



HAL
open science

L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile

Obrillant Damus

► **To cite this version:**

Obrillant Damus. L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile. Etudes Caribéennes, 2021. hal-03347140

HAL Id: hal-03347140

<https://hal.science/hal-03347140>

Submitted on 17 Sep 2021

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.

L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile

The Local Dialogue Workshop, a Method to Promote Maternal and Child Health

Obrillant Damus



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/etudescaribeennes/20898>

ISSN : 1961-859X

Éditeur

Université des Antilles

Référence électronique

Obrillant Damus, « L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile », *Études caribéennes* [En ligne], 48 | Avril, mis en ligne le 30 avril 2021, consulté le 13 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/etudescaribeennes/20898>

Ce document a été généré automatiquement le 13 septembre 2021.



Les contenus d'*Études caribéennes* sont mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale 4.0 International.

L'atelier de dialogue local, une technique d'enquête pour la promotion de la santé materno-infantile

The Local Dialogue Workshop, a Method to Promote Maternal and Child Health

Obrillant Damus

Introduction

- 1 L'atelier de dialogue local est une méthode que nous avons utilisée pour collecter des données sur la relation entre les savoirs paysans et la promotion de la santé à Jean-Rabel (Nord-Ouest) les 26 et 27 novembre 2016⁶. Les participantes sont issues de plusieurs sections rurales rattachées administrativement à la commune de Jean-Rabel : Morne-Pasteur, Bois-Changé, Nan Ogé, Ruelle-Rivière, Belle-Dorée, Porrier, Lalande, Grande-Source, Galata, etc. Nous avons réalisé 40 entretiens individuels et 4 entretiens collectifs au cours des ateliers de dialogue avec les détenteurs de savoirs locaux et ancestraux : 23 matrones, 7 docteurs-feuilles, 5 hougans et 5 mambos. Nous avons mené des entretiens structurés, non structurés et semi-structurés, qui ont été transcrits intégralement. Nous nous sommes intéressés à l'histoire de vie des participantes, ainsi qu'à leur description sociodémographique et socio-économique. Les entretiens individuels et collectifs nous ont permis d'aborder la complexité des connaissances locales et indigènes sur la promotion de la santé, la biodiversité et la gestion des écosystèmes. En plus de la prise de notes, nous avons procédé à deux types d'enregistrement : un enregistrement audio et un enregistrement vidéo. Des données quantitatives sur les stratégies de gestion de la biodiversité et des écosystèmes et leur utilisation durable ont été recueillies au cours de l'atelier de dialogue. Des promenades dans la nature ont été organisées avec les participantes afin de confronter leurs connaissances et nos propres hypothèses à la réalité. Les objectifs de l'atelier de

dialogue sur les connaissances locales et indigènes concernant les pratiques conscientes et inconscientes de promotion de la santé étaient les suivants : 1) identifier des stratégies de promotion de la santé, de gestion et d'utilisation durable de la biodiversité et des écosystèmes ; 2) Décrire les modes de pensée et d'action des habitants des zones rurales qui favorisent une relation osmotique entre la gestion de la santé, l'utilisation durable et la gestion de la biodiversité et des écosystèmes ; 3) Décrire la capacité des hommes et des femmes des zones rurales à exploiter les ressources offertes par la nature pour promouvoir la santé et 4) décrire les habitudes alimentaires et les actions agricoles qui servent la santé des individus, des familles et des communautés. Les ateliers étaient organisés autour des thèmes suivants : biodiversité et techniques de gestion des écosystèmes ; biodiversité, santé et spiritualité ; souveraineté alimentaire (agriculture biologique, familiale, paysanne et vivrière) et biodiversité ; allaitement et nature, et méthodes de transmission des connaissances locales et indigènes. Les données collectées sur l'accouchement à domicile lors du déroulement de ces ateliers et lors de notre première rencontre ethnographique avec les matrones (n= 30) de Jean-Rabel en 2012 ont déjà fait l'objet de plusieurs publications.

