

## PROMOUVOIR LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT À LA RÉUNION DE 1946 À 1990

Émeline DE BOISVILLIERS  
Docteur en histoire  
OIES, Université de La Réunion

**Résumé :** Entre 1946 et 1990, le domaine de la périnatalité connaît à La Réunion de nombreux bouleversements. Malgré l'acquisition du statut de département français en 1946, La Réunion présente tous les aspects du sous-développement avec une mortalité maternelle et infantile élevée. La départementalisation est donc introduite dans un contexte sanitaire préoccupant. Il faut attendre le courant des années 1970 pour que la santé des mères et des jeunes enfants donne lieu à de multiples interventions des pouvoirs publics. Dans le cadre des politiques de santé, les stratégies de soins mises en place tout au long des années 80 montrent une nette évolution des indicateurs de santé.

**Mots-clés :** périnatalité, santé, mères, enfants, Réunion.

**Abstract:** *Between 1946 and 1990, there have been an upheaval in the perinatal sector. Despite the acquisition of the French département in 1946, Réunion island shows a backwardness aspect in maternal infant mortality. The département status has been introduced due to poor health outcomes. In the 70's, government involvement has stepped in for mother's health and young children. In health policy, health care strategies established during the 80's have determined an important trend in health.*

**Keywords:** *Perinatal, health, mothers, childrens, Reunion*

Avant la départementalisation et l'instauration de mesures sociales, seule une minorité de la population peut faire appel à un médecin et accéder aux soins. La pauvreté s'accompagne d'une grande précarité des conditions de vie : habitats vétustes voire insalubres, malnutrition, hygiène insuffisante qui présente de lourdes conséquences sur la population. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, bien qu'épargnée par les combats, La Réunion présente toutes les caractéristiques d'une société de plantation sous-développée, avec une prédominance des maladies infectieuses et une mortalité maternelle et infantile élevée<sup>1</sup>. Même si depuis 1909 le Service de Santé et d'Hygiène publique propose et prescrit les mesures à prendre en vue de protéger la vie et la santé des mères et des enfants, les indicateurs de santé progressent peu. Le premier enjeu est de lutter contre la mortalité

---

<sup>1</sup> André SCHERER, *La Réunion*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? », 1980.

maternelle et infantile, mais le manque de professionnels et de structures adaptées, aggrave une situation déjà préoccupante. La mortalité des enfants est excessive et plus élevée que la mortalité générale. Celle-ci est notamment causée par les mauvaises conditions d'accouchement ou encore par les maladies diverses. Même si les moyens sont limités, la départementalisation voit l'émergence de nouvelles politiques de prévention largement inspirées par les médecins et les femmes soignantes. Si l'encadrement médical insuffisant pousse certaines femmes réunionnaises à avoir recours aux soins transmis par les matrones<sup>2</sup>, d'autres justifient ce recours aux accoucheuses pour des raisons culturelles. L'art de l'accouchement fait en effet appel à un ensemble de représentations et de savoir-faire transmis essentiellement par la parole et le geste dans le monde des femmes, en dehors de la médecine<sup>3</sup>. Tout au long du XX<sup>e</sup> siècle, la grossesse, la naissance et la petite enfance sont de véritables enjeux pour les pouvoirs publics et les acteurs politiques. L'arrivée de professionnels bien formés insufflé des modifications rapides du secteur sanitaire. La promotion par l'éducation individuelle et collective de la santé mais aussi l'évolution des techniques de soin en obstétrique et en pédiatrie améliore les indicateurs périnataux. Les politiques publiques commencent alors à se focaliser sur la période périnatale. En croisant des documents d'archives composés de rapports, de documents administratifs, de coupures de presse, de correspondances, avec des entretiens réalisés auprès de professionnels de santé, nous montrons quelles mesures sont mises en place en matière de promotion et d'éducation à la santé et comment elles sont appréhendées, notamment par les mères.

## **I) PENSER ET AGIR POUR LUTTER CONTRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET INFANTILE DÈS 1946.**

La situation sanitaire de l'île demeure préoccupante durant la première partie du XX<sup>e</sup> siècle. En effet, les quelques services hospitaliers sont submergés par des pathologies liées à des carences multiples, à la dénutrition, aux parasites et aux conditions socio-économiques. Les actions mises en place comme la protection de l'enfance en 1913, puis l'Aide médico-sociale (AMS) en 1934 (cette dernière étant mise en place sous l'impulsion du docteur Raymond Vergès, directeur des services de santé) ne peuvent répondre aux besoins de la population. Le programme d'hygiène sociale débute alors avec la création de la Protection maternelle et infantile (PMI).

### **A. UNE NOUVELLE POLITIQUE DE PRÉVENTION SANITAIRE : LA PMI**

En 1947, sur 9 893 naissances comptabilisées à La Réunion, 1 430 décès d'enfants sont déclarés, soit 144‰. La mortalité infantile du département est comparable à celle observée en métropole à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle<sup>4</sup>. Afin de protéger les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans, est créée la PMI. La politique publique qui permet la mise en place de la PMI est instituée en métropole au lendemain de la guerre par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Toutefois, celle-ci n'est appliquée dans son intégralité qu'à partir de 1950, avec sa mise en place à La Réunion. Ce retard s'explique par le fait que l'île ne connaît que très lentement les effets de la Loi du 19 mars 1946 qui fait d'elle un département français, ce qui lui vaut l'expression de « département abandonné »<sup>5</sup>. Une expression qui

---

<sup>2</sup> Pascale HANCART PETITET, *L'art des matrones revisité. Naissances contemporaines en question*. Paris, Faustroll Descartes, 2011.

<sup>3</sup> Laurence POURCHEZ, *Savoirs des femmes, Médecine traditionnelle et nature (Maurice, Réunion, Rodrigues)*. Paris, UNESCO Publishing, 2011.

<sup>4</sup> Archives départementale de La Réunion (ADR), série GB 1693, « Rapport sur le département de La Réunion par J. Finance », avril 1948.

