Mais pour autant, il ajoute, en s'appuyant sur les recherches de Freud et de la psychanalyse, que l'intégration de la dimension relationnelle est très importante. Le médecin doit donc prendre en charge le corps et l'esprit.

Le pouvoir médical a bien évolué au fil du temps, passant d'une autorité absolue à une relation de plus en plus équilibrée entre le patient et le médecin.

Raymond Massé, (1997), critique cette vision du pouvoir médical dite suprême qui repose sur la construction sociale et historique de la médecine. Selon lui, celle-ci peut conduire à une marginalisation des savoirs et des pratiques non occidentales.

Il explique qu'on doit prendre conscience de la diversité des pratiques et des savoirs en matière de santé.

Pour lui, le pouvoir médical occidental donne tous les droits en ce qui concerne les normes conformes à la santé telle qu'elle est vue du point de vue de la biomédecine, au détriment de la médecine traditionnelle. Il souligne l'importance de la prise en compte des savoirs et des pratiques médicales des différentes cultures, surtout ceux des populations autochtones, pour une approche plus juste dans la relation médecin malade. Il faudrait avoir une vision plus large qui intègre la santé et la médecine dans le respect de la diversité culturelle et de la valorisation de praticiens locaux.

Sylvie Fainzang, (2016, p146), aborde la question du pouvoir de décision des médecins dans la relation avec les patients. Elle met en évidence le consentement des patients et l'influence de l'autorité, la complexité des informations, les normes sociales et culturelles. En ce sens la tradithérapeute explique aussi la reconnaissance sociale liées à ses activités de soin, « *des gens des autres villages qui venaient pour faire les médicaments* » (L41), ou « *Des fois, les gens venaient me chercher ici et m'amenaient pendant une semaine dans leur village pour soigner quelqu'un de leur famille* » (L43 à 45).

L'auteur souligne que l'évolution de ces dernières années de la communication entre le médecin et le malade n'a pas, pour autant, effacé l'inégalité relationnelle présente entre eux. Puis elle ajoute que la médecine n'est pas qu'une science exacte et objective, que les aspects culturel, social et économique peuvent influencer les pratiques médicales, en mettant en lumière les inégalités du pouvoir présents dans la relation. « [...] *les obstacles ne sont pas seulement dans la difficulté ou la lenteur juridique, ils sont essentiellement juridiques sociaux et culturels.* »

Sylvie Fainzang, (2006, p2), ajoute, en ce sens, que l'anthropologie a longtemps ignoré la médecine moderne parce que celle-ci était considérée comme évoluant en dehors des croyances et de la religion présentes dans la médecine traditionnelle. « *Elles signalent avec raison le fait que les anthropologues ont obstinément ignoré pendant longtemps la médecine moderne, au motif que celle-ci aurait évolué en dehors de la religion et des croyances si manifestes dans les médecines traditionnelles [...]* »

Elle estime que l'anthropologie médicale devrait s'intéresser aux croyances locales sur la maladie et aux rites de guérison y compris ceux liés à la médecine moderne, et déplore la négligence de certains aspects de la médecine moderne sous prétexte qu'elle serait fondée sur la science. Dans ce contexte le patient MA explique que lorsqu'il a refusé un acte décidé par le médecin, celui-ci l'a renvoyé chez lui : « *un docteur qui voulait me mettre un tuyau devant, j'ai refusé et il m'a dit que si je ne suis pas d'accord je m'en vais.* » (L 39-40). En effet, ce patient a refusé l'acte médical car c'était un frein pour la pratique de ses prières (on ne peut pas faire la prière avec une sonde vésicale car l'urine annule les ablutions.)

L'auteure ajoute que l'étude de l'interaction de la culture et de la santé a complètement ignoré la biomédecine en considérant que la médecine traditionnelle est nécessairement associée à des croyances religieuses. Cette situation a conduit à un « réductionnisme cognitif » qui relie les croyances spécifiques à des groupes ethniques, en ignorant que chaque individu combine les deux, connaissances biomédicales et non-médicales pour se construire sa propre croyance médicale.

« [...] *les croyances médicales de chaque individu consistent en des combinaisons de connaissances biomédicales et non-médicale* ».