- 2 Afin de confronter les données recueillies auprès de ces matrones avec les témoignages des mères rurales haïtiennes, nous avons organisé le 6 décembre 2020 un atelier de dialogue local⁷ sur l'accouchement à domicile (n= 33) auquel ont participé plusieurs communautés rurales (Pimentière, Midimacha, Bigo, Georges Noël, Defouno, etc.) administrativement rattachées à la commune de Baint (Sud-Est). Cet atelier s'est déroulé pendant 2 heures au sein d'une église protestante de Pimentière. Cette fois-là, nous n'avons réalisé qu'un entretien multiphonique (c'est-à-dire un entretien où plusieurs voix s'alternent et se superposent) qui peut être comparé à un nid à la fabrication duquel chaque participante a apporté son savoir complexe. Les participantes sont âgées de 38 à 88 ans au moment de notre rencontre ethnographique.
- 3 Nous ne nous sommes pas armés d'objectifs prédéterminés avant de nous rendre sur le terrain. D'une manière générale, en promotion de la santé, les populations locales ne participent pas à l'élaboration des objectifs cognitifs (co-réflexions sur les pratiques sanitaires ; transmission des savoirs aux dimensions complexes) et des thèmes de discussion. La dimension « dialogique » (Freire 1980) de nos enquêtes sujeto-centrées (versus « enquêtes managériales techno-bureaucratiques ») est liée au fait que nos objectifs et nos thèmes de réflexion ont été élaborés conjointement avec les participantes des ateliers de dialogue. Il s'agissait de fabriquer avec elles et non pas pour elles (Freire 1975) des savoirs reliés à la promotion de la santé en leur demandant de nous raconter sans gêne leurs pratiques sociales et culturelles (logique de coproduction cognitive). Ancrée dans le paradigme humaniste (Jourdan 2010), la technique de l'atelier de dialogue, qui devrait être la clef de voûte de la réussite de la promotion de la santé (perspective pragmatique) du futur dans les pays du Sud et du Nord, permet de réduire trois processus de destruction de savoirs locaux (Damus 2020) : l'autoépistémicide (des savoirs locaux disparaissent tout seuls faute d'être valorisés et utilisés par les acteurs notamment les jeunes), les pratiques endo-épistémicides (plusieurs titulaires de savoirs ancestraux comme les matrones d'Haïti cessent d'utiliser certains savoirs locaux) et exoépistémicides (les interventions occidentalocentrées font disparaître à grande vitesse, de manière consciente et inconsciente, de nombreux savoirs et savoir-faire locaux qui étaient jusque-là efficaces).

Photographie 1. Les participantes à l'atelier de dialogue local qui s'est tenu à Jean-Rabel (Haïti) les 26 et 27 novembre 2016



Photographie 2. Les participantes de l'atelier de dialogue local sur l'accouchement à domicile qui s'est tenu à Pimentière (Bainet, Haïti) le 6 décembre 2020



1. Déroulement des ateliers de dialogue local : partage des savoirs, des expériences vécues ou observées

- 4 Puisque la plupart des participantes ont l'habitude de participer à des formations verticales sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, il était difficile de les convaincre de partager leurs savoirs expérimentiels lors du déroulement des ateliers de dialogue, respectivement tenus à Jean-Rabel en 2016 et à Bainet en 2020. Les savoirs de ces personnes n'ont jamais été pris en compte dans les pratiques officielles de