<sup>5</sup> Yvan COMBEAU, « La départementalisation de mars 1946 : La rupture sur la voie de l'attachement ». *Revue Historique de l'océan Indien n°13, Les ruptures dans l'histoire de La Réunion*, 2016, pp.33-42.

traduit l'absence de réalisations concrètes en termes d'infrastructures médicales et sociales tout au long des années 1950. En effet, les besoins immédiats de la France métropolitaine d'après-guerre ont vite détourné l'engagement entrepris en 1946. Face à l'accumulation des retards en termes d'investissement auxquels s'ajoutent les effets dévastateurs des cyclones d'avril 1945 et de janvier 1948, amertume et désillusion s'installent ainsi au sein de la population. En avril 1948, dans son rapport sur le département de La Réunion, Jean Finance, Inspecteur Général conclut que la situation sanitaire de l'île est préoccupante. La mortalité infantile et maternelle doit être combattue plus énergiquement et devient alors une priorité des autorités publiques. La mortalité infantile résulte d'une mauvaise alimentation, d'une surveillance médicale des femmes enceintes insuffisante et d'une hygiène précaire à l'origine d'infections fréquentes et de maladies contagieuses. Ainsi, l'ordonnance du 2 novembre 1945 met en place la protection médicosociale des femmes et des enfants, de la naissance à six ans. Avant la départementalisation, les consultations de suivi de grossesse et de pédiatrie préventive sont réalisées dans des dispensaires communaux et à domicile par des sages-femmes visiteuses du service d'Assistance médicosociale. Puis, dès l'application de l'ordonnance, les centres de PMI utilisent les maternités départementales et communales et peuvent bénéficier de l'aide des sages-femmes visiteuses. Entre 1945 et 1947, les élèves de l'école de sages-femmes sont nommées. Rémunérées par le service de santé, elles n'exercent pas en maternités, mais consultent dans les dispensaires, et se déplacent au domicile des femmes pour les accouchements et les soins de suites de couches. La création de ce corps a pour but de réduire la mortinatalité. Ces sages-femmes sont des infirmières libérales et opèrent dans les localités les plus éloignées comme à l'Entre-Deux, à Saint-Joseph, à la Plaine des Palmistes, ou encore à Cilaos. Il convient de préciser que le département comptabilise seulement vingt sages-femmes assistantes en 1946. Même si leurs actions en libérale permettent d'augmenter les accouchements en maternité, les sages-femmes libérales et les AMS ne font pas pour autant reculer le travail des matrones qui continueront à pratiquer les accouchements à domicile dans les hauts et les communes les plus reculées de l'île jusqu'en 1970<sup>6</sup>. En 1946, l'assistance médico-sociale comptabilise 1 075 consultations prénatales contre 7 777 en 1947, et 20 220 consultations d'enfants de 0 à 5ans<sup>7</sup>. La Maternité départementale de Saint-Denis créée en 1904, quant à elle, réalise 3 242 consultations prénatales.

## B. LES ACTIONS DE LA PMI

Le premier centre de la PMI se situe à Saint-Denis et des centres secondaires ouvrent à Saint-Paul, Saint-Pierre et Saint-Benoît. En 1952, le département compte 61 centres de PMI. Les différents rapports annuels de la Direction départementale de la santé (DDS) indiquent une évolution majeure de la PMI puisqu'en 1960, 79 dispensaires desservent les 23 communes du département et 96 en 1970<sup>8</sup>. Chaque centre de PMI est placé sous la responsabilité d'un médecin, qui encadre une sage-femme et/ou une puéricultrice, une infirmière et une auxiliaire de puériculture. Il y a au moins une fois par mois une consultation pré et post-natale. Au sein des grands centres, ces consultations sont hebdomadaires et assurées, en principe, par le médecin de PMI, à défaut par la sage-femme. Les professionnels de PMI donnent diverses recommandations aux mères en matière d'hygiène, d'alimentation, de soins aux nourrissons et aux jeunes enfants<sup>9</sup>. Les centres de

<sup>6</sup> Laurence POURCHEZ, « Les matrones réunionnaises. Éléments du folklore local ou actrices de l'évolution des conduites familiales et biomédicales liées à la grossesse et à la naissance ? » in Pascale HANCART (ed.), *L'art des matrones revisité*, Paris, Faustroll Descartes, 2011, pp. 29-58.

<sup>7</sup> ADR, série GB 1693. Rapport sur le département de La Réunion par J. Finance, avril 1948.

<sup>8</sup> ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1956-1969 ».

<sup>9</sup> Anne HUGON, *Être mère en situation coloniale (Gold Coast, années 1910-1950)*. Paris, Éditions de La Sorbonne, 2020.

PMI sont alors chargés de prévention sanitaire et non de soin. En effet, les décès sont essentiellement dus aux conditions de vie de l'enfant (l'alimentation, l'hygiène) ou liés à la naissance. Selon Madame Sammartano, sage-femme à La Réunion depuis 1979, « Les conditions de la naissance, les accouchements trop longs ou encore les infections des mamans et/ou des bébés étaient les principales causes de la mortalité »<sup>10</sup>. Le service de PMI reste l'infrastructure évidente du médico-social dans le département. Le Directeur la direction des Affaires sanitaires et sociales (DASS) souligne que le dévouement du personnel est exemplaire, mais ne suffit pas. En effet, l'insuffisance de personnels qualifiés reste un obstacle à l'extension de leurs activités. Cette carence est d'autant plus importante pour les médecins et les sages-femmes. En 1958, seulement 31 médecins, 25 sages-femmes et 10 infirmières sont répartis dans les 72 dispensaires<sup>11</sup>. Il est difficile de pouvoir obtenir un concours régulier de médecins vacataires. La PMI est peu considérée pour les médecins car essentiellement orientée vers le préventif. De fait, la médecine préventive est pendant longtemps perçue comme « féminine », d'autant plus qu'il s'agit de santé maternelle et infantile, domaine relevant des rôles féminins traditionnels. L'anthropologue Laurence Pourchez montre ainsi que les femmes restent « porteuses d'une part importante des savoirs traditionnels »<sup>12</sup>. Les savoirs des femmes sont liés au corps, à la maternité, aux enfants, à l'utilisation de remèdes, pour aider à l'accouchement ou encore relatifs au traitement des maladies infantiles. Par ailleurs, la faible rémunération des médecins vacataires, qui n'a pas réellement évolué depuis 1950, n'est pas de nature à faciliter le concours de ces médecins : « les dispensaires de PMI ont toujours manqué de médecins, car ils sont mal payés et ne veulent pas faire de préventions »<sup>13</sup> explique ainsi l'une des infirmières travaillant en PMI. Pourtant, même si le nombre de médecins et de femmes soignantes reste insuffisant, les centres rencontrent un certain succès auprès des Réunionnaises. Tous les chiffres montrent que femmes et enfants viennent en très grand nombre aux consultations. Les rapports annuels de la DASS pour l'année 1960, font état de 23 349 consultations maternelles et de 75 050 consultations infantiles pour 79 centres en fonction<sup>14</sup>. Cet engouement peut se justifier par une nouvelle action de la PMI, à savoir la distribution de lait en poudre aux familles les plus nécessiteuses. En dehors des consultations les mères doivent présenter le carnet de santé de l'enfant pour obtenir le lait sec. Et malgré le nombre respectable de dispensaires, les mères doivent parfois parcourir des kilomètres en raison de l'éparpillement de l'habitat dans le département.

