Laurence POURCHEZ

Anthropologue et ethno-cinéaste
Université de La Réunion

(2007)

“Les transformations
du corps de l’enfant :
façonnage du visage
et bandage du tronc de l’enfant
à l’Île de la Réunion.”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.

Jean-Marie Tremblay, sociologue
Fondateur et Président-directeur général,
[LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES](#).

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Laurence Pourchez

“Les transformations du corps de l’enfant : façonnage du visage et bandage du tronc de l’enfant à l’Île de la Réunion.”

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Doris Bonnet et Laurence Pourchez, *Du soin au rite dans l'enfance*, chapitre 1, pp. 43-59. Ramonville Saint-Agne : Éditions ÉRES ; Paris : Édition IRD, 2007, 318 pp. Collection : Petite enfance et parentalité.

[Autorisation formelle accordée par l’auteure le 28 juin 2010 de diffuser cette œuvre dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : laurencepourchez@yahoo.fr

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 12 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 10 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5'' x 11''.

Édition numérique réalisée le 29 août 2012 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.

Laurence POURCHEZ

Anthropologue et ethno-cinéaste
Université de La Réunion

“Les transformations du corps de l’enfant :
façonnage du visage et bandage du tronc de l’enfant
à l’Île de la Réunion”

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Doris Bonnet et Laurence Pourchez, *Du soin au rite dans l'enfance*, chapitre 1, pp. 43-59. Ramonville Saint-Agne : Éditions ÉRES ; Paris : Édition IRD, 2007, 318 pp. Collection : Petite enfance et parentalité.

[43]

Laurence Pourchez

**“Les transformations du corps de l'enfant :
façonnage du visage et bandage du tronc de l'enfant
à l'Île de la Réunion”.**

Un texte publié dans l'ouvrage sous la direction de Doris Bonnet et Laurence Pourchez, *Du soin au rite dans l'enfance*, chapitre 1, pp. 43-59. Ramonville Saint-Agne : Éditions ÉRES ; Paris : Édition IRD, 2007, 318 pp. Collection : Petite enfance et parentalité.

***L'ESPÉRANCE-LES-HAUTS
DANS LE NORD-EST DE L'ÎLE DE LA RÉUNION,
Le 8 février 2003, à 9h 15***

Nous sommes chez Vivienne ¹, mère de famille âgée de 32 ans. Sébastien, son dernier ne, est âgé de deux semaines. Il est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Halina, 10 ans, la sœur aînée, ainsi que Gérald, 6 ans, assistent à la toilette du tout-petit.

La chambre des parents, théâtre de la scène qui se joue, est intégralement peinte d'un rose soutenu. Au mur, au-dessus du lit, jouxtant un poster des acteurs de la série « Beverly Hills » figure un portrait du pape Jean-Paul II. Les naccos ² sont fermés, les rideaux tirés. La pénombre a été faite : la lumière, comme les courants d'air, sont en effet considérés comme susceptibles de gêner l'enfant, de le rendre malade. Sébastien est déshabillé sur une table à langer installée sur la commode. Deux bassines d'eau ont été chauffées et posées sur des chaises devant le lit ; l'une servira au lavage, la seconde au rinçage. Halina seconde sa mère, apporte le savon, tient la serviette. « Il faut bien qu'elle apprenne ! », dit Vivienne.

¹ Les lieux ainsi que les prénoms mentionnés dans cet article sont fictifs afin de préserver l'anonymat des personnes.

² Type de fenêtre composée de lames de verre fréquemment présente dans les pays tropicaux.

Sébastien est, une fois nu sur la table à langer, mouillé avec un gant de toilette puis savonné.

Sa mère le met alors dans la première bassine, lui fait un shampoing, lui verse de l'eau sur la tête avec sa main, le lave à nouveau. Puis, le garçonnet est soigneusement rincé dans un second récipient, plus petit que le précédent. Il est alors sorti de l'eau, minutieusement séché. Sa mère lui [44] passe un peu de beurre de cacao sous le nez. Elle prend le carré de beurre solidifié posé sur la chaise, à côté d'elle. Le beurre fond au contact de la peau. Elle le frotte sous le nez de l'enfant afin de « faire sortir le rhume ». Sébastien éternue. Vivienne lui glisse alors dans les narines un petit morceau de coton vrillé. Puis, elle prend une compresse et la dépose sur le nombril déjà cicatrisé de son fils. C'est, dit-elle, pour que son ventre soit « chauffé ». Elle prend alors une large bande et en entoure soigneusement le torse du bébé, en serrant bien au niveau du bas-ventre et jusqu'au-dessous des aisselles.

Quelques minutes plus tard. La toilette de Sébastien vient de s'achever. Il est à présent habillé, coiffé. Vivienne laisse quelques minutes le bébé sous ma garde et part dans la cuisine. Elle en ramène une bougie (reste de l'anniversaire de son mari -il a eu 34 ans -, fête la semaine précédente) ainsi qu'un petit peu de beurre de cacao déposé dans une soucoupe. La jeune femme allume la bougie, prend le bébé dans ses bras, l'appuie fermement contre elle en le tenant de son bras gauche.

Puis, avec les doigts de sa main droite, elle prélève un peu de beurre de cacao de la soucoupe et le fait fondre au-dessus de la flamme. Elle applique le corps gras fondu sur les narines du bébé, dans un geste qui va de la base du nez vers le front. Ce geste est appuyé, répété plusieurs fois et durant plusieurs minutes. Puis, elle repousse le bout du nez du bébé vers le haut, comme pour le relever. La jeune femme s'occupe ensuite des pommettes, qui, dit-elle, doivent être hautes. Elle commence par le côté droit du visage de l'enfant. Le geste part, cette fois-ci, de la narine pour remonter et aller à droite du visage, juste sous l'œil, comme s'il s'agissait de repousser et de surélever la pommette. La encore, le geste est accentué et répété à plusieurs reprises.

Le contact du corps gras chaud, des doigts de sa mère semblent plaire à Sébastien qui s'endort. Le même geste est ensuite de la même manière, effectuée sur le côté gauche du visage du bébé. Vivienne intervient enfin sur le front de son enfant

comme si elle souhaitait l'allonger afin, dit-elle, de lui « dégager le cerveau ». L'ensemble des séquences, de la préparation matérielle de la toilette au massage proprement dit, a duré une quinzaine de minutes.

