HAL
open science

La sage-femme en Nouvelle-Zélande : impact de la culture maorie

Claire Simonin

To cite this version:

Claire Simonin. La sage-femme en Nouvelle-Zélande : impact de la culture maorie. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01875927

HAL Id: hal-01875927

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01875927v1

Submitted on 18 Sep 2018

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

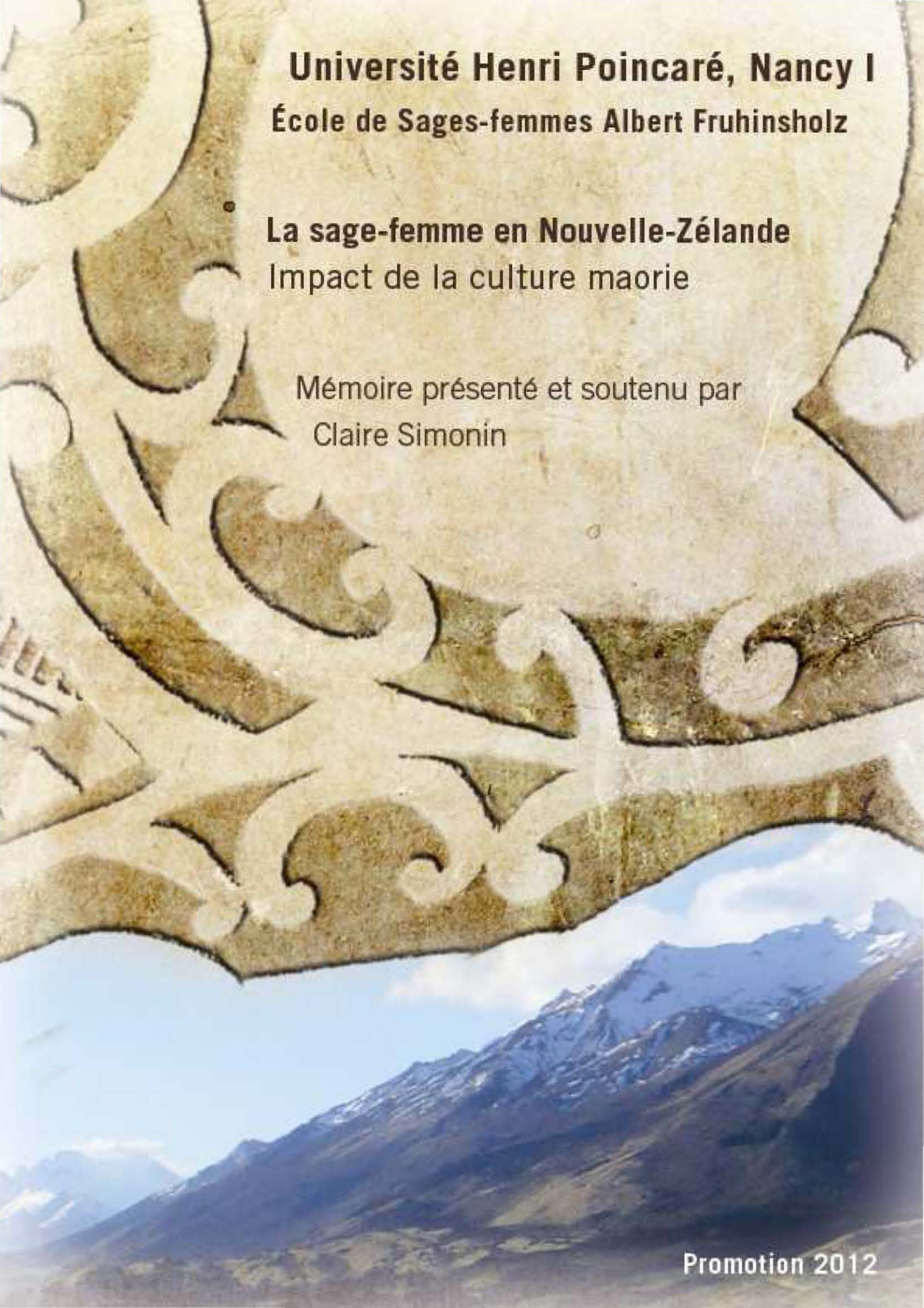
LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I
École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

La sage-femme en Nouvelle-Zélande
Impact de la culture maorie

Mémoire présenté et soutenu par
Claire Simonin



Promotion 2012

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

La sage-femme en Nouvelle-Zélande

Impact de la culture maorie

Mémoire présenté et soutenu par

Claire Simonin

Promotion 2012

Sous la direction de Madame Pichon, sage-femme cadre enseignante

Sous l'expertise de Monsieur Labat, professeur de sociologie à l'école de sage-femme de Nancy

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à l'organisation Lakes Midwives (Leonie Jones, Tuia Mahima, Aroha Nikora, Leonie Rorason) qui m'a chaleureusement accueillie.

Je tiens à les remercier pour les connaissances culturelles qu'elles m'ont apportées, sans quoi je n'aurais pas pu réaliser ce mémoire.