Par ailleurs, les médecins installés en libéral ne voient pas toujours d'un très bon œil un discours politique qui tend à justifier l'améliorer des conditions de santé des mères et de leurs enfants par l'unique mise en place de la PMI. Ils n'hésitent pas à exposer leur mécontentement face à cette volonté de « détruire la part prise par les médecins libéraux dans l'amélioration de la santé dans l'île »<sup>15</sup>. Le syndicat des médecins dénonce les actions de « racolage » de la DDASS qui donne l'impression que la santé dans le département s'améliore uniquement grâce à elle. Les centres de PMI sont accusés de « racoler » grâce à la distribution de boîtes de lait et de faire pression par le biais de campagnes sur les mères de famille pour qu'elles aillent consulter dans les PMI plutôt que chez les médecins de ville. Ces derniers évoquent le « recrutement » systématique que subissent les familles de la part du personnel de la PMI et de la DDASS. Il est vrai que si beaucoup de mères amènent leurs

<sup>10</sup> Entretien du 20 juillet 2017, Mme Sammartano, sage-femme à la maternité du CHU de Saint-Denis.

<sup>11</sup> ADR, série 2PER964. Rapports annuels de 1956-1969.

<sup>12</sup> Laurence POURCHEZ, *Savoirs des femmes, Médecine traditionnelle et nature* (Maurice, Réunion, Rodrigues), Paris, UNESCO Publishing, 2011, p.35.

<sup>13</sup> Entretien du 30 mars 2019, Claudine Mussard, infirmière puéricultrice, maternité, PMI.

<sup>14</sup> ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1956-1969 ».

<sup>15</sup> ADR, série 667PA63, Extrait du journal « *Le Quotidien de La Réunion* » en date du 18 mai 1981.

enfants en consultation, d'autres ne voient plus l'intérêt de venir en consultation après la vaccination si l'enfant est bien portant :

*« Une fois vaccinées, certaines mères ne jugent plus nécessaire de présenter l'enfant. Cela est fort regrettable car à cet âge, beaucoup d'enfants présentent des maladies carenciales. Pour cela, les femmes soignantes allaient à pied à la rencontre des mères et des enfants à leur domicile »<sup>16</sup>.*

D'après la chef de la PMI, cette « rivalité » entre les médecins de la PMI et les médecins libéraux n'aurait pas eu lieu d'être, tout le monde ayant sa place. Il est incontestable que la multiplication des cabinets médicaux sur le secteur et l'amélioration générale de la santé des enfants entraînent une diminution du nombre de consultations quotidiennes pour chaque cabinet. Le service de PMI sert donc de « bouc émissaire »<sup>17</sup> à des médecins de ville qui voient leur activité modifiée. Afin d'améliorer la collaboration entre les médecins libéraux et les médecins de PMI, il est décidé par le syndicat des médecins et la DDASS que le libre choix du médecin soit respecté et qu'il n'y ait aucun problème si la famille souhaite être suivie conjointement par le médecin libéral et celui de la PMI. Mais les différents accords ne semblent pas satisfaire les médecins libéraux, puisqu'ils « souhaitent vivement voir clarifier les positions de la PMI » qui sort selon eux « du cadre de [ses] attributions »<sup>18</sup>. Les médecins libéraux ne veulent pas voir disparaître ces structures en tant que telles, mais ils souhaitent que celles-ci exercent strictement dans leur domaine de compétence. Malgré les relations distendues entre professions libérales et acteurs de la PMI, une réelle complémentarité entre les acteurs de santé demeure indispensable. La protection de la santé des populations est mission commune et leurs interventions sont indissociables dans un système de santé moderne<sup>19</sup>. Les changements préconisés par les pédiatres et les spécialistes vont dès lors permettre une amélioration des indicateurs de santé.

## **II) ACTEURS ET ACTRICES DES ÉVOLUTIONS TECHNIQUES ET SANITAIRES**

Les années 1970 incarnent l'entrée du département dans la mise en place de politiques périnatales, dans le perfectionnement des structures hospitalières et des pratiques de soins. Les professionnels font face à différentes pathologies qui touchent le département. Leur priorité est de promouvoir la santé par l'éducation collective et individuelle, mais aussi de dénoncer les conditions d'accouchement, responsables à leurs yeux de morts néonatales et de handicaps. Dès le milieu des années 1970, la santé des mères et des jeunes enfants donne lieu à de multiples interventions des pouvoirs publics.

### **A. LA PROMOTION DE LA SANTÉ PAR L'ÉDUCATION COLLECTIVE ET INDIVIDUELLE**

Parmi les événements qui ont marqué l'essor du progrès technique, la baisse de la mortalité infantile est peut-être celui qui a le plus contribué à modifier la façon de vivre de la population réunionnaise. Les problèmes de santé liés aux maladies infectieuses à La Réunion sont très différents de ceux de la France métropolitaine. Cela est lié à l'environnement tropical de l'île et aux micro-organismes en cause. En effet, comme La Réunion est située en zone intertropicale, son climat chaud et humide est un terrain privilégié pour l'accroissement de nombreux parasites. Les maladies parasitaires demeurent jusqu'à aujourd'hui à l'état endémique dans toute l'île, avec des conséquences importantes

---

<sup>16</sup> Entretien du 30 mars 2019, Claudine Mussard, infirmière puéricultrice, maternité, PMI, toujours en activité.

<sup>17</sup> Entretien du 17 mars 2018, Rochat Colette, pédiatre, médecin chef de PMI, 32 années d'expérience professionnelle.

<sup>18</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA63, « Journal de l'île de La Réunion » du 7 avril 1986, p.5.