Les gestes observés tout au long de cette toilette, comme les soins qui la suivent ne sont pas anodins. Ils sont pratiqués de manière quotidienne par un grand nombre de mères réunionnaises, de la naissance de leur enfant à l'âge d'un mois, parfois davantage selon l'aspect du bébé à la naissance. En effet, l'extrême richesse du peuplement de l'île, comme les métissages intenses qui se sont opérés au sein de la population depuis le [45] début de son occupation durant la seconde moitié du XVII^e siècle, ont généré une variété particulièrement étendue de possibilités phénotypiques chez les habitants de l'île. Et si certaines familles, dont il n'est pas difficile de prouver le métissage par une recherche généalogique, se réclament d'une origine exclusive (indienne, malgache, africaine ou européenne)³, il n'est pas rare non plus que, dans une même famille, quatre enfants, voire davantage, naissent porteurs de caractéristiques physiques différentes, l'un à la peau brune aux yeux noirs et aux cheveux crépus, le second à la peau plus claire et aux yeux verts, le troisième ayant des cheveux lisses, le quatrième blond aux yeux bleus... Cette conséquence du métissage associée à une quasi-absence de mémoire de l'ancestralité génère souvent divers comportements relevant davantage de choix identitaires associés à une origine supposée donnée (Pourchez, 2005) qu'à la continuité d'une tradition familiale ancienne et avérée.

Les usages liés au façonnage du corps du tout-petit sont présents quelle que soit l'origine supposée des mères et indépendamment de l'ascendance réelle ou

³ Il existe, dans ce choix de l'origine, divers critères qui sont notamment : le prestige (se dire « malgache », ou « africain » dans certains contextes, politiques notamment, comme si le métissage était un élément négatif), la mode (avec diverses appartenances à une indianité qui se voudrait plus indienne que celle présente en Inde), le désir de promotion sociale (avec toujours, chez certains, le désir de se « blanchir », comme en témoignent toujours les très nombreuses annonces en vue de rencontres dans les journaux locaux, comme les examens du nouveau-né que nous aborderons plus loin). Ces choix sont relayés par les médias comme par divers travaux superficiels ou à consonance identitaire qui font alors état de « groupes ethniques » ou de « groupes ethno-culturels » sans mentionner le tronc culturel commun à tous qui transcende largement les spécificités cumulatives liées soit aux origines des habitants, soit à leurs choix identitaires (il est par exemple possible, pour un même individu, d'être réunionnais et de partager la culture commune à tous, de pratiquer divers cultes d'origine chinoise en raison d'une ascendance avérée, d'avoir un interdit alimentaire de consommation du bœuf en raison de la présence d'un grand-père d'origine indienne, interdit qui peut être complété par un autre interdit de consommation de cabri si un autre ascendant était d'origine malgache, tout en se réclamant de racines africaines).

élective de la famille ⁴. Ils sont à la fois hérités du passé mais aussi symptomatiques d'une construction culturelle créole présente dans une société en évolution permanente. Et si leur origine est plurielle, leur objectif ne varie pas : ils visent à terminer ce que la nature n'a pu faire seule, à humaniser le nouveau-né.

Ce chapitre exposera la manière dont, à La Réunion, différentes conduites postnatales visent à transformer le corps du bébé afin de l'achever. En effet, dans cette île de l'océan indien, département français [46] d'outre-mer depuis 1946 dont la population s'est constituée à partir d'apports successifs d'individus originaires de toutes les aires géographiques de la planète ⁵, la venue au monde nécessite différents traitements corporels postnataux. Ceux-ci sont conduits tant de manière discrète à la maternité qu'au retour à la maison. Chacune des opérations, évacuation du méconium, purifications et ingestion d'infusion ou de décoction, toilette, façonnage du corps et du crâne, habillement, possède un rôle spécifique dans le processus de finition du corps du nouveau-né (Pourchez, 2002). Les actes s'effectuent selon un ordre précis qui répond à des objectifs de maturation du tout-petit afin d'assurer sa survie, ces pratiques prédéterminées s'intégrant dans un ensemble ritualisé de pratiques toutes complémentaires les unes des autres.

Ces différents usages seront tout d'abord analysés en terme de soins, héritage du contexte sanitaire et épidémiologique présent dans l'Île jusqu'au milieu du XXe siècle. Ils seront ensuite mis en relation avec le passé de La Réunion, avec une histoire marquée par l'esclavage, l'engagisme ⁶, la colonisation et la hiérarchisation phénotypique présente au sein de la population.

⁴ Je fais ici allusion à divers phénomènes actuellement présents dans la société réunionnaise qui tendent à valoriser certaines ascendances (indienne ou malgache notamment), quitte à se « choisir » une ascendance selon des critères relevant davantage de choix identitaires que d'une appartenance généalogique à un lignage donné.

⁵ Lire à ce sujet, Fuma, 1992 et 1994. Les ancêtres des Réunionnais d'aujourd'hui étaient principalement originaires d'Europe, d'Inde, de Madagascar, d'Afrique de l'est, mais également de Chine, de Malaisie, de Polynésie, voire d'Australie.

⁶ Période qui a immédiatement suivi l'esclavage à partir de 1848. Les immigrants étaient liés au maître de la plantation par un contrat d'engagement et étaient supposés recevoir un salaire susceptible de leur permettre de rentrer chez eux à l'issue du contrat. En réalité, il s'agissait d'un esclavage déguisé et bien peu d'engagés ont réellement pu quitter l'île.

DURCIR L'ENFANT : DONNÉES RÉUNIONNAISES

Le lien entre l'enfant qui vient de naître et la nature, la terre nourricière, la végétation est maintes fois évoqué sur le terrain réunionnais par plusieurs générations de femmes interrogées. En effet, à La Réunion, on associait jadis au nouveau-né, un double symbolique végétal. La pratique est ancienne et semble avoir disparu. Mais tout de même... Henriette, Henrietta, Andrea, anciennes matrones toutes âgées de plus de 90 ans, se rappellent des sapins que l'on plantait à la naissance d'un enfant et qui durcissaient en même temps que lui. À chaque naissance, le grand-père de Nadine, mère de famille âgée de 40 ans, mettait un arbre fruitier en terre. Dominique (35 ans, deux enfants) se souvient d'un camphrier, présent dans la *kour*⁷ de chez ses parents depuis très longtemps, bien avant sa naissance. Sa mère s'est toujours opposée à ce qu'il soit abattu car elle pensait [47] que cela entraînerait une mort dans la famille. Aujourd'hui, encore, les lieux d'anciennes habitations disparues se repèrent à la présence des sapins, vestiges de naissances passées. Parfois, devant les *kaz*⁸ plus modestes, c'était un pied de café qui était planté : « À la naissance de l'enfant, dans le temps *lontan*⁹, on plantait un pied de café. Et quand l'enfant *i* grandissait, ce pied de café-là *i* grandissait, *i* chargeait (il se chargeait de fruits), et quand l'enfant *i* grandissait, on lui montrait et on disait, "on a planté ça le jour de ta naissance". Alors *lontan i* faisait la tradition. »