SOMMAIRE

Remerciements **3**

Sommaire **4**

Préface **6**

Introduction **7**

Partie 1 : La société maorie et son évolution au cours de l'histoire **8**

1. Migrations, origines **9**

2. Principes fondateurs de la société maorie **11**

2.1. La mythologie maorie 11
2.2. Les principes de la vie en société 12

3. La période pré-coloniale **14**

3.1. Le mode de vie maori 14
3.2. La vision de la santé 16
3.3. La naissance et la parentalité 18

4. L'impact de la colonisation **28**

4.1. De la découverte de la Nouvelle-Zélande par les Européens jusqu'aux années 1830 28
4.2. Le Traité de Waitangi 29
4.3. La seconde moitié du XIXème siècle 31
4.4. L'impact de la colonisation dans le domaine de la santé 33

5. De la période post-coloniale à nos jours **36**

5.1. Une société en évolution 36
5.2. Des progrès dans la santé 38
5.3. Evolutions culturelles autour de la grossesse 42

6. Le métier de sage-femme en Nouvelle-Zélande **44**

Partie 2 : Etude observationnelle **46**

1. Explication de l'étude **47**

2. Etude et analyse des résultats **48**

2.1. Une façon différente d'investir sa culture 48
2.2. La conservation des pratiques et des valeurs culturelles 49
2.3. Sages- femmes : professionnelles de santé et éducatrices culturelles 55

Conclusion **63**

Bibliographie **64**

Glossaire **66**

TABLE DES MATIERES **67**

Annexe 1 : Les vagues migratoires I
Annexe 2 : Le mode de vie maori.....II
Annexe 3 : Les rongoa (plantes médicinales)..... IV
Annexe 4 : Le Traité de Waitangi.....V
Annexe 5: La naissance chez les Maoris dans les années 1930 VI
Annexe 6 : Le code de bonnes pratiques des sages-femmes VIII
Annexe 7 : Grille des entretiens XIII
Annexe 8 : Entretiens.....XIV
Annexe 9 : L'organisation Lakes Midwives..... XXIII

PRÉFACE

Depuis plusieurs années, je nourrissais deux projets : d'une part devenir sage-femme et d'autre part découvrir la Nouvelle-Zélande.

J'ai donc imaginé pouvoir concilier ces deux aspirations en exerçant mon métier dans ce pays.

Le mélange atypique de la culture britannique et de la culture maorie m'a donné envie d'approfondir l'histoire néo-zélandaise.

En m'intéressant à celle-ci, lors de recherches personnelles, j'ai constaté que la culture maorie semblait y occuper une place importante.

Il m'a donc paru essentiel pour travailler en Nouvelle-Zélande en tant que sage-femme d'avoir des connaissances précises sur la culture maorie et plus particulièrement dans le domaine de la naissance.

Par conséquent, j'ai décidé d'effectuer un stage dans ce pays pour analyser l'impact de cette culture sur les pratiques professionnelles des sages-femmes et réaliser ainsi ce projet personnel.

Notes aux lecteurs :

- *Un glossaire dépliable est disponible page 66 afin d'être consulté simultanément à la lecture.*
- *Les graphismes et symboles de la première partie de ce mémoire représentent l'art typique maori.*
- *Le symbole représenté dans la deuxième partie signifie le lien entre les cultures.*

Introduction

Dans ce monde moderne, où la mondialisation de l'économie a engendré la nécessité d'échanges, de voyages, les sociétés sont soumises à un intense brassage de population provoquant un melting-pot culturel.

La dimension sociale est une composante de notre métier de sage-femme. Nous suivons et soignons régulièrement des femmes de différentes origines ethniques et il n'est pas toujours facile pour nous d'appréhender et de comprendre certains aspects culturels.

En Nouvelle-Zélande, les Maoris représentent 15% de la population, ils sont la deuxième ethnie majoritaire. Leur culture semble encore bien présente à l'heure actuelle (sport, arts…). Le domaine de la naissance chez les Maoris me parait empreint de rites et de pratiques traditionnelles dont certains ont dû disparaître au cours de l'histoire.

L'objectif de ce mémoire est donc d'observer et d'analyser de quelle façon la sage-femme intègre les traditions maories en anténatal, périnatal et postnatal.

Afin de comprendre les impacts de la culture maorie sur les pratiques professionnelles de la sage-femme néo-zélandaise, il me semble essentiel d'appréhender d'une façon générale les fondements et le fonctionnement de cette société.

Celle-ci a évolué en fonction de différents événements qui ont marqué son histoire, notamment la colonisation, élément charnière de sa transformation.

C'est pourquoi, la première partie de ce mémoire étudiera, au travers de l'histoire, le mode de vie des Maoris en l'affinant au niveau de la santé, de la grossesse et de la naissance.

La deuxième partie présentera une étude observationnelle réalisée au cours d'un stage en Nouvelle-Zélande, qui s'appuiera également sur des entretiens de sages-femmes maories.

Nous pourrons ainsi actualiser nos connaissances sur les pratiques obstétricales chez les Maoris.