Dans l'ouvrage intitulé *La dimension culturelle*, François et Nicole Robin, (1976)²⁴ expliquent que le pouvoir médical est lié à la reconnaissance du statut officiel du savoir du médecin, qui est exclusivement un savoir scientifique qui peut résoudre les problèmes physiques voire psychologique. En ce sens le patient MVA déclare : « [...] *il est médecin il sait...* » (L 59). Ces deux auteurs affirment que ce pouvoir est nourri par une confiance importante qui est donnée le plus souvent par des personnes qui n'ont pas d'informations sur le malade alors que c'est eux qui sollicitent le médecin. Puis ils ajoutent que ce pouvoir est caché par l'aspect technique important lié à un écart socioculturel. Ils poursuivent en écrivant que plus le rang social du malade est subalterne plus le pouvoir est important en donnant l'exemple des travailleurs immigrés. « *Un travailleur immigré ressent totalement le pouvoir du médecin à son seul titre de « docteur », ne lui pose aucune question, paie les honoraires et, au besoin, lui fait un cadeau en lui vouant une reconnaissance éternelle.* ».

²⁴ Partie I 1 « Dimension socioculturelle »

En revanche, si c'est une personne instruite, les exigences seront différentes et plus importantes voire même contestables. *« Il aura tendance à contester, discuter, demander des explications et à aller chercher, éventuellement, confirmation chez un autre médecin. »*

Il est vrai que ces situations me parlent. Lors de mes prises en charge, les patients issus des EVASAN Koissa²⁵ ou des quartiers les plus défavorisés de Mayotte expriment facilement une gratitude envers les soignants. Ils appellent tous ceux qui portent la blouse blanche (soignant ou non soignant, dès lors que la personne est intervenue dans son parcours de soin) « Doukouter²⁶ » en signe de reconnaissance.

Il m'est arrivé de voir plusieurs patients revenir dans les services avec des cadeaux, parfois juste pour dire merci voire même, dans certains cas, avec une invitation, destinée au soignant, à revenir au pays à la fin des soins. Il est vrai que le patient en situation de détresse exprime plus facilement sa reconnaissance ; que ce soit au sein de l'hôpital mais aussi à l'extérieur du champ médical. Il m'est arrivé à plusieurs reprises d'entendre des collègues relater, lors de situations de crises durant lesquelles l'île est sous tension avec de nombreux barrages, des situations lors desquelles ils se sont retrouvés en danger, dire qu'un patient les a reconnus et a dit à ses camarades : « c'est un docteur, laisse le tranquille ou laisse-le passer ». En revanche cette reconnaissance n'est pas partagée par tous les patients, comme MA : *« Quand je suis malade je réfléchis plusieurs fois avant d'aller à l'hôpital surtout moi qui ne sais pas parler français. »* (L63-64)

Cependant, il existe des freins à la mise en équilibre des deux approches médicales tels que :

- La différence culturelle et les divergences de croyances entre les patients et les médecins, lesquelles sont clairement dites par les patients.
- Les formations et les connaissances qui diffèrent entre le corps médical et les Foundi.
- La méfiance entre les deux médecines vis-à-vis d'une approche différente de la maladie et de la santé.

²⁵ « EVASAN Koissa », c'est les patients qui sont arrivés sur des bateaux de fortune que le passeur laisse au bord de la plage.

²⁶ « Doukouter » c'est le terme médecin

- Des pratiques culturelles non reconnues et non réglementées par le système de santé.
- La non intégration, dans les protocoles de soins, des pratiques de la médecine traditionnelle.

En revanche à Mayotte l'articulation de ces deux médecines pourrait être complémentaire et bénéfique. En ce sens le tradithérapeute donne l'image d'un mariage, « *Donc même le mariage de ces médicaments Mzoungou c'est la discussion.* » (L148).

Il faudrait tenir compte de l'organisation au sein de l'établissement de santé, du pôle, et du service.

Dans le domaine de la question humaine, il est important qu'un accord de positionnement hiérarchique, c'est-à-dire qu'un accord entre le cadre de santé, le cadre de pôle et la direction des soins soit mis en place.

Celui-ci devrait se faire en tenant compte de ce qui est acceptable lors de la prise en charge dans les soins, en se souciant des besoins, du respect, des croyances et des pratiques du patient.

Il est évident que les deux formes de médecine peuvent être complémentaires pour améliorer la santé et le bien-être du malade.

Il est donc nécessaire qu'un travail de reconnaissance, de collaboration et d'intégration se fasse tout en tenant compte des spécificités culturelles.