L'arbre qui grandissait avec l'enfant était le symbole du passage d'un cycle de vie à un autre, de petite pousse fragile à arbuste, puis d'arbuste à arbre. Puis l'arbre donnait des fruits, comme l'enfant allait, plus tard, être amené à avoir une descendance... Les pratiques ont disparu, les représentations demeurent. Le pouvoir attribué aux arbres est toujours particulièrement vivace et pour de nombreuses familles, scier un arbre, c'est couper une vie. Pour cette raison, nombreux sont ceux qui évitent d'abattre les arbres plantés par leur père ou leurs ancêtres. Nombreux

⁷ *Kour* : espace extérieur de l'habitation, qui comprend les dépendances, le jardin ainsi que l'endroit où est lavé le linge.

⁸ *Kaz* : maison.

⁹ *Dans le tan lontan* : autrefois.

également, sont ceux qui considèrent toujours que l'enfant doit durcir, passer de l'état de jeune pousse, de *baba tand* ¹⁰ fragile, à celui d'enfant dur.

TOILETTE, HABILLAGE ET TRANSFORMATIONS DU CORPS DE L'ENFANT

Pour un observateur nouveau venu, le terrain réunionnais peut sembler difficile à appréhender notamment en raison de ce qui pourrait être considéré comme le piège de l'ethnicité. Quand, lors de mes premières enquêtes, j'observais une toilette de bébé conduite par une mère que l'on pourrait considérer comme phénotypiquement indienne - mais à La Réunion, du fait des métissages intenses qui se sont opérés depuis trois siècles dans l'ensemble de la population, le phénotype des individus ne signifie pas grand-chose - il était fréquent qu'elle revendique une origine spécifiquement indienne des usages que j'observais... avant que j'observe la même conduite chez une maman « phénotypiquement » malgache (pratique accompagnée d'un discours équivalent sur les origines strictement malgaches des usages observés) puis chez une autre maman se réclamant de ses origines européennes et me présentant les gestes accomplis comme un héritage européen... En fait, les observations comme les entretiens conduits depuis plus de douze ans auprès de quatre générations de femmes révèlent des usages et des représentations communes à l'ensemble des mères interrogées, quel que soit leur phénotype ou leur origine supposée : [48] pour la plupart d'entre elles, le bébé naît inachevé, il convient de le finir, de l'humaniser, faute de quoi il risquerait de tomber malade, de ne pas se développer normalement. De *baba tand*, terme créole qui désigne le nouveau-né inachevé, il va devoir devenir un être à part entière, membre de la société. Et les soins qui lui seront prodigués vont avoir pour objectif de le fortifier : administration de tisanes, bandage du tronc, façonnage du visage, du nez, des pommettes et du front.

Dans le *tan lontan*, dans la tradition ¹¹, disent les aînées, l'enfant, afin de durcir, devait tout d'abord être purgé des résidus contenus dans ses intestins. Ce mé-

¹⁰ Bébé mou.

¹¹ Je tiens ici à rappeler que le terme « tradition », souvent employé, l'est par défaut, faute d'un vocable plus approprié. Il peut en effet sembler difficile de qualifier de « traditionnelles », des

conium (nommé *tanbav* ¹²) était considéré comme une impureté dont il convenait de débarrasser l'enfant au plus vite, faute de quoi diverses pathologies (également regroupées sous le terme de *tanbav*), conséquences de la non-évacuation de ces résidus viciés, affecteraient l'enfant (Pourchez, 1999). Le nettoyage était pratiqué au moyen de tisanes dont la recette était susceptible de varier selon les familles mais dont les ingrédients principaux restaient toujours les mêmes : on employait généralement de l'huile d'olive (*planiol* en créole, du nom de la première marque d'huile d'olive qui fut jadis importée dans l'île), un petit *kèr d'pesh* ¹³, une branche du végétal nommé *lanis* ¹⁴, trois petites fleurs de *blèèt* ¹⁵, cette préparation de base étant susceptible d'être complétée de diverses manières selon les familles : par un peu de beurre de cacao, par de l'anis étoilé, par trois feuilles de *iapana* ¹⁶ afin d'éviter que le bébé n'ait des coliques, par quelques fleurs de *kamomiy* ¹⁷ ou de *sansitiv* ¹⁸ afin que son [49] sommeil soit paisible. De nos jours, ce nettoyage des intestins du nouveau-né est toujours pratiqué, soit discrètement à la maternité soit au retour à la maison car certaines mères craignent les réactions négatives du personnel médical. En effet, en principe, la tisane doit être administrée avant que l'enfant ait bu son premier lait. Aussi, il arrive fréquemment que les grands-mères (ce sont généralement elles qui préparent la *tizan tanbav*) viennent à la maternité en dissimulant, dans leur panier, le petit biberon qui sera donné à l'enfant dès la

techniques du corps issues de la rencontre récente de cultures différentes, de « Traditions » différentes (je reprends ici la nuance que fait Babadzan, 1984, entre Traditions et traditions) sauf si l'on envisage, à partir de ces Traditions, la genèse, il y a trois siècles, d'une tradition issue de plusieurs matrices culturelles, création qui serait alors proche du processus de création des langues créoles. Et si trois siècles d'histoire donnent leurs lettres de noblesses aux langues créoles, pourquoi n'en serait-il pas de même des traditions créoles, qui seraient devenues des Traditions ?