promotion de la santé. L'un des défis de nos ateliers de dialogue était de renforcer leur confiance en soi, leur estime de soi et leur sentiment de compétence ou d'efficacité personnelle (Bandura 2003) afin de les amener à se définir comme des sujets capables d'explorer l'univers thématique relatif à la promotion de la santé intra et intercommunautaire. Il a été demandé à chacune des participantes de se présenter en créole en disant son nom, son métier et son origine sociogéographique (le nom de sa section rurale d'appartenance). Elles n'ont pas été traitées comme des participantes anonymes, mais comme des promotrices traditionnelles de la santé. Un climat de confiance mutuelle s'est donc installé entre elles et nous. Après avoir pris ensemble un petit déjeuner, nous leur avons dit : « Vous êtes nos enseignantes. Nous sommes venus ici pour apprendre. Vous êtes toutes des savantes. Quand une personne prend la parole, il ne faut pas la corriger. Il faut la laisser s'exprimer sans gêne. Chacun a ses pratiques ou ses expériences. Toutes les expériences fonctionnent. Vous pouvez compléter les propos d'une participante si celle-ci fait face à un trou de mémoire. Dès qu'elle termine son témoignage, vous pouvez la critiquer pour dynamiser l'atelier de dialogue. » Il s'agissait de les pousser à réfléchir sur leurs expériences professionnelles (incitation cognitive). Des questions ont été posées sur les thèmes de chacun des ateliers, thèmes dont nous avons discuté lors du petit déjeuner⁸. Nous n'avons cessé de demander aux participantes de respecter l'expérience existentielle de leurs semblables. Nous avons procédé à l'enregistrement audio et vidéo des témoignages individuels et collectifs. Nous avons évité de manifester une attitude judiciaire envers les participantes. Pour la première fois de leur vie, elles ont été traitées comme des savantes et non pas comme des ignorantes auxquelles il fallait enseigner de bonnes pratiques en matière de promotion de la santé. Nous nous sommes comportés comme des ignorants qui se sont mis à leur école. La prise du repas⁹ de midi n'a pas interrompu le déroulement de l'atelier de dialogue. Beaucoup de personnes ont profité de ce moment convivial pour partager des savoirs avec nous. Elles nous ont posé des questions. Elles nous ont demandé de consacrer le second jour de l'atelier de dialogue à un séminaire de formation à leur intention. Malheureusement, notre vision alternative de la promotion de la santé ne nous a pas permis de le faire. Bien au contraire, une partie de l'après-midi du 27 novembre 2016 a été dédiée à la promotion collective des comportements favorisant non seulement la conservation et l'amélioration de la santé, mais aussi la durabilité environnementale¹⁰ (présentation en créole d'une partie des résultats de l'analyse intermédiaire des données recueillies).

- 5 Les participantes se sont corrigées mutuellement tout en respectant les consignes de l'animateur de l'atelier de dialogue. Par exemple, certaines d'entre elles (les matrones) ont enseigné à leurs homologues les règles d'hygiène à respecter lorsqu'un bébé fait face au syndrome de détresse respiratoire ou d'aspiration méconiale. La pauvreté matérielle empêche de nombreuses matrones de respecter certaines règles d'hygiène¹¹. Certaines d'entre elles ont raconté qu'elles appliquaient directement leur bouche contre celle des nouveau-nés pour leur permettre de respirer¹². D'autres n'ont pas hésité à leur demander d'interposer un tissu entre leur bouche et celle du bébé. Une matrone de Jean-Rabel, par exemple, a pris la parole : « J'ai demandé la parole. Mais elle ne m'a pas été accordée. Quand on souffle dans la bouche de l'enfant, on n'y met pas directement la sienne. On ne doit pas le faire comme ça. Il faut interposer une serviette entre sa bouche et la sienne ».