Les professionnels de santé et les autorités ont un rôle important à jouer dans ce changement, tout en s'assurant de prodiguer des soins de qualité en toute sécurité.

E. Synthèse globale

Dans ce travail de recherche j'ai pu croiser les regards de soignants, de patients et d'une tradithérapeute quant à la rencontre des deux médecines, biomédicale et traditionnelle.

Les récits très riches recueillis lors des entretiens ainsi que les lectures que j'ai effectuées tout au long de mon étude m'ont permis d'avoir un regard nouveau sur la prise en charge du parcours thérapeutique à Mayotte.

Deux limites sont à noter dans ce travail, celle, tout d'abord, de l'absence de point de vue concernant un public plus jeune pour les patients. Il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue concernant les pratiques et la transmission du savoir intergénérationnel qui est attendu par les aînées (les savoirs traditionnels étant comme l'a montré Laurence Pourchez pour les Mascareignes, - 2011- souvent transmis par les femmes).

Mon expérience, mon vécu dans cette culture insulaire depuis mon plus jeune âge m'ont permis d'apporter quelques éléments susceptibles de nourrir ma réflexion, en tenant compte des expériences vécues en tant que patiente et mahoraise baignant dans une culture de soins traditionnels où les croyances sont omniprésentes, guidées par une religion quasi dominante (musulmane), et une transmission de savoir intergénérationnel auxquelles j'ai aussi eu droit durant mon enfance et mon adolescence.

L'autre limite à cette recherche, est l'absence d'un deuxième point de vue de tradithérapeute. Il aurait été intéressant de comparer leurs points de vue sur les pratiques, les manières de faire, et leurs pensées quant à la pratique de celles-ci lors de la prise en soin de la médecine occidentale.

Les trois catégories d'interviewés ont conscience de la nécessité d'une articulation entre les deux pratiques pour instaurer une bonne cohabitation. L'absence de législation ne semble pas constituer un frein à l'utilisation de la médecine traditionnelle par les patients, mais questionne les soignants. Comme l'exprime l'infirmière S « *c'est écrit nulle part que c'est interdit* » (L103).

La pratique de la médecine traditionnelle est présente partout dans le monde. Les pays en développement sont les plus demandeurs. Elle est vue comme une alternative dans l'accès au soin lorsque la médecine conventionnelle n'est pas accessible. Elle est pratiquée seule ou par alliance avec la médecine conventionnelle. Les pratiques tiennent compte des croyances, de la représentation de la maladie et de la culture de soins de la personne. Les pratiques diffèrent d'un pays à un autre mais les itinéraires thérapeutiques se rejoignent.

Certains recours sont encadrés dans les pays où la médecine traditionnelle est reconnue. L'encadrement permet d'éviter certaines dérives dans les pratiques et de prévenir les accidents liés aux risques de la méconnaissance des vertus pharmaceutiques des plantes, qui peut conduire à complications notamment

lorsque les végétaux utilisés sont antagonistes aux traitements prescrits par les médecins (par exemple, consommer des bâtonnets de réglisse annule l'effet des bêtabloquants).

Enfin, je trouve que la citation de Philippe Forest, reprise par Isabelle Levy prend un sens en ce qui concerne l'évolution de la société et des croyances dans les soins à Mayotte : « *Condamnées par la modernité comme aliénantes et néfastes aussi bien pour l'individu que pour la société, les religions, loin de disparaître, s'affirment aujourd'hui avec une vigueur renouvelée.* » (P17)

Il en résulte donc l'importance d'une association entre le respect de la liberté des pratiques culturelles et l'organisation de soins effectués dans le respect des règles du droit de chacun.

VI. Conclusion :

L'existence de la pratique de deux médecines dans la prise en charge des patients est bien présente à Mayotte.

Ces deux médecines peuvent l'une et l'autre coexister. Pour autant, certains facteurs sont à prendre en compte. La connaissance des pratiques parallèles ou effectuées en association avec la biomédecine est importante pour la prise en charge.

L'information et l'orientation du patient sont également fondamentaux dans le parcours de soins. Celles-ci permettent au patient de se sentir compris et de gagner une confiance dans l'itinéraire de soins.

L'existence d'un parcours de soins effectué en médecine traditionnelle préalable à la médecine occidentale est confirmée, mais cette pratique peut être faite aussi en parallèle.