<sup>19</sup> Didier TABUTEAU, « Pouvoirs publics et professions de santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 26, n° 1, 2010, pp. 103-121.

sur la santé générale de la population, et sur la santé infantile en particulier. Mais ces pathologies sont aussi directement liées aux conditions de vie et au niveau du développement de La Réunion. Médecins et autorités portent alors une attention particulière à la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires. En 1969, le ministère de la santé publique et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) confient au Professeur Larivière de la Faculté de Médecine de Paris la mission d'évaluer la situation réelle de l'endémie parasitaire entérique<sup>20</sup> à La Réunion et d'étudier les méthodes d'actions sanitaires à mettre en place afin d'éradiquer ces maladies. Le rapport révèle un taux d'infestation de 95% des enfants examinés de moins de 15 ans, un taux de mortalité infantile important (50‰ contre 17‰ en Métropole), 50 à 60% d'enfants sous-nutris et plus de 50% d'enfants anémiques<sup>21</sup>. Le Centre International de l'Enfance conclut alors que La Réunion se place au rang des régions du monde les plus parasitées grâce à l'étude des dossiers d'enfants hospitalisés. Les différents sujets reçoivent des traitements médicamenteux, mais malgré l'action curative 53% des sujets traités restent parasités. Le traitement ne comporte en général qu'une seule cure qui n'élimine pas tous les ascaris. De plus, certains traitements ne résultent pas toujours d'une prescription médicale. Bien souvent, les familles ne consultent un médecin qu'après avoir épuisé les ressources locales de la médecine et la pharmacopée traditionnelles<sup>22</sup>. Le stade d'évolution de la maladie retarde ou complique le traitement, et l'échec des différents soins est parfois dominé par des réinfections permanentes. Si cette importante endémie parasitaire entérique est extrêmement lourde pour l'individu, elle l'est aussi pour la collectivité. Les cabinets médicaux et les services hospitaliers sont submergés par des pathologies de carences multiples liées aux parasitoses et aux conditions socio-économiques. Les services de pédiatrie sont occupés pour environ un tiers par des enfants parasités. Au début des années 1970, dans le service de pédiatrie (73 lits) de l'hôpital Félix Guyon à Saint-Denis, 867 hospitalisations sont comptabilisées dont 189 enfants (soit plus de 1 sur 5) hospitalisés pour parasitose seule et 76 pour dénutrition associée aux parasitoses. En effet, l'enfant est malnutri parce que parasité et il est infesté parce que mal nourri dans un « milieu » pollué. Les 189 enfants hospitalisés entraînent 4 725 journées d'hospitalisations dont le coût se chiffre à 33 216 750 francs CFA. En ajoutant les 76 parasitoses associées et les cas liés à la dénutrition, durant le seul premier semestre de 1970 les coûts d'hospitalisation s'élèvent à 45 871 750 francs CFA<sup>23</sup>. Trois actions peuvent être envisagées afin de rompre définitivement la chaîne épidémiologique de transmission : l'action médicamenteuse, l'assainissement et l'hygiène du milieu ainsi que l'éducation sanitaire. Toutefois, jusqu'à la fin de l'année 1969 l'éducation sanitaire est pratiquement inexistante à La Réunion. En octobre 1969, le Comité départemental d'Action sanitaire et sociale, organe consultatif créé en 1967, s'accorde sur un programme sanitaire urgent à mettre en œuvre. Le comité souhaite créer à La Réunion comme en métropole une association d'éducation sanitaire et sociale dont le but est « la promotion par l'éducation individuelle et collective, de la santé physique et mentale, ainsi que la promotion sociale »<sup>24</sup>. La mission du Professeur Larivière aboutit l'année suivante à la création de l'Association réunionnaise d'éducation sanitaire et sociale (ARESS) et en 1971 à la création du Laboratoire départementale d'épidémiologie et d'hygiène du milieu. Parmi les orientations données au projet, l'enjeu de l'hygiène du milieu et de la lutte contre les parasitoses est

<sup>20</sup> Parasites qui se trouvent dans les intestins.

<sup>21</sup> ADR, série 1447W1, « Les parasitoses intestinales humaines dans l'île de La Réunion. Rapport de mission du Pr. M. Larivière de la faculté de médecine de Paris ».

<sup>22</sup> Albert LOPEZ, « La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986 : bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un département d'Outre-Mer », in *Annales de Géographie*, t. 98, n°546, 1989, pp. 152-178.

<sup>23</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA42, *Annales de Parasitologies*, t.48, n°2, 1973.

<sup>24</sup> ADR, série 1542W42, ARESS, 1973.

majeur. L'objectif principal est d'établir le contact avec la population par des moyens audiovisuels pour qu'elle prenne conscience de son rôle dans la prise en charge de l'amélioration de ses conditions de vie sur le plan sanitaire. L'action première de l'ARESS débute avec l'amélioration des conditions de vie et de logement de la population. Les critères socio-démographiques et l'état de l'habitation sont en effet des causes importantes dans le parasitisme intestinal. Les logements sont généralement précaires, très rudimentaires et rarement raccordés au réseau de distribution d'eau et d'électricité. En 1967, sur 32 268 logements ayant l'eau courante, 2 170 ne possèdent pas de WC. Parmi les 45 317 habitations sans l'eau courante, 15 698 ne comptent aucuns WC. Même quand une eau correcte est distribuée, elle est la plupart du temps polluée lors de son transport et de son stockage. L'ARESS met ainsi à la disposition des familles un récipient servant au portage de l'eau avec une désinfection facile par javellisation. La marche à suivre pour le traitement de l'eau est enseignée aux familles par les différents moyens d'information à disposition, et notamment la radio. Cette dernière reste en effet le moyen le plus répandu car il ne nécessite pas d'électricité et touche les familles les plus isolées. Les tracts, les émissions télé, la presse sont aussi largement utilisés. À la fin des années 1980, le taux des logements raccordés à un réseau d'eau traitée s'élève à 94%. Toutefois les 6% restant n'ayant pas accès à l'eau traitée restent très défavorisés. Le taux d'enfants parasités atteint 63% lorsque le réseau d'eau reste non traité et 14% si celui-ci est propre à la consommation. L'absence de WC constitue toujours un risque particulier de parasitisme. Si dans les années 1950 à La Réunion jusqu'à 300 décès par an sont dus à des parasites, le risque d'une maladie infectieuse ou parasitaire est passé de 9,5 pour 1 000 naissances en 1965 à 6,9‰ en 1970 et 0,32‰ en 1983<sup>25</sup>. Pour les professionnels, « ce qui a été fait à La Réunion en matière d'hygiène, d'assainissement fut spectaculaire et la disparition de certaines maladies également »<sup>26</sup>. Dans la lutte contre la mortalité infantile, les mesures d'hygiène, d'éducation sanitaire et d'assainissement ont permis la baisse des décès d'enfants liés aux facteurs « exogènes ». Les maladies infectieuses voient leur pronostic évoluer vers la guérison. Leur traitement avant tout préventif devient curatif. Mais la mortalité périnatale reste élevée et préoccupe les professionnels de santé. La périnatalité devient alors un domaine de recherche particulièrement important avec une prise de conscience quant à la question des handicaps physiques qui constitue l'un des problèmes de santé majeurs du département au début des années 1980. Pédiatres et obstétriciens s'attachent dès lors à renforcer la sécurité des naissances et développent des recherches sur le diagnostic prénatal ou la protection de la maternité.