- ¹² De *tambavy*, terme d'origine malgache qui désigne souvent les tisanes d'un point de vue générique mais également une préparation spécifique liée à une reconnaissance du lignage de l'enfant. Voir à ce sujet, le chapitre de Sophie Blanchy contenu dans cet ouvrage.
- ¹³ Coeur de pêche : *Prunus persica* (Rosaceae).
- ¹⁴ Fenouil : *Foeniculum vulgare* (Apiaceae).
- ¹⁵ Également nommée *tit flèr blèèt*, *zépi blé* ou bleuet dans la forme acrolectale du terme : *Sachytarpheta jamaicensis* (Verbenaceae).
- ¹⁶ *Iapana* ou *ayapana* : *Eupatorium triplinerve* (Asteraceae). Ce végétal utilisé dans les trois îles des Mascareignes traite notamment les problèmes de coliques du nouveau-né ainsi que les désordres intestinaux.
- ¹⁷ Ou camomille : *Parthenium hysterophorus* (Asteraceae) ; à ne pas confondre avec la camomille européenne qui est un autre végétal.
- ¹⁸ Ou sensitive : *Mimosa pudica* (Mimosaceae). Pour une définition complète et une analyse de l'étiologie du *culture bound syndrome* nommé *tanbav*, voir Pourchez, 1999.

première absence du personnel médical, voire, parfois, avec la complicité de celui-ci quand il s'agit de puéricultrices elles-mêmes réunionnaises. D'autres jeunes mères attendent d'être à la maison pour faire boire la préparation au nouveau-né, quitte, lorsqu'elles ne savent pas la doser, à acheter en pharmacie des purges toutes prêtes. Quel que soit le mode d'administration choisi, l'évacuation du *tanbav* demeure le premier acte de durcissement du bébé. Ce processus va mener l'enfant à être séparé de sa mère, à devenir un être autonome à part entière, le méconium étant considéré comme un reste maternel.

Jusqu'aux années 1970, le bébé, qui n'était pas considéré comme thermiquement stable à la naissance, n'était pas mis dans le bain avant quarante jours, parfois davantage. Il était cependant lavé de manière quotidienne : la mère le mettait dans le creux de sa robe, et à l'aide d'un linge doux, d'un coton humide, lui nettoyait le corps, « d'abord le haut, dit Hyacinthe, ancienne femme-qui-aide ¹⁹, puis on descendait, on lavait les petites fesses. Et puis, depuis le début, on lavait la petite tête. Mais il fallait faire très attention. Après, on s'occupait de *lonbri* ²⁰ ». L'eau avait la réputation d'être dangereuse pour les *baba tand*. On disait qu'une eau trop froide pouvait, en refroidissant le bébé, s'avérer mortelle. De nos jours, les comportements ont évolué, mais certaines réticences à trop mouiller les nouveau-nés demeurent.

Dans d'autres familles, certains apports exogènes comme la table à langer multifonctions ou les bandes ombilicales toutes prêtes ont été intégrés au schéma de toilette traditionnelle. Ces bandes, aujourd'hui présentes sous la forme d'un filet de coton élastique qui enserré le ventre du [50] nouveau-né sont souvent choisies en remplacement des traditionnelles bandes velpeau qu'utilise Vivienne, la maman de Sébastien.

On observe un ordre particulier des actes durant la toilette, voire une utilisation très ritualisée de chacun des éléments présents, qu'il s'agisse de l'eau ou du

¹⁹ La « femme-qui-aide » était, jusqu'à une période assez récente, quelqu'un de très important dans le village (îlet en créole). Elle était celle qui lavait les bébés et procédait à la toilette des morts, s'occupait de la préparation matérielle de l'accouchement. Elle était choisie principalement par les autres femmes de la communauté en raison de ses qualités humaines et morales (voir, pour son équivalent européen, Y. Verdier, 1979).

²⁰ Terme créole qui désigne tant le placenta que le cordon ombilical ou le nombril lui-même. Ici, c'est du nombril qu'il s'agit, ainsi que du petit morceau de cordon ombilical qui y est toujours attaché.

savon. L'eau est utilisée de manière variable selon l'âge de l'enfant, le degré de cicatrisation de son nombril.

Conséquence de la grande fragilité de l'enfant, l'air, la lumière sont redoutés car ils pourraient refroidir le bébé dans le cas de l'air, aggraver ses yeux dans le cas de la lumière. Les rideaux sont tirés, les naccos sont fermés. Il convient, disent de nombreuses mères, de maintenir l'enfant dans un environnement chaud et de ne le soumettre qu'à une lumière tamisée.

Lors de sa toilette, le bébé est d'abord soigneusement savonné puis lavé et rincé. Certaines femmes déclarent d'ailleurs que dans les maternités, on ne lave pas correctement les enfants. En effet, la bassine destinée au rinçage qui est presque systématiquement présente en contexte familial n'existe pas en milieu hospitalier. À la maternité, le nouveau-né est directement séché alors qu'il n'est pas encore rincé et se trouve donc, pour de nombreuses mères, toujours porteur d'impuretés. Le séchage apparaît important. En effet, les données relevées mettent en corrélation humidité et *refrwadisman*²¹. Le refroidissement intervient quand une humidité environnante trop importante vient perturber l'équilibre interne d'un bébé considéré comme instable d'un point de vue thermique.

D'autres soins concernent le cordon et le ventre. L'enfant est, afin de protéger sa poitrine et son abdomen, recouvert de plusieurs épaisseurs de linge. Fréquemment, on lui bande le ventre et le torse. Cette pratique est extrêmement courante dans les Hauts de l'île. Dans les Bas, il semble en voie de régression, bien que de nombreuses mères continuent à mettre sur le nombril de leur bébé, une bande ombilicale pendant les deux premières semaines qui suivent sa naissance. Cette différence dans l'utilisation du bandage peut être attribuée à diverses causes : à la diversité des contextes, urbain dans les bas, rural ou semi-rural dans les Hauts ou de nombreuses conduites traditionnelles sont encore en usage ; au niveau d'étude des mères, plus élevé en milieu urbain ; aux variations de température qui résultent de l'altitude plus élevée dans les Hauts. Les mères vivant dans les Hauts de l'île chercheraient alors, plus que celles des bas, à protéger leur bébé du froid. Le bandage du ventre se pratique surtout durant le premier [51] mois d'existence de l'enfant. Après la toilette, une large bande enserre le torse du bébé, des aisselles au

²¹ Terme créole qui signifie « refroidissement » et correspond à un déséquilibre des humeurs corporelles.

bas de l'abdomen. Il s'agit de le protéger contre les courants d'air, de veiller à ce que son ventre, encore fragile, ne soit pas refroidi, de le fortifier, de le durcir. Cette pratique peut être mise en parallèle avec ce que Marie-Ange, grand-mère âgée de 98 ans à l'époque de nos entretiens, en 2002, rapporte des anciennes pratiques d'embaillotage en usage vers les années 1920-1930 : « Le pagné prenait tout le corps de l'enfant, depuis les pieds jusqu'au dessous des bras. Ça resserrait depuis les petits pieds jusqu'au dessous des bras. Le bébé, pouvait bouger les bras, et on desserrait le pagné au fur et à mesure que l'enfant bougeait, vers un mois, deux mois, quand l'enfant commence à se tenir, à pouvoir bouger son petit corps. C'était pour que l'enfant se tienne ». Ces conduites sont alors à rapprocher de celles qui existaient jadis dans l'ancienne France (décrites par Françoise Loux, 1978 ; Jacques Gélis, 1984 ; ou dans l'article que Marie-France Motel consacre, dans ce même ouvrage, aux pratiques d'embaillotage), de celles qui se perpétuent aujourd'hui dans d'autres régions du monde avec des objectifs équivalents de bonne tenue, comme les usages boliviens décrits plus loin par Charles-Edouard de Suremain ²².