Partie 1

La société maorie et son évolution au cours de l'histoire

1. MIGRATIONS, ORIGINES (1), (2), (3)

La Nouvelle-Zélande est la dernière île d'Océanie à avoir été découverte, du fait de son éloignement géographique. En ce qui concerne les origines de son peuplement, des incertitudes persistent. Des vagues migratoires de navigateurs expérimentés sont venus d'Asie du sud-est et se sont tout d'abord installés dans les îles polynésiennes (cf. annexe 1). Les raisons essentielles de ces migrations étaient les guerres incessantes entre tribus et la recherche d'un nouveau type de nourriture. Les migrations ont continué vers la Nouvelle-Zélande où s'est produite une installation massive. Les migrations ont commencé il y a 6000 ans environ et l'arrivée en Nouvelle-Zélande se situe entre le VIIIème et le XIVème siècle.

Dans leur tradition orale, les Maoris accordent de l'importance à leurs origines en les illustrant dans leurs mythes, dont certains aspects semblent proches des faits historiques. Ils décrivent en particulier les aventures de Kupe, un navigateur polynésien qui a découvert et exploré la Nouvelle-Zélande. Il lui a donné le nom d'Aotearoa (le pays du long nuage blanc) qui exprime sa première impression à la vision des côtes de l'île du nord.

Toi, un autre personnage légendaire, fut quant à lui l'instigateur du peuplement de la Nouvelle-Zélande. Lors de sa phase d'exploration, il rencontra les mouriuris, le peuple originel de ces terres. L'installation des polynésiens commença à cette époque, on assista à un mélange entre les polynésiens et les femmes mouriuris ainsi qu'à des guerres entre ces deux ethnies. A partir de cet instant, on parle de population maorie. Environ 200 ans après, huit canoës débarquèrent sur les côtes de l'île du nord et ce fut le début de l'installation en masse.

On comprend aisément l'existence d'une base commune entre la culture polynésienne et la culture maorie. La communication entre la Polynésie et la Nouvelle-Zélande tend ensuite à disparaître, ce qui explique l'orientation différente de leurs cultures. Des tribus se mirent en place progressivement, les tribus les plus faibles, chassées lors des guerres intertribales, se réfugièrent dans l'île du sud où le climat est

plus rigoureux. L'éloignement géographique explique là encore les différences dans les rites et les traditions des tribus.

Ce peuple appelé tangata moana (peuple de la mer), devint peu à peu tangata whenua (peuple de la terre) suite à ses flux migratoires.

2. PRINCIPES FONDATEURS DE LA SOCIÉTÉ MAORIE

Il est important de savoir que toute société tribale est régie par des mythes et des principes religieux qui posent des limites et des lignes de conduite dans la vie quotidienne. C'est pourquoi, nous allons étudier tout d'abord les mythes maoris fondamentaux puis les principes qui définissent la vie en société.

2.1. La mythologie maorie (1), (3), (4)

Elle permettait principalement d'expliquer la création du monde. Selon leur rang dans la société, les Maoris avaient accès à deux niveaux de connaissance de leurs mythes. Les membres de la classe supérieure attribuaient l'origine du monde et des choses à Io, l'être suprême. Les mythes les plus communs, connus de tous, décrivaient l'existence des phénomènes naturels (pluie, activité volcanique…).

Depuis la nuit des temps, le néant et l'obscurité régnaient. Les kore et les Po semblaient interminables. Les deux parents originels, Rangi le ciel et Papa, la terre s'accouplèrent et eurent 70 enfants. Leur volonté d'obtenir davantage de lumière poussa Tane, l'un des fils à séparer le couple. Cela provoqua des conflits entre les démiurges, notamment entre Tane et Whiro. Ce dernier fut battu et chassé vers Rarohenga où il prit le nom de l'épouvantable Whiro, le destructeur des âmes. Tane se mit ensuite en quête de la connaissance. Il alla à la rencontre de Io dans le monde supérieur et obtint trois réceptacles : la connaissance occulte, renfermant les rites et traditions supérieures, le bien contenant la tendresse et la paix, le démoniaque concernant la magie noire et la guerre.

Ainsi, les Maoris justifient l'existence de la guerre et de la paix mais également l'origine de leurs pratiques traditionnelles.

L'image et le rôle de chaque dieu sont représentés par les phénomènes naturels (Rongo, la lune, est le dieu de l'agriculture). Selon le type de demande, les Maoris invoquaient le dieu du domaine concerné.

Les dieux étant des entités masculines, Tane créa la femme afin d'assurer le genre humain. Il essaya plusieurs fois mais sans succès, n'arrivant à obtenir que de la végétation et des forêts jusqu'au jour où il modela une femme à base de terre à laquelle il insuffla la vie. Il s'accoupla avec cette femme (nommée Hine-Ahu-One) et ils donnèrent naissance à Hine-Nui-Te-Po qui rejoindra par la suite Rarohenga, dont le rôle sera d'assurer le Toiora et donc de protéger les esprits des morts, de Whiro.

Ces mythes nous dévoilent des croyances en deux mondes qui ne correspondent pas à nos représentations classiques du paradis et de l'enfer. En effet, les mauvais comme les bons pouvaient aller dans le monde souterrain, celui-ci présentait deux entités : l'une protectrice, l'autre destructrice, ce que l'on ne retrouve pas dans notre vision de l'enfer.