## **B. L'ÉVOLUTION DE LA PÉDIATRIE : COMMENT DISPENSER DES SOINS ?**

Le premier hôpital pédiatrique du département est inauguré le 19 juin 1947 à Saint-Denis et est géré par l'Association Saint-François d'Assise (ASFA). Cette association, anciennement Hospice de Saint-François d'Assise, est créée en 1918 par Madame Louise Samat et n'a cessé d'évoluer. Cet établissement accueille et soigne bénévolement les enfants les plus démunis, avec à sa tête un



**Louise Samat, fondatrice de l'ASFA. (Source : Association Saint-François d'Assise)**

<sup>25</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, série 168PA31, « Enquête sur les parasitoses à La Réunion », 1979.

<sup>26</sup> Entretien du 4 juillet 2018, Alain Fourmaintraux, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Louis, trente-cinq années d'expérience professionnelle.

médecin, assisté de religieuses qui pour certaines font office d'infirmières. En 1953, l'hôpital pédiatrique voit arriver la première femme pédiatre de l'île en la personne de sœur Colette, de son vrai nom Henriette Gascuel. Elle est née le 19 mai 1919 à St Jean-du-Gard et passe toute son enfance au Maroc. De retour en France avec sa famille, elle entreprend à Paris des études de médecine. Elle se spécialise en pédiatrie sous la direction du professeur Robert Debré (père de Michel Debré, Premier ministre et député de La Réunion). Membre



**Sœur Colette à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis (Source : Collection du docteur Monique Sibout, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis)**

de la première équipe médicale sur la réanimation des prématurés en France, elle soutient sa thèse sur l'alimentation des nourrissons. En juin 1950, Henriette Gascuel entre à l'Institut des Franciscaines Missionnaire de Marie et arrive à La Réunion le 30 septembre 1953. En décembre 1955 elle y prononce ses vœux perpétuels et devient sœur Colette. Cette femme marque de son empreinte l'histoire de la pédiatrie à La Réunion, à la fois en tant que pionnière mais aussi parce qu'elle contribue à former plusieurs promotions d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture sur place. Dans une île où la malnutrition est importante, elle s'engage dans un projet architectural pour un « vrai » hôpital face au nombre grandissant d'enfants malades. La construction du deuxième établissement pédiatrique débute en 1952 à l'initiative du Père Favron<sup>27</sup> à Saint-Louis. Celui-ci sollicite l'État, le département et les communes afin d'obtenir des subventions, des dons et des legs. Le préfet Pierre Demange, premier préfet de La Réunion, s'inquiète de « l'état physique lamentable des enfants » et s'engage dans une politique d'aide pour l'émergence de cette institution, même si la législation ne prévoit pas d'aides aux établissements privés. L'hôpital ouvre ses portes en

<sup>27</sup> René Jean Baptiste Favron, dit Père Favron reçoit le 29 mars 1939 l'ordination sacerdotale. Il demande à être rattaché au diocèse de Saint-Denis de La Réunion, alors terre de mission. Il est le fondateur d'œuvres sociales et d'hôpitaux à La Réunion. À son arrivée à La Réunion le 17 juin 1939, il est confronté à des situations de misère et de souffrance extrêmes.





**Sœur Colette et le Professeur Robert Debré**  
(Source : Collection du docteur Monique Sibout)

nombre de patients est ainsi supérieur à la capacité d'accueil théorique et les prématurés sont alors élevés dans des boîtes de coton hydrophile par manque de places<sup>29</sup>. Mais dès le début des années 1960, l'hospice communal de Saint-Paul (1960), l'hôpital intercommunal de Saint-André et de Saint-Benoît (1961) ainsi que celui de Saint-Pierre (1963) viennent combler le manque de lits avec l'ouverture de nouveaux services de pédiatrie. En dehors des consultations externes qui relèvent de la PMI, les services de pédiatrie traitent et se consacrent essentiellement comme déjà évoqué aux maladies infectieuses et parasitaires. Jusqu'en 1972, aucun service destiné aux prématurés n'existe à La Réunion, alors que le premier service de néonatalogie français voit le jour en 1959 à Paris à l'initiative du Professeur Alexandre Minkowski<sup>30</sup>. Le 10 mars 1975, Sœur Marie-Thérèse Hervot, Vice-présidente de l'Association Saint-François d'Assise mais également supérieure de la Communauté des Sœurs Franciscaines Missionnaire de Marie à Saint Denis, sollicite le préfet afin d'obtenir l'agrément pour l'ouverture d'un nouveau service de prématurés à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis, comprenant cinq couveuses et cinq lits de pré-sortie supplémentaires. L'Association Saint-François d'Assise est tout à la fois l'organisme responsable de l'aménagement et de l'exploitation du service. Il ne s'agit pas de constructions mais de réaménagements. Ce service est appelé à desservir la même circonscription que celle de l'hôpital d'enfants de Saint-Denis (de Saint-Paul à Sainte-Rose) et est réservé en priorité aux prématurés malades ayant posé des problèmes de réanimation à l'accouchement : césarienne, problèmes respiratoires, infections, accouchements difficiles, et souffrance fœtale de manière plus générale. En 1976, l'hôpital d'enfants de Saint-Denis se retrouve dans une impasse avec le décès de Sœur Colette et la perte de la pédiatre qu'elle était. Le recrutement va alors se faire en métropole, avec l'arrivée d'infirmières et de pédiatres qui doit permettre de réduire le décalage technologique. Cette arrivée permet de réduire le décalage technologique avec la métropole. L'année 1952 voit l'avènement de la ventilation artificielle<sup>31</sup>, technique qui est adaptée aux nouveau-nés dans

mars 1953. Le succès de ces deux structures est immédiat auprès du public : l'hôpital d'enfants de Saint-Louis affiche un taux d'occupation de 91% en 1955 et celui de Saint-Denis un taux de 98%<sup>28</sup>. En dépit des taux d'occupation importants, ces deux structures restent jusqu'aux années 1960 les seules à pouvoir accueillir les enfants malades. Cette situation engendre alors, par manque de places et de personnels soignants, des refus d'hospitalisation. Le

<sup>28</sup> ADR, série 2PER964-1/6/8 ; « Rapports annuels de 1955, 1957, 1962 et 1968 ».