Les conditions nécessaires à une cohabitation pacifiste des deux pratiques sont, dans un premier temps d'arriver à savoir si le patient met en place un traitement traditionnel à base de plantes puis dans un second temps de prendre en compte cette donnée afin de limiter les risques d'interaction médicamenteuse dans le soin.

Ce travail m'a permis de comprendre la place de la médecine traditionnelle dans le monde, sa pratique dans différents pays sous plusieurs formes. Certains pays, grâce l'OMS, mettent en place un encadrement légiféré des pratiques. Cependant il n'y a pas beaucoup d'échange de données sur les avancés scientifiques.

En France Il n'y a pas de cadre règlementaire qui régit ouvertement cette pratique et encore moins à Mayotte.

A Mayotte, le patient effectue son parcours selon la représentation qu'il a de sa maladie, selon sa culture et la manière dont s'est faite, dans sa famille, la transmission des valeurs du soin.

L'évolution sociétale implique l'intégration des nouvelles pratiques de soins arrivées à Mayotte, et que l'on nomme médecine occidentale (médecine « Mzoungou » en Shimahorais).

En effet, c'est en 1960 qu'apparaît le premier hôpital à Mayotte et en 1968 que ce même établissement est doté en lits d'hospitalisation (38 lits).

Au début des années 2000, la départementalisation de Mayotte a entraîné une évolution exponentielle des pratiques de la médecine occidentale avec un cadre législatif qui met en exergue des difficultés de pratiques de la médecine traditionnelle.

On pourrait réfléchir à une cohabitation qui pourrait être plus sereine lors de la rencontre des deux médecines. Elle respecterait les points communs évoqués par la totalité des interviewés. De plus, il est important de tenir compte des différences de représentations entre patients et soignants.

Les points qui convergent peuvent être les éléments sur lesquels il faudrait s'interroger et proposer des solutions communes qui pourraient faciliter et augmenter le niveau de la qualité de la prise en charge lorsque se rencontrent les deux médecines dans les soins.

A l'issue de cette recherche, je pourrais proposer via des projets de service :

- Un travail sur les points communs en équipe par le biais de projets inter-équipe. L'action viserait à informer et à sensibiliser les intervenants et les patients sur les pratiques et à fixer les informations sur les attentes communes attendues dans les deux parties.
- Une information sur les pratiques de médecine traditionnelle à risques dans le service. Cette thématique permettrait de sensibiliser les soignants comme les patients aux pratiques à risque et d'échanger avec les patients au sujet des éventuelles pratiques à tolérer.
- Une thématique d'encadrement des pratiques en collaboration avec la direction qualité de l'hôpital. Ce volet pourrait être un travail sur une période définie avec un service pilote.

- Le partage des résultats des travaux et de la maquette à l'ensemble des services, au patient, voire même aux partenaires extérieurs. Cette action permettrait de sensibiliser les acteurs de soins et ceux en demande de soins.
- La formation des agents à la sensibilisation des pratiques et à la compréhension des patients. Pour que le soignant comprenne le patient, il faudrait comprendre quelle est sa représentation de la maladie comme l'expliquent plus haut les travaux du Dr Roussin.
- Une information du public soigné quant aux éventuels risques encourus lors de l'alliance des traitements traditionnels. Il s'agirait, par la suite, de mettre en place une source d'information comme par exemple l'utilisation d'un média local pour diffuser l'information, y compris dans les salles d'attente.

Au regard de l'évolution actuelle de Mayotte dans le domaine des soins, il est indispensable dans le cadre de ma future fonction d'encadrement, de tenir compte de la coexistence de ces deux pratiques.

Il en résulte que l'accompagnement des acteurs, tant des soignants que des patients est indispensable dans l'instauration d'un climat de compréhension et de sécurité des soins.

Le mot interface dans l'encadrement prend alors tout son sens dans cette recherche.

Une relation triangulaire déjà présente dans les soins entre la direction, les soignants et les patients fait émerger une double conciliation, tant dans la sécurisation des soins que dans l'accompagnement des acteurs de soins.

La mise en place des projets de service dans le but de renforcer la sécurité des soins, et la prise en charge des patients qui baignent dans une culture s'imprégnant de la religion musulmane font que la place du cadre dans la sensibilisation, et l'information des équipes est primordiale.