Les pratiques de bandage du ventre et du torse de l'enfant, qui disparaissent généralement à la fin du premier mois, semblent relever de la même logique du « tenir droit » et il est possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle elles constituent le vestige de conduites d'embaillotage en usage dans l'ensemble de la population jusqu'au début des années 1970. Véhiculés par les professionnels de la puériculture (médecins, sages-femmes ou puéricultrices), ces usages étaient le reflet de ceux présents en Europe quelques décennies plus tôt. Ils constituaient donc un modèle colonial importé ²³. Pour les mères qui avaient intégré ces apports exogènes aux usages et aux représentations déjà en place, l'embaillotage (« tortiller dans le *pagn* » en créole) avait deux objectifs principaux, protéger le tout-petit du froid, des courants d'air susceptibles d'affecter son organisme considéré comme thermiquement instable et redresser l'enfant, [52] le tenir droit, donc, d'une certaine manière l'humaniser en lui permettant de marcher plus rapidement.

²² En effet, si, dans la France traditionnelle, on craint que le corps de l'enfant ne se déforme s'il n'est pas soutenu (F. Loux, M.F. Motel, 1976, 313), dans la Bolivie contemporaine, les femmes disent que l'enfant qui n'a pas été embailloté risque d'être faible (C.E. de Suremain, N. Montibert, 2004).

²³ Le phénomène n'est pas propre à La Réunion et nous en avons un excellent exemple avec l'embaillotage filmé par Suzanne Lallemand chez les Bataks de Sumatra qui montre un embaillotage largement influencé par les modèles fournis par la puériculture hollandaise des années 1940 à 1950 (Sumatra ayant, avant son indépendance, été colonie hollandaise).

Ce *pagn*, pièce de tissu d'environ un mètre sur un mètre cinquante était fréquemment brodé ou ajouré, même dans les familles les plus modestes. Il était, jusqu'aux années 1940, principalement porté sous forme de *pagn* croisé ou de *pagn* droit et maintenu soit à l'aide d'une large bande dans le cas du *pagn* croisé, soit grâce à de petits cordons dans le cas du *pagn* droit. Plus récemment, à partir des années 1960, et comme le montre le film contenu dans le DVD, il était porté de manière plus lâche, les bras du bébé étant systématiquement laissés libres et la pièce de tissu n'étant plus resserrée sur le corps de l'enfant. Cet habillement était complété par d'autres vêtements, brassières, bonnets, chaussons. Il était et demeure un point particulièrement important pour les mères.

Autrefois, mais encore faut-il préciser que cet autrefois n'a, somme toute, que 30 ou 40 ans, les bébés portaient, au-dessus du *pagn*, des brassières, généralement deux : la première en coton brodé, la seconde en laine, afin de « chauffer » le bébé. Puis, quand l'enfant ne portait plus de *pagn*, certaines familles lui faisaient porter des chaussons de laine.

De nos jours, le *pagn* a pratiquement disparu et est remplacé soit par le bandage du torse, soit par le port d'une culotte et/ou d'un body qui évitent que l'enfant ait le ventre découvert. Les pyjamas de type « babygro » sont les plus employés pour les nouveau-nés car, selon les propos de plusieurs interlocutrices, ils « empêchent les courants d'air ». Pour les sorties, les nourrissons sont soigneusement vêtus. Par contre, après trois ou quatre mois, lorsque l'enfant est jugé moins fragile par les jeunes mères, la mode semble seule dicter les tenues vestimentaires. Ces dernières sont aussi le reflet d'une nette et précoce volonté de différenciation sexuelle.

Les pratiques visant à modifier l'aspect de l'enfant ne s'arrêtent pas là. Reprenons le cours de la toilette effectuée en milieu familial : l'enfant a été lavé, soigneusement séché, son ventre bandé et il est chaudement vêtu. Il s'agit à présent de lui façonner le visage, technique toujours présente dans de nombreuses familles, quels que soient leur « origine » déclarée et leur phénotype. Les gestes sont transmis de mère à fille ou de grands-mères à petite-fille, à la manière d'une initiation, aptes la naissance du bébé, lors du retour à la maison. Dans certains cas, c'est la belle-mère qui enseigne la technique à sa bru.

Ce façonnage suit, de manière quotidienne, la toilette de l'enfant. Il est généralement pratiqué après l'habillage. L'enfant est placé soit sur le lit de ses parents, soit dans les bras de sa mère. Le façonnage est associé aux soins du corps, mais se présente sous une forme qui peut être analysée en [53] terme de rite. En effet, il est pratiqué sur le visage avec la main droite, dans un ordre extrêmement précis, selon une codification qui se retrouve de famille à famille. Les gestes sont, dans l'ensemble des massages observés (au total chez plus d'une cinquantaine d'enfants différents) toujours les mêmes. En outre, se pose la question du rôle du feu dans ce massage : il m'est en effet pas nécessaire de chauffer le beurre de cacao qui fond seul au contact de la peau. Le passage du feu au-dessus de la cuillère, comme, dans la religion catholique ou dans l'hindouisme où l'on déplace un encensoir au-dessous de l'objet à bénir, constitue sans doute l'une des clés d'analyse de cet usage. Le feu possède en effet un rôle de médiateur entre Dieu et les hommes et utiliser le feu entre les doigts de la mère et le corps de l'enfant à façonner revient à mettre l'esthétique du bébé sous une protection divine. L'origine de cette technique du corps, bien que présente en Inde n'est pas nécessairement à rechercher dans la composante d'origine indienne de la population. Elle pourrait tout autant être un héritage malgache. R. Jaovelo-Dzao écrit en effet que chez les Sakalava, après la naissance, la matrone qui s'occupe de l'enfant « lui passe son doigt empli de matière grasse, d'abord sur la paupière droite, puis souffle dessus : recommence les mêmes gestes pour l'œil gauche et continue pour les narines. » (1996, p. 123). Puis, ajoute l'auteur, « Il convient ensuite de modeler la tête de l'enfant. L'esthétique *sakalava* exige que le derrière de la tête soit absolument plat et bien vertical ». Les pratiques européennes ont été, quant à elles, largement décrites et commentées par F. Loux (1978) et J. Gélis souligne qu'il s'agit pour l'Europe de « déformations volontaires », d'héritages de « comportements séculaires » (1984b, p. 9). Il est alors possible, au regard de la présence des mêmes usages en des lieux aussi différents que peuvent l'être la France ou Madagascar (sachant que des coutumes similaires existent également en Inde et en Afrique) de s'interroger sur le caractère universel du façonnage.