<sup>29</sup> Entretien du 12 août 2017, Michel Turquet, pédiatre hospitalier, libéral, 50 années d'expérience professionnelle.

<sup>30</sup> Nommé médecin des hôpitaux de Paris en 1959, il s'investit pleinement dans le développement de la néonatalogie, une discipline qui, grâce à l'application des techniques de la réanimation à la pédiatrie, est alors en plein essor. De 1958 à 1967, il dirige le Centre de recherches biologiques néonatales à l'hôpital Cochin Maternité Port-Royal de Paris

<sup>31</sup> Le Danois Lassen au cours d'une épidémie de poliomyélite inaugure la ventilation artificielle grâce à un appareil

les années 1960<sup>32</sup>. À La Réunion, c'est grâce aux compétences de deux pédiatres métropolitains qu'en 1976, l'hôpital d'enfants de Saint-Denis se dote du premier service de réanimation néonatale avec ventilation assistée. Le service de réanimation reçoit alors la totalité des nouveau-nés des autres maternités de l'île et est capable d'assurer des soins intensifs de haut niveau : le service de nouveau-nés possède dix lits, neuf couveuses et quatre respirateurs<sup>33</sup>. Il faut attendre 1979 pour que le sud du département se modernise avec l'ouverture du service de réanimation néonatale à l'hôpital d'enfants de Saint-Louis, ouvert depuis 1953. Au milieu des années 1980, le département de La Réunion compte trois services de néonatalogie à Saint-Denis (Centre hospitalier, hôpital d'enfants et clinique Sainte Clotilde) et deux services dans le sud (hôpital d'enfants de Saint-Louis et à l'hôpital de Saint-Pierre<sup>34</sup>). La Réunion est de mieux en mieux dotée en capital technique dans le secteur de la santé et les différents paramètres de la mortalité infantile sont divisés par deux, passant de 25,7‰ à 17‰ (9,9‰ en métropole) entre 1975 et 1979, et de 11,3‰ à 8‰ pour la mortalité néonatale précoce<sup>35</sup>. Mais les conditions de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois de la vie continuent d'interroger les spécialistes de la santé à La Réunion.



**Soignante au service des prématurés (Source : Collection du docteur Monique Sibout)**

mis au point par le Suédois Gunnar Engström.

<sup>32</sup> Bernard SALLE et Paul VERT, « Chronique historique. Néonatalogie : passé et présent », *Bulletin Académie Nationale de médecine*, n°6, 2013.

<sup>33</sup> La revue de pédiatrie, *La santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent à l'île de La Réunion*, Tome XXIV, n°6, Juin-Juillet 1988.

<sup>34</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, série 168PA AD7, Établissements hospitaliers, service de pédiatrie : rapports annuels 1983-1984.

<sup>35</sup> ADR, série 2PER964, « Rapports annuels de 1970 à 1979 ».

### III) LES OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ RELATIVE À LA GROSSESSE ET À LA NAISSANCE

Ainsi, en matière de périnatalité, La Réunion affiche au début des années 1980 des chiffres encore très médiocres. Dans les faits, les politiques publiques se sont avant tout concentrées sur les soins apportés au bébé, se souciant moins d'autres aspects pourtant primordiaux que sont notamment les soins apportés à la mère durant la grossesse et l'accouchement. Les professionnels de santé, les membres du Conseil général et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) souhaitent dès lors mieux sensibiliser les femmes enceintes et assurer des accouchements plus sûrs. Dans le même élan, il s'agit d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement.

#### A. PRÉVENIR POUR SAUVER

Si les composantes exogènes de la mortalité infantile ont rattrapé les niveaux métropolitains, la périnatalité et la mortinatalité sont respectivement 2 et 2,4 fois plus élevées qu'en métropole et il faut attendre les années 1965-1970 pour constater une chute significative de ces indices. Les conditions sanitaires des nouveau-nés sont en effet moins favorables qu'en métropole. L'analyse des causes de décès dans les rapports de la DDASS pour les bébés de moins d'un an en 1981-1982-1983, montre que les anomalies congénitales sont responsables de 18% des décès, quand les affections périnatales sont responsables de 43% du total de la mortalité infantile. Ces taux s'expliquent par une mauvaise surveillance de la grossesse de la mère quand elle n'est pas tout simplement inexistante. La surveillance prénatale se heurte à plusieurs obstacles. Certaines régions de l'île, notamment les Hauts et les Cirques, restent encore mal desservies sur le plan médical et ce malgré de réels efforts accomplis par les services de la PMI dans les décennies précédentes. De plus, par manque d'informations, certaines couches modestes de la population ont un suivi irrégulier. En retenant la catégorie socio-professionnelle, la mortinatalité enregistre des taux plus élevés chez les agriculteurs exploitants et salariés, chez les employés de maison et les inactifs, pour lesquels les accouchements à domicile sont plus fréquents que pour d'autres professions. Les affections périnatales incluent principalement la prématurité, le syndrome de détresse respiratoire du fœtus et du nouveau-né. Dans la mesure où ces pathologies sévissent principalement in utero et immédiatement après la naissance, leur prépondérance va de pair avec un accroissement du poids de la mortalité périnatale avant un an. La situation périnatale réunionnaise se caractérise par des taux de prématurité et de naissances de petit poids supérieurs aux taux métropolitains. Cette précarité sanitaire des nouveau-nés s'explique aussi par le mauvais état de santé relatif des Réunionnaises : problèmes d'alcoolisme, de diabète et d'hypertension sont notamment plus habituels qu'en métropole. Les problèmes liés à l'alcool se retrouvent notamment dans le Syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF), identifié sur l'île en 1976 par perception sensible grâce aux travaux de deux pédiatres<sup>36</sup>. Dans les années 1980, plusieurs travaux confirment la prévalence élevée des grossesses avec alcoolisation nocive sur l'île<sup>37</sup>. Mais ce n'est que vers le milieu des années 1990 que la prévention des effets de l'alcool sur le fœtus devient une priorité et est inscrit dans le Projet régional de Santé. C'est ainsi que se constitue un premier réseau de prévention, Réunionsaf. D'après les observations, le contexte socio-économique

---

<sup>36</sup> Paul LEMOINE, Henri HAROUSSEAU., Jean-Pierre BORTEYRU, « Les enfants de parents alcooliques. Anomalies observées. A propos de 127 cas », in *Revue Ouest Médical*, 1968.