Les attentes sont différentes selon l'angle où l'on se positionne. Le patient qui veut allier les deux pratiques attend une sérénité dans la prise en charge, une sécurité dans les soins qui est légitime, et une reconnaissance de ses pratiques. Quant aux soignants, le respect des règles d'hygiène et de sécurité lors sa prise en charge est importante pour une sérénité au travail lors des soins. Il est indispensable d'allier deux styles de management, le participatif et le délégitif. Il permettra d'intégrer les

soignants, de sensibiliser les équipes, et de recenser les pratiques récurrentes dans le service. L'implication de celles-ci dans les projets de service permettra de tendre vers des soins de qualité.

Le cadre, dans ce projet, doit mettre en place un lien permanent entre le soignant, le patient et le service qualité pour mener à bien le projet. Il doit être capable de prendre du recul pour interagir autour de plusieurs concepts qui l'aideront à mener à bien le projet, à être dans une démarche réflexive mais aussi de médiateur lorsque des situations d'incompréhension se présentent.

C'est un réel challenge pour le cadre de santé de mettre en place et de maintenir un équilibre dans les valeurs soignantes reconnues par tous. L'objectif est à la fois que le patient se sente en sécurité et compris, mais aussi qu'il puisse être prévenu des dangers potentiels liés à la pratique des traitements traditionnels qui pourraient impacter sa santé.

Les patients mahorais sont autonomes dans leurs parcours thérapeutiques. Ils peuvent mobiliser deux types de parcours de soins, le traditionnel et l'occidental.

Dans la continuité des actions mises en place, on pourrait penser à un accompagnement par l'organisation de l'Hôpital pour soutenir les personnels soignants qui possèdent une double culture, la culture soignante et leur propre culture. Il conviendra alors de trouver, dans l'intérêt des patients, le juste équilibre entre une prise en soin biomédicale et une reconnaissance de la médecine traditionnelle.

Glossaire :

ANTM : Association Nationale des Tradipraticiens de Madagascar

Aplamedon : Association pour les plantes Aromatiques et Médicinales de la Réunion

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignante

ASH : Agent de Service Hospitalier

BACS : Bloc Anesthésie Chirurgie et Spécialité

CE : Conseil d'Etat

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale

CSSM : Caisse de sécurité Sociale de Mayotte

G6PD : Glucose6-phosphate-Deshydrogenase

GT: Grounded Theory (Théorie Ancrée)

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier Libérale diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JAMT : Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle

Km : kilomètre

Km² : Kilomètre Carré

MVA, MH, MA, M, SS, S, NA : C'est le code d'anonymisation des entretiens

OI : Océan Indien

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture)

Bibliographie

Allard-Poesi, F., & Perret, V. (2003). La Recherche-Action (p. 85-132). Y. Giordano.

Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative, EMS, (hal-01490609)

ARS Mayotte, (2020), Consulté 13 décembre 2022, à l'adresse [ARS-STATISS-2020_1.pdf \(sante.fr\)](#)

Article L1110-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 7 décembre 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212793

Aubry, P. (s. d.) (2023). Intoxications par les plantes toxiques dans les zones tropicales et inter tropicales site : medecinetroppicale.free.fr—Recherche Google. (s. d.).

Balet, A. (2021). Trésors de la médecine traditionnelle africaine et de sa pharmacopée : Richesse du passé – Promesse d'avenir. Atramenta.

Beringer, H. (1995). Mayotte : Une collectivité territoriale de l'outre-mer français à statut particulier. *Revue Juridique et Politique : Indépendance et Coopération*, 49(3), 339-346.

Betti, J., & Lejoly, J. (2022). Importance en médecine traditionnelle de *Combretum mucronatum* Schum. & Thonn. (Combretaceae) dans le Dja (Cameroun).

BONNET, D., & POURCHEZ, L. (2007). *Du soin au rite dans l'enfance*. Eres.

Carrier, C., & Bay, B. (2017). L'aménagement de l'espace dans les établissements de santé : Une expérience d'innovation sociale hospitalière. *Annales des Mines - Réalités industrielles*, Mai 2017(2), 28-32.

Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A no 2006-90 du 2 mars 2006. (s. d.).

[Infirmiers.com](http://www.infirmiers.com). Consulté 10 mai 2023, à l'adresse

<https://www.infirmiers.com/profession-ide/circulaire-dhose1dgssd1bsd1csd4a-no-2006-90-du-2-mars-2006>

Constitution du 4 octobre 1958.

d'Arripe, A. (2009). Construction d'un dispositif méthodologique et de ses outils : Savoir commun et savoir scientifique, de l'induction aux hypothèses. *Études de communication. langages, information, médiations*, 32, Article 32.

d'Arripe, A. (2015). La posture du chercheur dans l'observation participante : De la trahison à la culpabilité. *Antropológicas*, 13, Article 13.

Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789. (s. d.). Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. Consulté 6 avril 2023, à l'adresse

<https://www.education.gouv.fr/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-du-26-aout-1789-10544>

Départementalisation de Mayotte (2008) : Sortir de l'ambiguïté, faire face aux responsabilités. Rapport d'information, Consulté le 16 octobre 2022 à l'adresse <https://www.senat.fr/rap/r08-115/r08-1152.html>

DGS. (7 mai 2023). Les pratiques de soins non conventionnelles. Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>

Didier, P. (2015). Médecine traditionnelle et « médecine intégrative » à Madagascar : Entre décisions internationales et applications locales [Phdthesis, Université de Bordeaux]. <https://theses.hal.science/tel-01272691>

Doumbia, H. (2015). Place de la médecine traditionnelle dans la prise en charge thérapeutique des enfants de moins de 5 ans avant leur hospitalisation au CSRéf de Koutiala. <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/741>

Dubost, J., & Lévy, A. (2016). Recherche-action et intervention. In Vocabulaire de psychosociologie (p. 408-433). Érès.

Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins infirmiers, 122(3), 77-81.

Ennuyer, B. (2017). La vulnérabilité en question ? Ethics, Medicine and Public Health, 3(3), 365-373.

Fainzang, S. (2006). Secret et mensonge dans le discours médical. Cités, 26(2), 27-36.

Fainzang, S. (2015). La relation médecins-malades : Information et mensonge. Presses Universitaires de France

Florence, S., Lebas, J., Parizot, I., Sissoko, D., Querre, M., Paquet, C., Lesieur, S., & Chauvin, P. (2010). Migration, santé et recours aux soins à Mayotte en 2007 : Enseignements d'une enquête représentative en population générale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 58(4), 237-244.

Genest, S. (1978). Introduction à l'ethnomédecine : Essai de synthèse. Revue Anthropologie et Sociétés, vol. 2, no 3, 1978, pp. 5-28.

Genest, S. (1995). Christine DURIF-BRUCKNER, Une fabuleuse machine. Anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques, Paris : Éditions Métailié, 1994, 224 pages, 125 FF (broché). Culture, 15(2), 135-137.

Genest, S. (2021). Christine DURIF-BRUCKNER, Une fabuleuse machine. Anthropologie

- des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques, Paris : Éditions Métailié, 1994, 224 pages, 125 FF (broché). *Culture*, 15(2), 135-137.
- Gohin, O. (2013). Mayotte en droit constitutionnel français. *Revue juridique de l'Océan Indien*, 17, 7.
- Humblot Jean-François, 2023 (sous presse), « Les relations soignants-soignés à Mayotte : le point de vue d'un apprenti-anthropologue-formateur en soins infirmiers », in *Regards croisés sur les relations soignants-soignés*, Jean-François Humblot, Mathieu Lutsman, Laurence Pourchez (eds.), Paris, Editions des Archives Contemporaines.
- Humblot, J.-F. (2020). Itinéraires thérapeutiques de patients franc-comtois atteints du cancer [Phdthesis, Université de la Réunion]. <https://theses.hal.science/tel-03124984>
- Idriss, M. (2013). « Mayotte département », la fin d'un combat ? Le Mouvement populaire mahorais : Entre opposition et francophilie (1958-1976). *Afrique contemporaine*, 247(3), 119-135.
- Insee Analyses Mayotte, (2018), Les inégalités de niveau de vie se sont creusées, 25. (s. d.). Consulté 12 avril 2023, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622454>
- Insee Analyses, (2020), Mayotte Les inégalités de niveau de vie se sont creusées—25. (s. d.). Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4622454>
- L'OMS, (2023), crée le Centre mondial de médecine traditionnelle en Inde. (s. d.). Consulté 8 avril 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/25-03-2022-who-establishes-the-global-centre-for-traditional-medicine-in-india>
- La qualité des soins, (2019) —Cours soignants. (s. d.). EspaceSoignant.com. Consulté 13 novembre 2022, à l'adresse <https://www.espacesoignant.com/soignant/qualite-des-soins-et-evaluation-des-pratiques/qualite-des-soins>
- La santé à Mayotte, (2019) : État des lieux. (s. d.). Consulté 28 décembre 2022, à l'adresse <https://www.mayotte.ars.sante.fr/la-sante-mayotte-etat-des-lieux>
- Laroussi, F. (2015). La transmission des langues et cultures à Mayotte. Enjeux identitaires pour la famille et l'école. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 38(2), 27-48.
- Lartigau-Roussin, C. (2004). De l'harmonie dans le soin. Face à face. *Regards sur la santé*, 6, Article 6. <https://journals.openedition.org/faceaface/383>