Dans la mythologie maorie, les récits du demi-dieu Maui sont assez nombreux. Ce personnage, également connu à travers les îles polynésiennes, est apprécié à la fois pour ses actes héroïques qui le rapprochent des dieux mais aussi pour ses faiblesses qui le mettent à l'image de l'homme. Il apparaît comme l'élément de continuité entre les dieux et les hommes.

2.2. Les principes de la vie en société (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7)

La société maorie n'était pas régie par des lois. La religion, la croyance en leurs dieux, la peur que les Maoris avaient de ceux-ci, créaient des lignes de conduite qu'ils tentaient de respecter. Les principes religieux n'étaient pas comparables à ceux des religions occidentales, ils n'étaient pas figés et pouvaient évoluer, ce qui expliquait des différences de pratiques de culte selon les tribus et dans le temps. De nombreux rituels impliquant les dieux étaient pratiqués dans tous les moments forts de la vie des hommes (naissance, maladie, mort…).

Lors de ces occasions et dans les activités quotidiennes, une règle primordiale existait : le tapu. Cette notion décrit une série d'interdits dont la transgression entraîne des sanctions divines (maladie, perte de protection, mort…).

Le tapu est toujours associé en opposition au noa qui correspond à des actes ou des lieux autorisés.

On attribue également au tapu l'idée du sacré, ce qui exprime sa dimension spirituelle, le noa correspondant alors à l'ordinaire.

Dans le domaine de la santé, le tapu est plutôt associé à ce qui est sale et qui doit être protégé pour éviter les contaminations ; le noa concerne dans ce cas les choses propres, identifiant ainsi la sécurité sanitaire. Les personnes, les lieux et certains moments de la vie peuvent être considérés tapu.

Les Maoris considéraient la terre comme leur bien le plus précieux. En effet, elle leur permettait de se nourrir, de construire leurs habitations, de fabriquer leurs outils, leurs objets d'art. La terre possédait également une valeur sacrée car elle représentait la relation qu'avaient les Maoris avec leurs ancêtres et avec leurs dieux. Leur profond respect pour la nature les conduisait à adapter leurs concepts spirituels à des éléments de l'environnement. Ils avaient en effet la conviction que la combinaison du tinana (corps), du mauri (âme) et du wairua (esprit) faisait partie intégrante de l'homme. Ils attribuaient donc la notion du mauri à des objets inanimés ainsi qu'aux lacs, aux forêts… Dans ce cas, le mauri symbolisait la vie, la fertilité, le bien-être.

Le territoire occupé par une tribu lui conférait un statut ou rang particulier : le mana qui incarnait le pouvoir d'une tribu ou d'un individu au sein de la société maorie. Cette notion dérive d'une idée ésotérique : la force ancestrale qui provient des dieux.

Chez les Maoris, tout acte, qu'il ait des effets positifs ou négatifs, nécessitait un retour : c'est le principe de l'utu. Si cette règle de réciprocité n'était pas respectée, le mana de la tribu diminuait. S'il s'agissait d'une offense faite à une tribu, celle-ci se devait de pratiquer le muru (pillage).

Dans cette société, les richesses, les dons s'échangeaient d'une façon régulière et obligatoire. Marcel Mauss, anthropologue, le démontre dans sa théorie du « don et du contre-don », en expliquant que chaque chose possède un mauri.

Ainsi, lors de ces échanges, le présent offert était empreint d'une partie de l'âme du donneur. Le destinataire du don se devait donc de le restituer ou de l'offrir sous une forme différente : ceci correspond au contre-don. Le déroulement des pratiques rituelles respectait également cette règle.

3. LA PÉRIODE PRÉ-COLONIALE

3.1. Le mode de vie maori (1), (2), (3), (8)

La société maorie était de type communautaire. Il n'y avait pas de propriété privée. L'individu n'existait qu'en tant que membre du groupe social avec lequel il partageait des liens affectifs forts. Toutes les activités de la vie quotidienne étaient réalisées en commun.

Concernant l'organisation sociétaire, on distinguait différents types de groupes. Le groupe le plus élémentaire était la whanau (famille étendue) qui comprenait jusqu'à quatre générations qui avaient un ancêtre commun. Elle possédait des droits territoriaux (plantations, pêche). Plusieurs whanau formaient le hapu (clan). L'ensemble des hapu d'une région constituait l'iwi (la tribu).

Trois classes sociales composaient cette société. La classe supérieure comprenait les chefs, les rangatira (leaders politiques) et les tohunga (experts dans les différents domaines de connaissance). Leur statut découlait de la position sociale de leurs ancêtres ainsi que du mérite apporté à leurs propres actes ; leur descendance bénéficiait également de leur rang social. Il s'agissait de personnes extrêmement tapu.