2. Originalité de notre approche méthodologique

- 6 Notre approche méthodologique se distingue de la recherche classique en promotion de la santé par le fait qu'elle visait d'abord à renforcer les conduites favorables à la santé humaine et écologique chez les mères et les titulaires de connaissances locales et autochtones plutôt qu'à leur enseigner, de façon unilatérale, des choses qui ne font pas toujours sens pour elles. Ensuite, elle a nous permis de découvrir que la promotion de la santé est un phénomène complexe qui échappe aux règles de causalité linéaire et qui est ancré dans une pensée aux dimensions multiples (symbolique, magique, mythologique, technique, rationnelle, religieuse...). Enfin, contrairement à la recherche classique en promotion de la santé qui se fonde essentiellement sur le « paradigme rationnel ou l'Homme tel qu'il devrait être » (Jourdan 2010), notre approche n'est pas fondée sur la dichotomie entre les sachants et les non-sachants ou entre les savants et les croyants. Elle ne se caractérise pas par la séparation socio-épistémique mais par l'entraide épistémologique nécessaire à la survie des populations locales abandonnées par l'État corrompu et criminel d'Haïti. Les dichotomies antidurables (Homme/Nature ; nous/eux ; Nature/culture ; logique/irrationnel...), sur le plan humain et écologique, ne caractérisent pas notre approche méthodologique. On verra que des pratiques culturelles et sociales qui ont l'air irrationnelles ou résiduelles sont mises au service de la promotion de la santé au sens large si on les regarde à travers le prisme de cette dernière. Il faut noter que la maîtrise du créole, prisme utilisé par les participantes pour appréhender le monde qui les entoure, nous a permis de comprendre la complexité des faits recueillis dont la première interprétation a été proposée collectivement par les participantes. « Rien ne peut être compris, il faut s'en convaincre, qui n'ait été réduit à la langue. Par suite, la langue est nécessairement l'instrument propre à découvrir, à conceptualiser, à interpréter tant la nature que l'expérience, donc ce composé de nature et d'expérience qui s'appelle la société », écrivait justement Benveniste (1974 : 97). Lorsque les participantes et l'animateur ne parlent pas la même langue, ou lorsque ce dernier fait semblant de ne pas pouvoir s'exprimer correctement (galimatias linguistique) dans la langue locale, cela constitue un obstacle à une véritable imprégnation culturelle. L'invasion culturelle, qui caractérise la recherche classique en promotion de la santé (perspective heuristique et pragmatique), a cédé le pas à la co-construction cognitive respectueuse de la langue¹³, des cosmovisions, de la culture et des logiques d'action des promotrices traditionnelles de la santé. Nos ateliers de dialogue local se sont inscrits dans une démarche sérendipitaire dans la mesure où une bonne partie des connaissances recueillies n'ont pas été prévues.

3. Contribution de nos enquêtes au progrès et à la structuration du domaine de recherche en promotion de la santé

- 7 La réussite de nos ateliers de dialogue local sur le rôle des savoirs paysans dans la promotion de la santé dans les communautés montre que, contrairement à ce que nous avons l'habitude de penser, les pauvres en revenu ne sont pas des pauvres en pensée. Les titulaires de savoirs locaux et les mères rurales que nous avons rencontrées respectivement à Jean-Rabel et à Bainet sont coauteurs des travaux qui ont résulté des

ateliers de dialogue. Après avoir provoqué leur grossesse cognitive, nous les avons accompagnées dans l'accouchement des témoignages sincères et authentiques relatifs à la santé. Étant donné que les personnes les plus vulnérables ne sont pas des pages vierges sur lesquelles il faut imprimer des caractères, il est nécessaire de les aider à évaluer leurs expériences en matière de promotion de la santé avant de leur transmettre quoi que ce soit, ou avant de leur demander de participer à des programmes d'éducation à la santé. L'évaluation collective des savoirs locaux relatifs à la promotion de la santé a augmenté le désir d'apprendre des actrices sociales invitées, lesquelles n'ont cessé de nous dire durant les ateliers de dialogue : « Nous vous transmettons nos savoirs. Il faut nous donner les vôtres en retour. » Cet énoncé indique que la recherche en promotion de la santé doit être située au carrefour des savoirs du Sud et des savoirs du Nord (en nous appelant docteur, nous avons été pris pour un détenteur des savoirs du Nord). Elle doit être axée sur le principe freirien (1978 : 109) selon lequel « nul n'ignore tout. Nul ne sait tout ». Quel que soit le pays où l'on se trouve, il est nécessaire de prendre en compte la langue maternelle, le niveau d'éducation, la culture et les modes de pensée des populations locales dans la mise en œuvre de toute action de promotion de la santé comme dans la recherche en promotion de la santé. Si les personnes les plus vulnérables doivent participer à la conception et à la mise en application des objectifs de promotion de la santé, c'est parce qu'elles sont capables de penser et de gérer leur santé. La diversité des savoirs locaux collectés lors des ateliers de dialogue local constitue la preuve que les pratiques de recherche en promotion de la santé ne doivent pas être saisies dans les filets d'une seule discipline, mais doivent être abordées dans une perspective interdisciplinaire. Les actions holistiques et participatives de promotion de la santé ne doivent pas être confondues avec les pratiques de prévention actuelles essentiellement axées sur le modèle de gestion des risques dont la portée est limitée. Les pratiques conscientes et inconscientes de promotion de la santé dont les participantes de l'atelier de dialogue local nous ont fait part sont ancrées dans une pensée multidimensionnelle et dans un paradigme de conjonction selon lequel les faits humains et les faits naturels sont interdépendants.