<sup>37</sup> Jean Pierre TURRI, *À propos de 31 observations d'embryofoetopathie alcoolique à l'île de La Réunion*, Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie, 1983.

(chômage estimé à 31,4% en 1982, problèmes conjugaux...) rend de plus en plus criantes les inégalités en termes de mortalité infantile<sup>38</sup>. Mais les professionnels observent également des facteurs de risques plus fréquents à La Réunion, comme les malformations congénitales (deuxième cause de décès infantile). Afin de « prévenir » les anomalies, le dépistage des maladies génétiques et la réalisation progressive du diagnostic prénatal sont mis en place à partir de 1981, alors que ces examens sont pratiqués en métropole depuis 1972<sup>39</sup>. La mise en place de ce dépistage évite par ailleurs le départ en métropole de patientes plus aisées, soucieuses du bon développement de leur enfant<sup>40</sup>. D'une manière plus large, la systématisation de ce dépistage par les professionnels fait apparaître un taux de maladies génétiques plus important à La Réunion qu'en métropole.

*« L'amour ne commande pas ! Mais mon expérience de 31 années de pédiatrie hospitalière à La Réunion retient que cette île est détentrice de records mondiaux pour certaines maladies génétiques (plusieurs siècles au cours desquels la population s'est reproduite « entre soi » ont abouti à ces concentrations de défauts génétiques : myopathies, neuropathies, mucoviscidose...) et qu'il est bénéfique « génétiquement » parlant de se reproduire avec des non Réunionnais »<sup>41</sup>.*

Même si aucune étude scientifique ne recoupe cette affirmation, des recherches sont menées à propos des anomalies génétiques transmises au fil des générations. La généticienne Alexandra Henrion Claude chargée de recherche Inserm à l'unité « Génétique et épigénétique des maladies métaboliques, neurosensorielles et du développement » (Inserm/Université Paris Descartes) et François Cartault généticien du CHU de La Réunion, se sont penchés sur les origines génétiques d'une maladie grave, baptisée « Ravine », puisqu'elle se manifeste essentiellement dans les populations en bordure de ravines. Elle touche certains enfants de La Réunion avant leur premier anniversaire. Les maladies génétiques et congénitales apparaissent car la population insulaire favorise de fait une certaine consanguinité. Dans les différents rapports des Archives Intermédiaires de La Réunion, pour les étiologies de la mortinatalité et de la mortalité périnatale, nous retrouvons par exemple pour l'année 1981 à la maternité de Saint-Louis et de Saint-Pierre, 26,5% et 22% de M.F.I.U (morts fœtales in utero) parmi lesquelles nous pouvons citer les anomalies chromosomiques et les malformations du nouveau-né<sup>42</sup>. Selon l'historien Prosper Eve, les Hauts de l'île sont des espaces plus propices à la consanguinité, « c'est un phénomène de quartiers sudistes en altitude »<sup>43</sup>. C'est un fait de la société post esclavagiste à La Réunion, et est le reflet d'une homogamie et d'une endogamie accentuée<sup>44</sup>. En 1984, 57,5% des patients venant dans le cadre d'une consultation génétique demandent un diagnostic prénatal, contre seulement 22% en 1981<sup>45</sup>. Les Réunionnaises cherchent de plus en plus une sécurité médicale. Les pédiatres métropolitains identifient alors les gènes, les mutations responsables des maladies et posent un diagnostic précoce pour mieux protéger les enfants. Ainsi, les

---

<sup>38</sup> Albert LOPEZ, « La santé en transition à la Réunion de 1946 à 1986 : bouleversements et limites des conquêtes de la santé dans un département d'Outre-Mer », in *Annales de Géographie*, t. 98, n°546, 1989, pp. 152-178.

<sup>39</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, série 667PA18, « Courriers échangés entre la DDASS et la PMI et le ministère de la Santé, 1979-1981 ».

<sup>40</sup> *Ibid.*

<sup>41</sup> Entretien du 5 septembre 2018, François Lesure, pédiatre à l'hôpital d'enfants de Saint-Denis, 31 années d'expérience professionnelle.

<sup>42</sup> Archives Intermédiaires de La Réunion, Série 168PA : Santé de l'enfant, périnatalité, suivi de grossesse, accouchements, IVG, maladies infectieuses, démographie, politique familiale.

<sup>43</sup> Prosper EVE, *Île de La Réunion. Société et religion*. Saint-Denis de La Réunion, Océan Editions, 2007.

<sup>44</sup> Gilles GERARD, « Le choix du conjoint en société créole : étude anthropologique du champ matrimonial et approche des processus d'acculturation : trois siècles de mariage à Saint-Leu, île de La Réunion », Thèse de doctorat d'ethnologie, Université de La Réunion, 1997.

<sup>45</sup> ADR, série 1521W357, « Le diagnostic prénatal dans le département de La Réunion », 1982.

techniques de diagnostic prénatal offrent l'opportunité à des couples à risques d'envisager des grossesses plus sûres. Mais sécuriser les grossesses et les naissances, c'est aussi réaliser de la prévention auprès des femmes enceintes qui accouchent toujours à domicile.