Le plus grand nombre de Maoris appartenait à la classe moyenne (ware). Il est important de savoir que l'opinion publique occupait une place essentielle dans cette société. La classe moyenne avait un profond respect pour ses chefs mais elle avait la possibilité d'exercer une volonté d'indépendance : discuter des ordres et décisions prises, accepter ou refuser ceux-ci en fonction de leur pertinence. De nombreux sujets concernant la vie tribale étaient débattus lors de rencontres fréquentes. Les personnes qui maîtrisaient l'art oratoire avaient de l'influence et étaient valorisées aux yeux des autres.

Les esclaves composaient la troisième classe sociale. Leur statut n'était pas figé, ils pouvaient effectivement recouvrer leur liberté en se mariant ou en combattant lors des guerres.

Les maoris vivaient dans des pa (villages fortifiés) situés sur des collines qui les protégeaient en cas de guerre, une activité régulièrement pratiquée. La guerre faisait en effet, partie intégrante de leur culture, avec dans chaque village des armées entraînées, prêtes à combattre au moindre prétexte (territoires plus fertiles et mieux situés à conquérir, application du principe de l'utu…).

Leur quotidien consistait à pratiquer les tâches nécessaires pour s'alimenter : culture, cueillette, chasse, pêche. Ils conservaient et stockaient leur nourriture dans des endroits surélevés, les pataka ; ils mangeaient en plein air. Leur mode de cuisson était le hangi : cuisson à la vapeur sur des pierres chauffées par le volcanisme de leur terre. Les Maoris possédaient de grandes compétences artistiques dans les domaines de la construction, du tressage, de la sculpture… Ils se distrayaient régulièrement en participant à des fêtes, des jeux, des danses… qui se déroulaient dans les marae (maisons communes).

La transmission culturelle des mythes, des croyances, se partageait lors de veillées sous la forme de récits, de contes, de chants… La préservation de leur culture se faisait grâce à la tradition orale qui possédait des formes variables et adaptatives, réalisant un dialogue constant entre le passé et le présent. Il s'agissait également d'un mode d'apprentissage pour les générations futures, étant donné que les Maoris ne connaissaient pas l'écriture à cette époque.

L'éducation des enfants était une des activités essentielles des femmes maories. Les enfants devaient maîtriser la connaissance de leur whakapapa (généalogie) et des principaux événements de l'histoire de leur peuple. Les mères et les grands- mères les nourrissaient de ces récits, ce qui permettait de resserrer les liens familiaux, éléments essentiels de leur culture.

Les femmes remplissaient d'autres tâches dans la vie quotidienne telles que le tissage, la cuisine, la cueillette, l'entretien des plantations. Parfois, elles assistaient les hommes dans des activités agricoles plus physiques telles que le défrichage, elles les aidaient également pour la chasse.

Par ailleurs, certains travaux leur étaient interdits : le carving (sculpture), le ta moko (réalisation de tatouages).

Généralement, les femmes étaient donc considérées comme inférieures aux hommes qui, eux, détenaient plus de mana puisqu'ils descendaient directement des

dieux (de Maui premier demi-dieu) alors que les femmes avaient été façonnées à base de terre selon la mythologie. Cependant, certaines femmes pouvaient acquérir grâce à leurs actes, pouvoir et influence qui les rendaient alors importantes au sein de la société. Le statut de la femme avait une certaine marge d'évolution, ce qui permettait de réduire l'écart de valeur existant entre l'homme et la femme.

L'annexe 2 présente des photos qui décrivent le mode de vie maori.

3.2. La vision de la santé (1), (3), (6)

Chez les Maoris, la santé est fortement dépendante de leur histoire et de leur style de vie. C'est pourquoi nous les avons décrits précédemment pour bien en comprendre les interactions.

Le tapu, précédemment décrit en **2.2.**, correspond à la règle principale dans le domaine de la santé.

Certaines parties du corps étaient hautement tapu : la tête, les organes génitaux, le cœur, ce qui explique certaines restrictions lors de circonstances particulières.

Concernant les maladies physiques ou mentales, les Maoris adoptaient une thérapeutique symptomatique puisque l'étiologie de la maladie était attribuée au non-respect du tapu. La maladie était perçue comme une punition divine.

Le mode de vie dans les villages était réfléchi dans le but d'éviter les contaminations et la propagation des agents infectieux en accord avec les principes définis par le tapu.

Tout d'abord, les villages étaient construits sur des collines où l'air était moins humide, l'atmosphère plus ventilée, ce qui limitait les problèmes respiratoires. Les Maoris s'étaient rendu compte qu'une utilisation des eaux en fonction de leur provenance diminuait l'apparition de maladies. Ils séparaient les eaux propres des waikino (eaux stagnantes) qu'ils n'utilisaient jamais. Selon l'origine des eaux, leur usage était différent.

Les waimauri (eaux vives) étaient utilisées pour boire, cuisiner, nettoyer et soigner. D'autres soins et des bains étaient réalisés grâce à des waitai (eau salée). La waiora (eau de pluie), considérée comme la plus pure servait lors de rituels, de nettoyages symboliques.

La position en altitude des villages rendait l'accès à l'eau difficile, les Maoris recueillaient donc les eaux de pluie qu'ils couvraient de façon à ce qu'elles ne soient pas contaminées.