- Laurent Sermet, (2009), Anthropologie juridique des droits de l'homme, Les chemins de l'océan indien, Archive contemporaines Agence universitaire de la francophonie (AUF). Revue internationale de droit, 62-3, pp835-836.
- Lebas, J., Querre, M., Florence, S., & Chauvin, P. (2007), (s. d.). Etude sur le lien entre santé et migrations à Mayotte.
- Leca, A. (2021). Chapitre 2. Comment transcrire le droit tradimédical ? Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 32(3), 25-50. <https://doi.org/10.3917/jibes.323.0025>
- Légifrance—Publications officielles—Journal officiel—JORF n° 0298 du 23/12/1979 (accès protégé). (2022, octobre 15). [https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=XcyZKbg9fXDaCTiCm\\$kf](https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=XcyZKbg9fXDaCTiCm$kf)
- Les pharmacopées du monde. (s. d.). Société Française d'Ethnopharmacologie. Consulté 10 mai 2023, à l'adresse <http://www.ethnopharmacologia.org/definition/les-pharmacopees-du-monde/>
- Les plantes des départements français d'outre-mer (2020) -. (s. d.). Société Française d'Ethnopharmacologie. Consulté 15 mai 2023, à l'adresse <http://www.ethnopharmacologia.org/definition/les-pharmacopees-du-monde/les-plantes-des-departements-francais-doutre-mer/>
- Lévy, I. (2000). Soins et croyances : Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux, Editions ESTEM.
- Lohisse, J. (2009). La communication : De la transmission à la relation. Culture et communication, De Boeck.
- Martineaud, J.-P. (2002). Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris : Les congrégations hospitalières dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris : des Fondations à la Laïcisation. Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris, 1-432.
- Massé, R. (2003). Les mirages de la rationalité des savoirs ethnomédicaux. Anthropologie et Sociétés, 21(1), 53-72.
- Massé, R. (2009). Présentation : L'anthropologie face à la morale et à l'éthique. Anthropologie et Sociétés, 33(3), 7
- Mattéi, J.-F. (2021). Le pouvoir médical (p. 475-480). Presses Universitaires de France.
- Mayotte, française par accident, 25 avril 1841—Herodote.net. (16 octobre 2022). https://www.herodote.net/25_avril_1841-evenement-18410425.php
- Medisite, R. (s. d.). Médecine traditionnelle (2010) : Définitions de l'OMS. Medisite. Consulté 12 novembre 2022, à l'adresse <https://www.medisite.fr/phytotherapie->

[medecine-traditionnelle-definitions-de-loms.14089.90.html](https://www.who.int/iris/handle/10665/95009)

- Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. Recherche en soins 3-122-77-81
- Obœuf, A., d'Arripe, A., Fantoni, C., & Collard, L. (2016). Chapitre 10. Proposition d'une méthodologie par grille d'observation pour décrypter les capacités : Illustration dans un pôle d'Activités et de Soins Adaptés. Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, 27(1-2), 177-202.
- Or, Z., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France : Comment la mesurer pour l'améliorer ? Journal d'économie médicale, 26(6-7), 371-385.
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Organisation mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/95009>
- Paillé, P. (2011). L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, 23, 147-181.
- Pharmacopée, (2023) —Liste des plantes médicinales utilisées traditionnellement—ANSM. (s. d.). Consulté 29 mars 2023, à l'adresse <https://ansm.sante.fr/pharmacopee/liste-des-plantes-medicinales-utilisees-traditionnellement>
- Pourchez, L. (2014). Savoirs des femmes. Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Rodrigues, La Réunion). Les Tribunes de la santé, 44(3), 51-71.
- Pourchez, L. (2021). Ethnomédecine. Anthropen.
- Pourchez, L., Gimenez, S., & Zhang, K. (2022). L'anthropologie de la santé, entretien avec Laurence Pourchez (Inalco)
. <https://hal.campus-aar.fr/hal-03820929>
- Rapport d'information n° 115 (2008-2009), 2008, de M. Jean-Jacques HYEST, Mme Michèle ANDRÉ, MM. Christian COINTAT et Yves DÉTRAIGNE, Consulté 29 mars 2023, à l'adresse [Départementalisation de Mayotte : sortir de l'ambiguïté, faire face aux responsabilités - Sénat \(senat.fr\)](https://www.senat.fr/rap/08_115/08_115_000.html)
- Replay, (mars 2022) : L'invité de la Semaine avec Rastami Spelo. (s. d.). Mayotte la 1ère. Consulté 8 décembre 2022, à l'adresse <https://la1ere.francetvinfo.fr/mayotte/replay-l-invite-de-la-semaine-avec-rastami-spelo-1245982.html>
- Retour aux sources avec la médecine traditionnelle à Mayotte. (19, mars 2021). Mayotte Hebdo. <https://www.mayottehebdo.com/actualite/sante/retour-aux-sources-avec-medecine-traditionnelle-mayotte/>
- Robin, F., & Robin, N. (1976). Le Pouvoir médical. FeniXX.
- Routier, C., & d'Arripe, A. (2010). Communication et santé : Enjeux contemporains. Presses Univ. Septentrion.
- Saillant, F., & Gagnon, E. (1999). Présentation. Vers une anthropologie des soins?

Anthropologie et Sociétés, 23, 5.

Salaire moyen à Mayotte (2020) : Tout ce qu'il faut savoir. (s. d.). Guide Carrières d'Indeed.

Sermet, L. (2009). Une anthropologie juridique des droits de l'homme : Les chemins de l'Océan Indien. Archives contemporaines.

Tremblay, J.-M. (2 février 2005,). Marcel Mauss, « Les techniques du corps » (1934)

[texte.

http://classiques.ugac.ca/classiques/mauss_marcel/socio_et_anthropo/6_Techniques_corps/Techniques_corps.html

Vercoustre, L. (2010). (s. d.). Université de Marne La Vallée en partenariat avec le CFCPH DE l'AP-HP Master de philosophie pratique 2ème année.

Worms, F. (2010). Le moment du soin : À quoi tenons-nous ? Presses Universitaires de France.

Résumé du travail de recherche

Mots clés : Médecine traditionnelle – Ethnomédecine – Transmission de savoir – Pouvoir médical – Soins.

Ce mémoire met en lumière la rencontre entre médecine occidentale et médecine traditionnelle dans les soins à Mayotte sachant que celle-ci pose problème en termes de sécurité et de qualité des soins dans la prise en charge.

Je mets en lumière tant les pratiques familiales, les attentes qui sont celles des patients et soignants, qu'une réflexion sur l'action possible du cadre de santé. Les enjeux sont ici, pour les patients, la qualité de l'accompagnement, et pour les soignants la sécurisation et l'amélioration dans les soins.

J'ai utilisé la méthode de la théorisation ancrée par entretiens semi-directifs. Ceux-ci ont été conduits avec des professionnels, une tradithérapeute et des patients sur leurs attentes et leurs pratiques lors de la maladie et de la prise en charge. Le but était de recueillir leurs attentes, de comprendre leurs réalités, leurs vécus et leurs expériences respectives.

Ce travail, ne prétend pas révolutionner les pratiques des uns et des autres mais plutôt de comprendre pour mieux répondre à une problématique. Il s'agit aussi de me permettre de travailler, lors de futures prises de postes, sur les pistes d'accompagnement possibles en tant que cadre, à partir de situations réelles et quotidiennes.

Comment la coexistence entre les deux médecines peut-elle s'envisager dans une prise en charge biomédicale avec une population alors que celle-ci possède une représentation de la maladie issue de sa propre culture ?

Cent pour cent des personnes interrogées pensent que cette cohabitation est possible sous conditions. Les enjeux sont la compréhension, la reconnaissance et la prise en compte de l'aspect social, culturel, religieux d'un malade ; la mise au jour des raisons pour lesquelles il agit d'une manière plutôt que d'une autre ; la manière d'informer les patients sur les attentes biomédicales et les pratiques autorisées. La connaissance des usages culturels facilite la confiance entre soignant et soigné et permet au patient de se livrer ouvertement sur ses pratiques souvent considérées comme tabou dans les soins tels qu'ils sont envisagés dans un cadre occidental.