Conclusion

- 8 L'utilisation de la méthode de l'atelier de dialogue local dans le domaine de la recherche en promotion de la santé permet de prévenir les déficits qualitatifs de celle-ci, de renforcer l'autonomisation des participantes et de stimuler les pratiques de solidarité¹⁴ dans les communautés éloignées des politiques officielles de promotion de la santé publique. La mise en œuvre de cette technique de collecte de données qualitatives nous ordonne de porter un regard inconditionnellement positif (*unconditional positive regard*) sur les participantes avec lesquelles il faut avoir une grande proximité culturelle. Elle a nous a permis de décoloniser les pratiques méthodologiques (Smith, 1988 ; Lévy, 2018) qu'on nous a enseignées à l'université. Les ateliers de dialogue local nous ont fait comprendre que le rapport entre les savoirs paysans et la promotion de la santé se focalise sur une pensée cosmocentrée, laquelle se caractérise par la non-séparation entre l'Homme, le monde d'en bas et le monde d'en haut (ontologie relationnelle), ou par une durabilité complexe (interdépendance entre les humains, les non-humains, les forces naturelles et sacrées). Les modes de pensée et d'action alternatifs en promotion de la santé nous incitent à remettre en question la

pensée unidimensionnelle anthropocentrée qui constitue essentiellement la nappe phréatique de la recherche conventionnelle en promotion de la santé. L'écologie des modes de pensée et d'action devrait être la pierre angulaire de la promotion de la santé du futur.

BIBLIOGRAPHIE

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Benveniste, É. (1974). *Problèmes de linguistique générale*, t 2. Paris : Gallimard.
- Damus, O. (2020). *Les futurs de l'éducation au carrefour des épistémologies du Nord et du Sud*. Document commandé pour le rapport de l'initiative *Les futurs de l'éducation de l'UNESCO* (à venir, 2021).
- Freire, P. (1975). *Conscientisation*. Genève : Conseil œcuménique des églises.
- Freire, P. (1978). *L'éducation : pratique de la liberté*. Paris : Cerf.
- Freire, P. (1980). *Pédagogie des opprimés*. Paris : La découverte.
- Jourdan, D. (2010). *Éducation à la santé. Quelle formation pour les enseignants ?* Saint-Denis : Inpes.
- Lévy, J. (2018). *Décolonialisme méthodologique*. Paris : Archives contemporaines.
- Smith, L. T. (1988). *Decolonizing methodologies: research and indigenous People*. New York: Zed Books/ Dunedin: University of Otago Press.