La nourriture non cuite était tapu, ainsi peu de personnes étaient autorisées à la manipuler, cela assurait une certaine sécurité alimentaire. Le stockage surélevé des aliments avait la même fonction. Par ailleurs, la cuisson de la nourriture la rendait noa, donc propre à la consommation.

Tout était organisé dans le village pour que les déchets (nourriture, excréments) ne soient pas au contact de la population, ils étaient placés à l'écart dans des endroits tapu, cela réduisait la prolifération de germes.

Lorsque la maladie frappait un individu, il devenait tapu, le reste de la tribu l'isolait durant la période de contagion afin qu'il se rétablisse et que l'épidémie éventuelle soit stoppée.

Les tohunga, experts également dans le domaine de la santé, diagnostiquaient les maladies et assuraient les soins.

Ils se répartissaient en deux catégories : les tohunga de la classe supérieure qui apprenaient les enseignements et rituels impliquant Io. Ces personnes étaient tapu à vie, elles tenaient une place de premier choix dans la société, leurs soins avaient plus de pouvoir et d'efficacité que ceux des tohunga de la classe inférieure. Ces derniers avaient peu de connaissances ésotériques, leurs pratiques tenaient davantage du shamanisme et de la magie noire.

Selon leur catégorie, les tohunga apprenaient leur savoir dans les whare wananga (écoles) où ils avaient accès à différents niveaux de connaissance. Le plus souvent, les jeunes les plus intelligents et les plus doués de mémoire des familles de haut rang pouvaient devenir tohunga de la classe supérieure. Certaines femmes de familles à statut important avaient également ce privilège.

Dans le diagnostic et le soin de la maladie, ces soignants ne prenaient pas seulement en compte le corps mais englobaient la dimension spirituelle et mentale du patient ainsi que sa composante environnementale, représentée par sa famille. L'unité familiale était la base sur laquelle reposaient le bien-être et la bonne santé physique et mentale dans la société maorie.

Les tohunga disposaient d'un large éventail de soins et les choisissaient en fonction de la dimension qu'ils traitaient. Ils recouraient fréquemment aux karakia et ritenga (incantations et rituels) qui faisaient appel à l'aide des dieux pour soigner une blessure physique ou morale. Les karakia étaient nombreux et spécifiques. Selon les compétences de la personne qui les récitait et la foi du malade envers les dieux, ils étaient plus ou moins efficaces.

Les Maoris prenaient des bains dans les sources chaudes afin de soigner certaines affections (hémorroïdes, rhumatismes…) car l'eau possédait des vertus thérapeutiques. De nombreux rituels impliquaient aussi l'eau. Chaque village possédait un wai tapu (bain d'eau sacrée) dans lequel ils pratiquaient des rituels d'immersion, d'aspersion, de purification.

Les soignants avaient une bonne connaissance des rongoa (plantes) et de leurs propriétés médicinales, ils les préparaient sous différentes formes (décoctions, onguents, attelles…).

A ces différents types de soins s'ajoutaient les mirimiri (massages) des membres, traitement complémentaire qui présentait des techniques variées. Le peuple maori maîtrisait et pratiquait régulièrement cet art.

Des interventions de petite chirurgie étaient réalisées (cautérisation de blessures…)

Les karakia étaient associées à toutes ces façons de soigner.

Selon les témoignages de l'époque, l'espérance de vie des Maoris avoisinait les 25-30 ans. La mortalité infantile était importante.

3.3. La naissance et la parentalité

3.3.1. Généralités (3), (4), (6), (9), (10)

En ce qui concerne le domaine de la naissance, de nombreux rituels étaient pratiqués en fonction des événements qui survenaient. Ces rites comprenaient une base commune et il existait des spécificités propres à chaque tribu. Les cérémonies expliquées dans cette partie, étaient pratiquées par la tribu Ngati-Kahungunu de l'île du

nord. Cette description nous permet de faire émerger des principes que l'on peut étendre à la population maorie.

Selon le statut de la famille dans la société, ces coutumes différaient également. Par la naissance, les familles des classes supérieures transmettaient leur rang à leur descendance. L'importance de ces traditions dépendait du rang de naissance de l'enfant, ainsi le premier-né avait plus de valeur, tout comme un garçon par rapport à une fille.

Chez les Maoris, les femmes, par leur capacité à donner la vie et à perpétuer les liens du sang, avaient droit à une certaine reconnaissance de la part des membres de la tribu. Cela transparaît dans la traduction du mot utérus en maori : te whare tangata qui fait référence à la maison sacrée du genre humain. Le symbolisme est en effet très présent dans cette culture, on le retrouve également dans l'expression te whare o aitua, littéralement la maison de la mort qui représente le vagin. On associe la notion de mort aux organes génitaux féminins en raison de la fin de l'acte sexuel où l'on peut penser que le vagin est responsable de l'arrêt de l'érection masculine. De plus, le vagin représente le passage vers la vie mais peut conduire également à la mort.

Pendant les menstruations, la grossesse, la naissance et le post-partum, la femme était considérée tapu. Ici, le sens de ce mot renvoie à la notion hygiéniste, l'interdit pour éviter les contaminations.