À La Réunion, cette pratique se justifie par la nécessité de « lever le nez » de l'enfant, de lui « faire le nez droit », de lui remonter les pommettes, de lui « dégager le cerveau ». Les objectifs de ces pratiques apparaissent d'ordre esthétique, cognitifs (développer l'intelligence de l'enfant). En effet, « dégager le cerveau »

pourrait, comme dans l'ancienne France où un individu ayant le front haut était considéré comme intelligent, être traduit par « rendre intelligent ». D'autre part, il est à noter que le massage sera poursuivi d'autant plus longtemps que le bébé naît avec le nez épaté. Cette pratique est à mettre en relation avec l'examen, que pratiquent souvent les grands-mères à la maternité, quand elles viennent voir le bébé pour la première fois. Celui-ci est observé, détaillé, manipulé. Les grands-mères regardent la couleur de ses lobes d'oreille, de ses gencives, de [54] ses testicules, afin de déterminer son phénotype à venir. Quand les testicules du nouveau-né étaient bien roses, on disait jadis que l'enfant était « bien venu ».

Nous retrouvons ici, outre les objectifs des pratiques de déformation, « idéal esthétique » et développement de la mémoire et de l'intelligence, l'importance du phénotype de l'enfant. Celui-ci constitue un héritage de l'histoire dans une société marquée par l'esclavage alors que le phénotype d'un individu déterminait sa place dans la hiérarchie sociale.

Henriette, qui lors de nos entretiens en 1998, était âgée d'approximativement 100 ans et était la doyenne des femmes interrogées, se souvient que vers le début des années 1920 : « Quand le bébé était sorti, je le lavais, bien propre, je l'habillais, et je lui mettais un petit bandeau pour lui refermer la tête, pour bien la serrer, pour fermer la fontanelle. » Je n'ai pu trouver de renseignements complémentaires quant au type exact de bandeau utilisé, à la façon précise dont la tête y était enserrée, mais présents depuis les débuts du peuplement, durant la seconde moitié du XVII^e et le début du XVIII^e siècle ²⁴, les bonnets étaient encore couramment utilisés il y a vingt ans. Il s'agissait de « faire la tête ronde », ce qui amenait la fontanelle à se refermer. L'enfant était, à cette fin, couché sur le dos, la tête recouverte de son bandeau et de son bonnet, et reposait sur un petit oreiller. Le rôle des bandeaux, puis des bonnets, était en outre d'aplatir les oreilles contre la tête. On peut rappeler que le même type de déformation était, en cours jusqu'au siècle dernier dans l'Ouest et le Sud-Ouest de la France, en Gascogne, dans le Lot-et-Garonne, le Gers, les Landes et la Gironde, secteurs d'où sont originaires une partie de ceux qui ont peuplé l'île (Gélis, 1984b, p. 17).

²⁴ Comme en témoignent diverses lithographies datées du début du XVIII^e siècle représentant des mères et leurs bébés (voir à ce sujet le CD-Rom placé en annexe de Pourchez, 2002).

Plusieurs aînées attestent que, dans les années 1930, de la naissance à l'âge de quatre, cinq mois, parfois davantage, quand l'enfant était « un peu fainéant », elles lui faisaient faire une gymnastique particulière : on mettait les petites mains l'une contre l'autre et on appuyait de manière à ce que les doigts remontent. On pensait que l'enfant serait ainsi plus agile ou adroit. Cette technique était tout à fait équivalente à celle de la « main qui quille » décrite par J. Gélis (1984b, p. 13). Des méthodes d'assouplissement et d'élongation étaient de la même manière, employées sur les pieds, les articulations des genoux, des bras, usages dont nous retrouvons les traces dans les massages au beurre de cacao qui sont eux, toujours pratiqués.

[55]

Ces élongations effectuées au moyen d'un corps gras, huile de coco ou beurre de cacao semblent, pratiquées sur les mains, les pieds, les genoux et les bras, être le vestige d'anciennes conduites de « gymnastique ». Réalisées par les femmes sur les enfants, elles sont moins courantes aujourd'hui que le façonnage du crâne mais n'en demeurent pas moins pratiquées par de nombreuses jeunes femmes. Elles ont, disent-elles, pour objectif d'adoucir la peau, assouplir les membres de l'enfant, le fortifier et favoriser la position assise puis l'acquisition de la marche.

Elles sont en usage, selon les mères, de un à deux ou trois mois.

D'autres conduites visant à transformer le corps de l'enfant, comme le fait de lui couper le filet de la langue, semblent, par contre, en voie de régression. En effet, jadis, après la naissance de l'enfant, la matrone passait son doigt sous la langue du bébé afin de lui couper le filet. Certaines se faisaient même pousser un ongle à cette intention. Il s'agissait, disait-on, de permettre à l'enfant de mieux téter. De plus, la section du filet avait la réputation de « délier la langue » des enfants, de la même manière que le fait de lui couper le filet fait parler le martin ²⁵. L'opération était de manière quasi-systématique, effectuée par les matrones, mais également par les sages-femmes et certains médecins qui utilisaient quant à eux, une paire de ciseaux préalablement stérilisés. Elle s'est, semble-t-il, poursuivie jusqu'aux débuts de l'accouchement massif des femmes à la maternité (dans les

²⁵ Variété d'oiseau local proche du mainate. Ils sont capturés et afin de leur permettre de « parler », le filet de leur langue est sectionné.

années 1970), et quoiqu'à présent rarement pratiquée, elle est toujours présente dans certains secteurs de l'île, notamment dans le sud et dans les cirques.