NOTES

1. Le mot *matrone* vient du latin, *matrona*, de *mater* (mère) avec un suffixe augmentatif, selon une dérivation similaire à *pater* (père), *patron*. La *matrone* est surtout valorisée là où il n'y a pas de formation médicale pour les femmes qui désirent apprendre formellement le métier d'accoucheuse. Une *matrone*, selon nos données empiriques, est une personne qui n'a pas de profil médical pour exercer légalement sa profession. La *matrone* est-elle vraiment « une accoucheuse qui exerce illégalement sa profession » ? Nous pensons que c'est une personne qui est acceptée et valorisée par les membres de sa communauté rurale d'appartenance. Si le mot *matrone* désignait une femme sage, celui de *sage-femme* (mot composé) serait le résultat du processus de synthémisation des mots *femme* et *sage*. L'antéposition de l'adjectif *sage* au mot *femme* (*sage-femme*) semble être liée à un effet d'emphase : il s'agirait d'abord d'insister sur les vertus de l'accoucheuse traditionnelle. Le mot *matrone* existe en créole (*matwòn*). Mais c'est son synonyme « *fanm chay* » qui est le plus utilisé. On ne doit pas traduire le terme créole « *fanm chay* » par *sage-femme*. Le calque n'est pas toujours un bon procédé de traduction. Contrairement aux *matrones*, la *sage-femme*, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est « une personne qui a suivi un programme de formation reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue ou licenciée en tant que *sage-femme* ». En français de France, le terme de *matrone* a acquis une acception péjorative. En Haïti, il s'emploie dans un sens mélioratif. Le terme créole « *fanm chay* » doit être traduit par

matrone ou sage-femme traditionnelle. La « *fanm-chay* » (femme de peine [sens imagé]) est une personne qui se met dans la peau de la femme en travail afin de l'aider à faire face à ses souffrances émotionnelles, physiques et psychologiques éphémères. Les matrones permettent aux femmes en couches de développer des savoirs expérientiels sur la naissance en les incitant à participer activement au processus de l'accouchement. Elles sont des illettrées-savantes.

2. Les mambos sont des femmes mystiques qui, comme les houngans, jouent un rôle dans le dénouement des accouchements difficiles. Ce sont des guérisseuses qui, comme leurs homologues masculins, doivent être possédées par un *lwa*-guérisseur (*lwa ki geri*) pour traiter des malades. Elles exploitent les vertus thérapeutiques des plantes et utilisent des produits ethnopharmaceutiques.

3. Le mot *médecin-feuille* (ou *docteur-feuille*) est une composition qui résulte de la juxtaposition linéaire de deux éléments basiques : médecin et feuille. Un médecin-feuille est un guérisseur qui utilise des plantes (et/ou des prières) pour soigner (phytothérapeute traditionnel) ou pour opérer des guérisons. Les médecins-feuilles n'utilisent pas de *lwa*-guérisseurs pour guérir des maladies, à la différence des mambos ou des houngans. Les termes *houngan*, *mambo*, *médecin-feuille* (ou *docteur-feuille*) ont en commun *guérisseur* comme genre prochain. Les mots *médecin-feuille* et *docteur-feuille* ont été l'objet d'une petite adaptation phonético-graphématique. Nos observations empiriques ne nous permettent pas de faire une différence entre médecin-feuille et docteur-feuille. Pour nous, il existe une relation synonymique parfaite entre les deux termes.

4. Houngan est un mot créole qui apparaît sous de très nombreuses formes : *oungan*, *ougan*, *ongan*, *wougan*, *woungan*, *hougan*, *gangan*, *ganga*, v. Valdman *et al.* 2007, 523 ; Fattier 1998, t. 1, p. 587 et 5. 4, p. 492, carte n° 1338. Il paraît que ce mot est d'origine africaine : il viendrait du fon *hūgā* « grand chef féticheur » (Baker 1993 : 147) ou du mot swahili *muganga* qui signifie l'homme qui soigne. En lingala et dans beaucoup d'autres langues de la République Démocratique du Congo, *nganga* (*monganga*, *munganga*) signifie guérisseur (médecin traditionnel) et féticheur. Le mot *houngan* viendrait aussi du ghomala (l'une des onze langues bamilékées utilisées au Cameroun) « *ngan kang* », qui signifie gens mystérieux ou magiques. Un houngan est un prêtre du vodou qui, pour guérir des malades, doit être possédé par un esprit, communément appelé *lwa*. Il utilise des plantes médicinales et des produits ethnopharmaceutiques.