Chez les Maoris, les hommes avaient le devoir de protéger les femmes et les terres, causes de guerres fréquentes. Ceci leur conférait une certaine virilité et une masculinité qui étaient aussi en partie symbolisées par leurs organes génitaux. Le bon fonctionnement de ceux-ci les rendait fiers car cela prouvait leur capacité à assurer leur descendance. Ainsi, l'acte sexuel n'était pas considéré comme honteux mais comme un moment heureux parce que cela leur permettait d'agrandir leur whakapapa, élément leur conférant une identité culturelle.

Les Maoris estimaient que lors de la conception, le mana masculin était transféré à la femme pendant la grossesse et il était restitué à l'enfant lors de la naissance. Ils considéraient la femme comme le réceptacle de la graine de vie masculine. Le mot

kunenga (conception) traduit bien cette idée en exprimant le changement du corps féminin et l'acquisition d'une forme différente pendant la grossesse. Ils pensaient également que le wairua était déjà présent chez l'embryon, par conséquent, ils ne parlaient pas de fœtus mais de bébé qui était déjà intégré dans le whanau. Peu de temps avant la naissance, le mauri était conféré à l'enfant, ce qui lui donnait le pouvoir de vie, sa personnalité et une certaine protection divine.

En cas d'infertilité, un rite pour favoriser la conception pouvait être réalisé : le whakato tamariki. Le tohunga accueillait sa patiente dans un endroit tapu où il utilisait une feuille d'arbre à laquelle il avait donné une forme de visage humain en la coupant avec une pierre. Il la déposait sur le ventre de la femme tout en récitant plusieurs karakia pour la libérer de ses mauvaises actions passées et ainsi la purifier. Selon le statut de celle-ci, il pouvait invoquer Io pour que le pouvoir de Hine-Ahu-One, la première femme lui soit donné, donc qu'elle puisse enfanter. A la fin du rituel, il récupérait la feuille et ne la montrait à la femme qu'après la naissance.

Quand une femme ne désirait pas avoir d'enfant, le tohunga pratiquait un autre rite dans lequel le symbolisme avait son importance. L'objet rituel était en effet une pierre dont l'image renvoyait à la notion de stérilité, désirée par la femme.

3.3.2. La grossesse (1), (6), (9), (10)

En maori, la grossesse est désignée par le mot hapu qui signifie également clan. Le mot whanau possède aussi un double sens : la naissance et la famille étendue. Ceci démontre d'une part, que les relations familiales sont essentielles et d'autre part, que la grossesse tient une place importante puisqu'elle réunit des clans.

Selon le rang des femmes, des rituels étaient pratiqués avec plus ou moins de cérémonie. Tane était invoqué pour les femmes ordinaires alors qu'on faisait appel à Io pour les femmes des classes supérieures. Les femmes de la classe moyenne manquaient de confort et de soins pendant cette période. Par contre, les femmes de haut rang étaient entourées d'une ou deux accompagnantes, les tapuhi, qui étaient des personnes proches d'elles, dont le nom signifiait soigner et chérir dans la maladie ou la détresse.

En raison du tapu conféré à la femme durant la grossesse, celle-ci devait être mise à l'écart comme une personne malade. Une hutte était construite à une certaine distance du village, souvent près de la berge d'une rivière : whare kohanga, qui signifie la maison nid. Quand la femme sentait le terme approcher, elle s'y rendait avec ses accompagnantes qui, pendant cette période, restaient auprès d'elle car la hutte était tapu. En raison de cet interdit, les aliments ne pouvaient pas être cuisinés dans ce lieu, les accompagnantes servaient donc d'intermédiaires pour apporter la nourriture.

Des croyances existaient autour de la grossesse. Les Maoris pensaient que les yeux étaient la première partie du corps embryonnaire à se former. Les femmes enceintes ne se coupaient pas les cheveux par peur d'affaiblir leur enfant car elles pensaient qu'il était ainsi nourri et grandissait grâce à leurs cheveux.

Les Maoris possédaient différents moyens pour déterminer le sexe de l'enfant à naître. Si le côté gauche du ventre de la mère était proéminent, elle attendait une fille (et inversement). Si la pigmentation entre la poitrine et le ventre était peu étendue, elle attendait un garçon (et inversement). Une autre technique consistait à enfiler une mèche de cheveux dans la bague de fiançailles et à les placer au-dessus du ventre, tel un pendule ; si les mouvements étaient circulaires, c'était une fille, si la bague se balançait, c'était un garçon.

Il n'était pas rare que les femmes aient recours aux rongoa pendant leur grossesse. Le puha mangé crû ou bouilli, permettait d'augmenter le taux de vitamine C et le fer. Les infusions d'orties étaient très riches en fer, calcium et vitamine K. La substance interne du palmier nikau était mangée crue afin de soulager les douleurs ligamentaires de la grossesse. On massait son périnée avec de l'huile de kopakopa pour l'assouplir et le préparer à l'accouchement. Des infusions de feuilles de framboisiers étaient bues lors du dernier trimestre de la grossesse dans le but de préparer le muscle utérin au travail et d'assurer des contractions régulières et fortes pour une naissance plus rapide. Cela prévenait également des hémorragies de la délivrance en tonifiant l'utérus.