TECHNIQUES DU CORPS ET IDENTITÉ RÉUNIONNAISE

L'ensemble des techniques corporelles décrites ci-dessus, bien qu'encore fréquemment utilisées par les jeunes mères, selon le caractère phénotypique de l'enfant, sont souvent conduites sous le sceau du secret. Alors que l'évolution de la société est particulièrement rapide, que le modèle européen omniprésent pourrait apparaître comme dominant, elles demeurent. Les usages traditionnels perdurent, dissimulés sous diverses conduites superficielles qui se veulent « modernes », comme l'utilisation de produits de toilette achetés très cher en pharmacie. Ces conduites sont niées ou dénigrées par les mères devant le personnel médical des maternités alors qu'elles sont souvent toujours discrètement pratiquées à la maison. Elles sont à la fois cachées tout en étant revendiquées. En effet, [56] parfois l'examen du discours des mères montre qu'elles relèvent également d'une appropriation de type « identitaire » : outre diverses affirmations telles que celles mentionnées plus haut et faisant état de l'origine exclusive de telle ou telle pratique, divers termes, qui reviennent de façon récurrente dans les entretiens tendent à valider la présence d'une identité féminine réunionnaise qui s'affirme sans remettre en cause les choix identitaires des individus (qui sont susceptibles de se définir comme réunionnais d'origine indienne ou réunionnais d'origine malgache ²⁶) : « Nous autres, femmes réunionnaises... » Tout se passe comme si ces pratiques offraient aux mères un espace de liberté, d'affirmation de leurs savoirs, sans que ceux-ci aient à être jugés par une institution ou une autorité, quelle qu'elle soit. En effet, ces conduites appartiennent à l'ensemble des usages dont on ne parle pas très facilement, surtout à des étrangers, encore moins au médecin. Car loin d'être reconnus, durant des décennies, ces savoirs ont été ignorés, niés, taxés d'ignorant-

²⁶ Le phénomène est relativement récent (vingt ou trente ans tout au plus). Il est alimenté par un ensemble politico-médiatique qui tend à vouloir diviser la population en groupes ethniques, groupes « ethno-culturels », communautés, au mépris de la réalité du métissage présent dans l'île et de la relativité de choix davantage basés sur une élection que sur des appartenances avérées à un lignage ou à une origine donnée.

ce, de superstitions. On leur a substitué le « vrai » savoir, celui de la biomédecine, des techniques de puériculture. Cependant, les conduites maternelles traditionnelles associées, comme on l'a vu, à la finition du nouveau-né n'ont pas disparu. Elles se sont adaptées sur un mode proche de la résistance, en se manifestant uniquement dans un contexte familial, devenant presque secrètes, comme s'il s'agissait de pratiques honteuses. Quand, lors de mes visites en maternité, j'évoquais ces usages devant de jeunes mères nouvellement rencontrées, elles faisaient souvent mine de ne pas comprendre, ou disaient que ces conduites n'existaient plus depuis longtemps... avant d'avouer les pratiquer, une fois la confiance installée, et de m'inviter à venir les observer, voire les filmer. Elles n'étaient que très rarement abordées en présence du personnel médical.

CONDUITES FAMILIALES, SOINS, RITES ET INFLUENCE COLONIALE

Les familles accordent toujours une grande importance à l'apparition de certains stades de développement chez l'enfant, comme l'acquisition de la position assise ou la marche. C'est tout d'abord l'existence future de l'enfant qui est en jeu. Une grande partie des pratiques relevées ici vise en effet à protéger l'enfant, à le « durcir », le fortifier. Ces divers usages et représentations sont sans doute, pour partie, à rapprocher du contexte [57] sanitaire présent à La Réunion jusqu'aux années 1950. En effet, jusqu'au milieu du siècle, le taux de mortalité infantile était particulièrement élevé et équivalent à la mortalité infantile présente en France métropolitaine à la fin du XIXe siècle (A. Lopez, 1995). Ainsi, dans l'île, il était fréquent jusqu'aux années 1950, que, dans une même famille, plusieurs enfants meurent en bas âge et le souvenir de ces décès précoces demeure. Nombreux sont les âmes qui commencent leur récit de vie par « J'ai eu... enfants, seulement... ont survécu ». De multiples usages actuellement observables demeurent influencés par ce contexte ancien et par la crainte que l'enfant ne survive pas.

D'autres craintes s'exprimaient (et s'expriment toujours), en raison du nombre élevé d'enfants parasites jusqu'au début des années 1980 : il existe toujours un nombre extrêmement important de traitements traditionnels visant à extirper les vers du corps du tout-petit. Diverses pathologies étaient également courantes

comme les diarrhées ou, de manière un peu plus ancienne (vers les années 1950), la rougeole qui tuait de nombreux bébés. Ces menaces qui pesaient sur la vie du nouveau-né justifiaient l'ensemble des usages visant à le durcir, à le fortifier afin de le protéger contre la maladie. Les conduites visant à protéger la santé des tout-petits se sont perpétuées et une priorité est toujours donnée au durcissement de l'enfant, considéré comme le préalable indispensable à la marche qui, avec la sortie des dents était jadis considérée comme le gage de la survie du bébé ²⁷.

D'autres conduites ont disparu. Ainsi, l'un des traitements de la forme de *tanbav* qui était jadis nommée *tanbav karo* n'existe apparemment plus ou est en voie de disparition. La description de la maladie par les aînées tend à montrer qu'il s'agissait d'une forme de pathologie intestinale associée à l'absorption d'eau contaminée. Ce type d'affection ayant disparu de nos jours, le traitement qui lui était associé et qui devait protéger l'enfant des méfaits de la maladie en le rendant plus résistant est, lui aussi, tombé en désuétude.

Du point de vue de l'habillement du tout-petit, si le travail aux champs justifiait jadis l'emballage du bébé afin qu'il soit plus aisément transportable, les changements qui se sont opérés dans la société (abandon croissant d'un mode de vie rural au profit d'un mode de vie plus urbain) expliquent en partie l'abandon de ce type d'habillement.

L'idée d'achever le corps de l'enfant est également liée à celle de son humanisation, à l'importance accordée à son agrégation au sein de la [58] société, celle-ci étant attestée par les très nombreuses cérémonies conduites, du baptême aux cérémonies *sévé mayé* ²⁸ qui font partie intégrante du processus de socialisation. Ces différentes cérémonies sont toujours considérées comme particulièrement importantes pour les mères. Pour de nombreuses femmes interrogées, le baptême possède, outre son aspect religieux d'agrégation à la communauté des croyants, un effet sur l'enfant, en terme de protection. Le rituel des *sévé mayé*, quant à lui, inscrit l'enfant dans une continuité qui, si elle ne peut être systématiquement lignagère (du fait du peu de profondeur de mémoire ancestrale consécutive à l'histoire de

²⁷ Il est à noter que l'ensemble des conduites visant à achever le visage et le crâne de l'enfant est souvent associé à la sortie des dents. Les divers usages sont d'ailleurs considérés comme susceptibles de favoriser la sortie dentaire.