## B. QUAND LES FEMMES ACCOUCHEMENT AUTREMENT

Les accouchements à domicile, 75% du total des accouchements en 1961, représentent encore près de 40% des accouchements en 1971. Lors de la mise en place du programme de périnatalité, les femmes soignantes et plus particulièrement les sages-femmes, pointent du doigt la pratique d'accouchements à domicile et le manque de suivi régulier des femmes enceintes. Ce facteur a longtemps pesé sur les pathologies relevant de la gynécologie et de l'obstétrique, donc sur la mortalité infantile. En effet, la part de ces accouchements semble être une cause non négligeable de la mortinatalité. Depuis le milieu des années 1970, la majorité des femmes, sous la pression des médecins et des pouvoirs publics, mettent leur enfant au monde en milieu hospitalier<sup>46</sup> : en plus d'un meilleur suivi médical, des primes sont offertes par l'État à celles qui s'inscrivent dans un parcours de soin hospitalier. Mais en 1981, 7,6% des naissances se déroulent encore à domicile contre 0,4%<sup>47</sup> en métropole. Les conceptions traditionnelles de l'accouchement sont toujours présentes dans les mœurs en dépit des bouleversements induits par le développement du modèle hospitalier. En 1985, l'État attribue dans le cadre des crédits régionalisés de prévention la somme de 10 000 francs destinée à la mise en place d'une action d'éducation pour la santé en matière de périnatalité. Deux pédiatres, un gynécologue et un médecin informaticien de la DDASS participent à cette enquête avec l'aide des sages-femmes de la PMI venues de différentes communes de l'île. L'objectif de cette enquête est d'apprécier dans le cadre de la mortalité périnatale le rôle éventuel des accouchements en-dehors des maternités. Les professionnels souhaitent également connaître le profil de la population qui accouche à domicile (répartition géographique, âge, état matrimonial, déroulement de la grossesse, motivation du choix du lieu de naissance). Selon les chiffres officiels de l'INSEE, le nombre total de naissances s'élève à 13 280 pour l'année 1985 (13 122 naissances vivantes et 158 mort-nés). Parallèlement, le service départemental de la PMI en collaboration avec les établissements d'accouchement comptabilise 12 879 naissances dans les différentes maternités de l'île et parmi elles 401 se déroulent hors établissements de soins. L'enquête révèle que 263 accouchées (soit 69%) déclarent avoir voulu accoucher hors maternité, 102 patientes (soit 76%) invoquent le choix personnel et 45 autres des habitudes familiales. La notion de « tradition » est encore présente dans certaines familles alors que les professionnels mettent en garde sur les risques qu'impliquent les accouchements à domicile. L'accouchement en milieu hospitalier modifie le modèle de la famille réunionnaise. Si bien souvent, à La Réunion, les pères sont réticents à se mêler des « affaires de femmes », quelques-uns commencent à s'investir en participant aux échographies ou aux différentes séances de préparation à l'accouchement. C'est le début du processus de paternalisation. Les grands-mères, dépossédées de leur rôle par les sages-femmes, sont en revanche de moins en moins présentes lors de l'accouchement. Mais elles retrouvent, du moins en apparence, une partie de leur pouvoir lors du retour au foyer de la mère et de l'enfant<sup>48</sup>. Comme le développe Laurence Pourchez, des contradictions et des incohérences apparaissent entre les attitudes des professionnels médicaux et les croyances des femmes appartenant à la tradition. Certains mythes peuvent faire sourire les milieux

---

<sup>46</sup> Laurence POURCHEZ, *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole (Ile de La Réunion)*. Paris, Karthala, 2002.

<sup>47</sup> Françoise THEBAUD, *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'Entre-deux guerres*. Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1986, p. 165.

<sup>48</sup> Laurence POURCHEZ, *Grossesse, naissance et petite enfance...*, *op. cit.*

médicaux, mais les femmes y tiennent. Une sage-femme diplômée se souvient par exemple de cette interdiction, toujours présente dans les années 1990, de ne pas prendre de bain pendant quarante jours à la suite de l'accouchement en raison du fameux « refroidissement » des jeunes accouchées qui donne des douleurs au dos et aux jambes. D'autres apports technologiques viennent bouleverser la conception qu'ont les femmes réunionnaises sur l'enfant qu'elles portent. Traditionnellement, les femmes ne reconnaissent une existence à leur enfant qu'à la naissance. Mais l'introduction de l'échographie dès les années 1980 aide ces femmes à mieux se représenter leur enfant, et le fœtus est désormais considéré comme pleinement vivant dès les premières échographies<sup>49</sup>. L'attention autrefois centrée sur la future mère « en travail », se fixe aussi, et de plus en plus, sur l'enfant à naître<sup>50</sup>. Dès lors, c'est toute la grossesse qui est vécue différemment.

## CONCLUSION

Entre 1946 et 1980, La Réunion a subi de manière accélérée un profond bouleversement de son système de santé. L'île tente de rompre avec la médecine coloniale pour laisser place à une révolution scientifique et technique autour de la médicalisation de la maternité. Les témoignages de nos interlocutrices laissent cependant entendre que les femmes continuent de cohabiter avec d'anciennes pratiques aux yeux des professionnels de santé. Au début des années 1950, La Réunion demeure dans une situation de sous-développement avec un taux de mortalité maternelle et infantile élevé et des infrastructures dans un état de vétusté préoccupant. Toutefois, la mise en place de premières consultations au sein de la PMI, de nouvelles mesures d'hygiène, de vaccinations, d'éducation sanitaire et d'assainissement, sensibilisent les mères aux soins destinés à leurs enfants. Sur le plan épidémiologique, même si durant les années 1960 une part importante de la population demeure parasitée, la mortalité reste stable grâce aux actions de la PMI. Le véritable tournant historique qui transforme durablement le système de santé réunionnais en faveur de la mère et de l'enfant se situe dans le courant des années 1970. L'analyse des composantes de la mortalité infantile met en évidence une diminution moindre de la mortalité néonatale et de la mortalité sur l'île par rapport à la France hexagonale pour des raisons avant tout sociales et d'éducation. La mise en place à La Réunion de l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à la santé des mères et des enfants, par des visites prénatales, par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique et par l'accouchement en maternité est assez récente. En effet, il faut attendre les années 1980 pour que la plus grande part des accouchements s'effectue en milieu hospitalier. De fait, c'est durant cette décennie que s'opère le basculement de pratiques rituelles et familiales localisées vers les méthodes plus sûres de l'obstétrique. L'apport d'une médecine moderne intervient dans un contexte particulier à La Réunion. Les pratiques traditionnelles véhiculées par la matrone et la femme qui aide (mère, grand-mère, tante, voisine) sont toujours présentes, mais se font désormais plus discrètes. Dès les années 1980, l'objectif des politiques de la périnatalité vise à accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement. L'étude des statistiques de mortalité et celle des résultats d'enquêtes de la DDASS et de l'INSERM conduites tout au long des années 1980, mettent en évidence une diminution importante de la mortalité périnatale. Les parturientes sont plus soucieuses de la sécurité des naissances et se dirigent de plus en plus vers les structures adaptées.

---

<sup>49</sup> *Ibid.*

<sup>50</sup> Yvonne KNIBIEHLER, *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, p.48.