5. Dans cet article, le féminin l'emporte sur le masculin (la majorité des personnes ayant pris part à nos premiers ateliers de dialogue local sont des femmes. Aucun homme n'a participé à notre plus récent atelier de dialogue local). Le pronom « elles » renvoie aussi à la personne humaine.

6. En 2016, des données ont été recueillies auprès des matrones de *Nan Mango* et *Lanbenkèt*, deux communautés rurales qui se rattachent administrativement à la ville de Jérémie.

7. Le lendemain, un sage-homme traditionnel et deux matrones de la communauté de Pimentière où s'est déroulé l'atelier de dialogue local sur l'accouchement traditionnel ont été interviewés à leurs domiciles respectifs.

8. Cependant, à Baintet, c'est à l'issue de notre atelier de dialogue que nous avons offert un déjeuner aux participantes.

9. Le petit déjeuner et le repas de midi ont été offerts gratuitement aux participantes.

10. Les participantes de l'atelier de dialogue local contribuent à l'utilisation durable et à la conservation de la biodiversité et des écosystèmes de plusieurs manières. En ce qui concerne les matrones, elles ont l'habitude de planter un arbre (cocotier, manguier, chêne) avec le reste du cordon ombilical du bébé. Certaines familles rurales pratiquant une religion importée s'opposent à cette pratique culturelle positive. Celles qui fréquentent les Églises baptistes pensent que l'enfant, quand il sera grand, pourra adorer cet arbre. « Beaucoup de familles acceptent que nous plantions un arbre avec le reste du cordon ombilical. Cependant, les Baptistes s'opposent à cette pratique sous prétexte que les familles lui accordent une dimension magique. Ces dernières pensent que nous pouvons faire du mal à l'enfant via cette pratique », raconte une matrone. Des matrones ont renoncé à cette pratique après avoir suivi un séminaire. Nous leur avons suggéré de

continuer à enterrer le cordon ombilical avec un arbre fruitier. Plusieurs d'entre elles nous ont dit qu'elles mettraient notre conseil en application. « J'exerce le métier de matrone depuis 17 ans. Je n'ai jamais enterré le cordon ombilical avec un arbre fruitier. On ne nous a jamais demandé de le faire lors d'un séminaire de formation. On ne peut pas planter un arbre fruitier avec le reste du cordon ombilical, car si l'enfant tombe malade, ses parents pourront te faire un procès. Tu iras à Port-de-Paix. Maintenant, je m'engage à enterrer avec un arbre fruitier le reste du cordon ombilical des futurs bébés de mes propres filles. Même si je suis une femme plus ou moins âgée, une femme d'expérience, tu sais mieux que moi ce dont tu me parles. Je mettrai donc ton conseil en application. Mais je n'enterrerai pas avec un arbre fruitier le cordon ombilical du bébé d'une personne extrafamiliale. Néanmoins, si celle-ci me demande de le faire, je le ferai. Je ne le ferai pas spontanément. » Une autre participante raconte : « Dieu m'a donné six enfants. Chacun possède un cocotier. Leur papa a enterré leur cordon ombilical avec cet arbre. »

11. Nous avons une matrone de Jean-Rabel qui a attrapé le VIH dans le cadre de son métier. Puisqu'elle exerce celui-ci *gratis pro communitas*, elle mérite d'être aidée.