²⁸ Rituel du rasage du crâne de l'enfant qui s'effectue après la manifestation d'une entité dans sa chevelure. Lire, à ce sujet, Pourchez, 2001.

l'île), n'en demeure pas moins associée à la créolité, à la création d'une nouvelle communauté composée de tous ceux qui, d'origines multiples, se sont trouvés amenés à vivre en un même lieu. Il existe donc un lien étroit entre les soins prodigués à l'enfant, les conduites visant à transformer ou à achever son corps et la fin du passage entamé lors de la naissance physique.

Enfin, les objectifs esthétiques sous-jacents sont à considérer. Le « modèle » de beauté vise semble en effet singulièrement européen (nez droit, pommettes hautes) et néocolonial et renvoie à une histoire marquée par l'esclavage et la domination d'une frange de la population sur une autre. Les conduites visant à la finition du nouveau-né réunionnais sont alors à analyser, comme le fait Suzanne Lallemand à propos des pratiques d'embaillotement présentes à Sumatra (2004), en terme d'influence d'une ancienne colonisation européenne qui a imposé aux populations locales sa puériculture, ses modèles et ses critères esthétiques.

CONCLUSION

L'analyse des conduites maternelles destinées à achever le nouveau-né apporte de nouveaux éléments pour l'analyse des phénomènes identitaires. Ainsi, à La Réunion, les transformations du corps et du visage de l'enfant à sa naissance sont significatives d'une société à la fois en évolution extrêmement rapide, mais également marquée par son passé, par les diverses influences et dominations qui s'y sont exercées. Les usages associés à la finition du corps de l'enfant sont représentatifs des résistances qui se sont créées dans un contexte colonial qui voyait jadis les savoirs des mères dévalorisés au profit de ceux « qui savaient » (médecins, personnel médical, puéricultrices, sages-femmes...). Échappant à leurs objectifs premiers, que ceux-ci soient liés à l'achèvement du nouveau-né, à sa mise sous protection divine [59] ou à la recherche d'un idéal esthétique ou phénotypique, les conduites visant à achever le corps de l'enfant apparaissent alors comme l'un des lieux électifs de revendications identitaires féminines.

BIBLIOGRAPHIE

BABADZAN, A. 1984. « *Inventer des mythes, fabriquer des rites ?* », *Arch. Europ. Socio.*, XXV, 2, p. 309-318.

FUMA, S. 1992. *L'esclavagisme à La Réunion 1794-1848*, Paris-Saint-Denis, L'Harmattan, Université de La Réunion

FUMA, S. 1994. *Histoire d'un peuple. La Réunion, 1848-1900*, Saint-Denis, Éditions CNH-Université de La Réunion.

GELIS, J. 1984a. *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne, XVIe-XIXe siècle*, Paris, Fayard.

GELIS, J. 1984b. « Refaire le corps. Les transformations volontaires du corps de l'enfant à la naissance », *Ethnologie française*, 14, 1, p. 7-28.

JAOVELO-DZAO, R. 1996. *Mythes, rites et transes à Madagascar. Angano, jôro et tromba sakalava*, Paris, Karthala et Antananarivo, éd. Ambozontany.

LOPEZ, A. 1995. « La population réunionnaise : histoire d'une transition démographique », *Expressions*, no 7, p. 27-46.

Loux, F. ; MOREL, M.-F. 1976. « L'enfance et les savoirs sur le corps », *Ethnologie française*, VI, 3-4, p. 309-324.

Loux, F. 1978. *Le jeune enfant et son corps dans la médecine traditionnelle*, Paris, Flammarion.

POURCHEZ, L. 1999. « *Tanbav*. Sens et étiologie d'une maladie infantile à l'Île de La Réunion », *Sciences sociales et santé*, vol. 7, septembre 1999, p. 5-27. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

POURCHEZ, L. 2001. « Les *sévé mayé* de l'enfant réunionnais : marquage ethnique ou trait de créolisation ? », dans J.L. Bonniol (sous la direction de), *Paradoxes du métissage*, Paris, CTHS, p. 183-196.

POURCHEZ, L. 2002. *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, Paris, Karthala.

POURCHEZ, L. 2005. « Envisager la complexité : métissage et création culturelle ou souillure ? », *Africultures*, numéro spécial *Métissages : un alibi culturel ?*, no 62, mars 2005, p. 46-55.

VERDIER, Y. 1979. *Façons de dire, façons de faire, la laveuse, la couturière, la cuisinière*, Paris, Gallimard.

FILMOGRAPHIE

LALLEMAND, S. 2004. *Soins au bébé dans la régionatak toba à Sumatra*, 10 mn 22, format original H18, tournage 1997 (Sumatra, Indonésie), © CNRS / LASEMA, 2004.

MONTIBERT, N. (réalisateur) ; DE SUREMAIN, C.E. (directeur scientifique). 2005. *Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie*, 20 mn 16, format original DVcam, tournage 2004 (Bolivie), © IRD, 2005.

Doris BONNET, directeur de recherches en anthropologie à l'IRD, est rattachée à l'Unité de recherche 107 « Constructions identitaires et mondialisation » de l'IRD, membre associé au Centre d'études africaines (EHESS, Paris), et affectée au Centre IRD d'Île de France, 32 av. Henri-Varagnat, 93143, Bondy, Cedex

Email : Doris.Bonnet@bondy.ird.fr

Après avoir travaillé sur la littérature orale des Mossi du Burkina Faso, elle a consacré depuis 1977, la plupart de ses recherches à l'anthropologie de la maladie, et en particulier à celle de l'enfant. Elle travaille aussi depuis quelques années sur les évolutions des représentations de l'hérédité dans le cadre d'une maladie génétique en Afrique subsaharienne et auprès de familles migrantes originaires d'Afrique subsaharienne en Île-de-France.

Laurence POURCHEZ, anthropologue et ethnocinéaste, est chargée de cours à l'université et dans les écoles de sages-femmes et d'infirmières à l'Île de La Réunion. Elle est membre affilié à l'UMR 5176 « techniques et cultures » MNHN (Muséum national d'histoire naturelle).

Email : laurencetabuteau@hotmail.com

Elle consacre ses recherches depuis 1994 à la santé des enfants à l'île de La Réunion. S'intéressant également à une anthropologie de la reproduction, ses travaux s'orientent à présent vers les savoirs des femmes et les relations de genre, d'une manière comparative, dans les sociétés créoles (Réunion, Maurice, Rodrigues, Cuba).

Fin du texte