12. En France, au 19^e siècle, la médecine a emprunté aux matrones des techniques employées depuis des siècles pour réanimer les nouveau-nés : « Si l'enfant naît inanimé, on pratique le massage du sein gauche ou le bouche-à-bouche, on lui souffle dans le nez, on lui frictionne les tempes à l'alcool, on lui fait couler un peu de vin dans la bouche, on lui introduit une plume au fond de la gorge, on le place près du feu pour le réchauffer, on le secoue même en tous sens s'il le faut dans l'espoir de le faire revenir à la vie. Pendant longtemps, la médecine ne fait que reprendre ces différentes techniques pratiquées déjà par les matrones depuis des siècles. » (Mergnac *et al.*, 2011 : 48)

13. L'utilisation du français ou du *franci-créole* (galimatias linguistique fabriqué par les personnes qui savent lire et écrire) dans la recherche en promotion de la santé auprès des créolophones unilingues renforce la ligne abyssale qui existe entre ces deux acteurs. Les témoignages présentés dans cet ouvrage ont été traduits du créole.

14. Un sage-homme traditionnel nous a raconté avoir donné 500 gourdes à un père de six enfants qui voulait couper un manguier pour satisfaire un besoin d'argent.

RÉSUMÉS

En Haïti, les titulaires de connaissances locales et autochtones (matrones¹, mambos², médecins-feuilles³, hougans⁴...) vivant en milieu rural sont des exclues de la parole. En 2016, nous les avons invitées⁵ à rompre la culture du silence en leur demandant de participer à un atelier de dialogue local de plusieurs jours sur le rôle de leurs savoirs dans la prise en charge de la santé des mères et des enfants dans les communautés. Contrairement à ce que beaucoup d'entre nous pensent, ces personnes ne sont pas des idiots culturelles, mais, pour la plupart d'entre elles, des illettrées-savantes qui ont développé des savoirs aux dimensions multiples afin de gérer, de façon constante, leur propre santé et celle des autres (étrangers, membres de la famille natale et de la communauté). Grâce à leur participation aux ateliers de dialogue, elles ont pris davantage conscience du fait qu'elles sont des trésors humains vivants et des promotrices traditionnelles de la santé qui jouent un rôle important dans la durabilité humaine (résilience communautaire) et environnementale. Notre relation de confiance et notre grande proximité culturelle avec les participantes ont contribué à la réussite des ateliers de dialogue, réussite qui a fait voler en éclats le mythe du lien nécessaire entre la condition paysanne et l'ignorance absolue. En 2020, un

atelier de dialogue local sur l'accouchement à domicile a été réalisé en vue de confronter les savoirs de ces personnes avec les témoignages des mères. L'objectif de cet article est de présenter notre démarche méthodologique.

In Haiti, holders of local and indigenous knowledge (matrons, mambos, leaf doctors, houngans...) living in rural areas are excluded from speaking out about health promotion. In 2016, we invited them to break the culture of silence by asking them to participate in a multi-day local dialogue workshop on the role of their knowledge in the care of maternal and child health in communities. Contrary to what many of us think, these people are not "cultural idiots", but, for the most part, illiterate scholars who have developed multidimensional knowledge in order to manage, on an ongoing basis, their own health and that of others (including strangers as well as members of their biological family and their community). Through their participation in the dialogue workshops, they became more aware that they are living human treasures and traditional health promoters who play an important role in human (community resilience) and environmental sustainability. Our trusting relationship and close cultural proximity to the participants contributed to the success of the dialogue workshops, a success that shattered the myth of the mandatory link between the rural dwellers' situation and absolute ignorance. In 2020, a local dialogue workshop on home birth was conducted to confront the knowledge of these people with the testimonies of the mothers. The objective of this article is to present our methodological approach.

INDEX

Keywords : local dialogue workshop, home birth, knowledge, local and indigenous knowledge holders, health promotion, human and environmental sustainability

Mots-clés : atelier de dialogue local, accouchement à domicile, savoirs, titulaires de connaissances locales et autochtones, promotion de la santé, durabilité humaine et environnementale

Index géographique : Haïti

AUTEUR

OBRILLANT DAMUS

State University of Haiti, oobillant@yahoo.fr