L'annexe 3 présente des photos des rongoa utilisées en anténatal, périnatal, et postnatal.

3.3.3. L'accouchement (5), (9), (10)

Les Maoris pensaient que la durée du travail de la femme était équivalente à celle de la terre mère quand elle mit au monde ses enfants (Tane…). Cette durée était de six nuits (les Maoris mesuraient le temps en nuits). Cette période donnait lieu à différentes croyances. Par exemple, ils considéraient que si l'enfant bougeait au-delà de la quatrième nuit de travail, il en résultait probablement un enfant mort. Si cela durait encore plus longtemps, la mère risquait également de mourir.

Concernant la prise en charge de la douleur pendant le travail, l'accompagnante pratiquait des mirimiri pour soulager les douleurs dorsales. Pour accélérer le travail, la femme pouvait boire une infusion de koromiko qui limitait aussi les saignements après la délivrance.

Lorsque le travail commençait, les accompagnantes préparaient le matériel nécessaire et organisaient la pièce pour que tout soit à portée de main. Pour accoucher, la femme se mettait à genoux, les cuisses bien écartées, elle se tenait à son accompagnante en l'enserrant. Celle-ci était accroupie, face à la femme, ce qui lui permettait d'utiliser ses genoux pour aider à l'expulsion de l'enfant en réalisant une pression sur le ventre et en la dirigeant vers le bas.

Le cordon était clampé par l'accompagnante à l'aide d'un lien fabriqué à partir de lin dont on extrayait la fibre que l'on enroulait. Ce clamp était mouillé pour être assoupli et il était stocké dans de l'huile avant utilisation. Les Maoris désignaient trois parties dans le cordon ombilical : la partie attachée au placenta ou rauru, la partie moyenne ou iho et la partie reliée à l'enfant ou pito. L'accompagnante coupait alors le cordon avec un rehu (pierre rendue tranchante), un coquillage ou un éclat de jade. La même pierre pouvait être utilisée de génération en génération.

Il existait deux façons de couper le cordon en fonction de la longueur laissée : le konui qui correspondait à une longueur égale à la deuxième phalange du pouce et le koiti dont la mesure était la longueur du petit doigt. On huilait ensuite le cordon et on plaçait un repehina (morceau d'écorce) dessus réalisant ainsi un bandage ressemblant à une ceinture.

Le placenta se dit whenua en maori, ce mot signifie également la terre. Cette correspondance met en exergue le rôle commun nourricier de la terre et du placenta. C'est aussi pour cette raison que le placenta était enterré, formant de cette façon un lien entre l'enfant et la terre mère. Si cette étape n'était pas respectée, le mauri de l'enfant ainsi que son mana seraient détruits.

L'ingestion d'un bouillon de puha, kopakopa, et clous de girofle facilitait l'expulsion du placenta. Le jus de mamaku possédait également cette propriété.

Différents termes étaient utilisés pour désigner les naissances en fonction de leurs circonstances. Ainsi, rauru nui signifiait une naissance normale et un enfant en bonne santé, rauru whiwhia un travail long et difficile (cordon en écharpe, circulaire, présentation dystocique…) et marua aitu une issue fatale pour la mère et l'enfant.

Les prénoms des bébés étaient souvent choisis en fonction des circonstances de la naissance.

Le tohunga intervenait lorsque des complications survenaient, en récitant des karakia spécifiques au contexte et au rang de la femme. Dans les situations les plus extrêmes, la femme pouvait être conduite au tuahu (place sacrée du village) où d'autres cérémonies étaient réalisées.

Dans le cas des grossesses gémellaires, la valeur accordée aux jumeaux différait selon les tribus. Dans certaines, le premier-né avait plus d'importance, on accordait au second plus de capacités physiques. Dans d'autres tribus, le premier jumeau était considéré comme un intrus et était tué.

3.3.4. Le post-partum (1), (4), (6), (9)

Après l'accouchement, la femme restait au whare kohanga jusqu'à ce qu'elle soit libérée de son tapu par une cérémonie qui avait lieu en général après la chute du cordon. Cet isolement permettait à la mère de récupérer physiquement, de limiter les infections du post-partum, de renforcer la construction du lien mère-enfant et de favoriser la lactation.

Durant la période du post-partum, trois rites autour de la mère et de l'enfant étaient réalisés : le koroingo, le tohi et le pure.

La cérémonie du koroingo se déroulait avant la chute du cordon, environ huit jours après la naissance et permettait à la fois d'accueillir l'enfant au sein de la tribu et de féliciter les parents.

En cette occasion, le clan de la mère et le clan du père se réunissaient. Ils déposaient des cadeaux, de la nourriture destinée à sustenter l'enfant. Puisque celui-ci ne pouvait pas encore la manger, la mère servait d'intermédiaire nourricier. Venait ensuite le temps des discours que les Maoris affectionnaient particulièrement et qu'ils tenaient avec aisance. La mère, assise sous le porche du whare kohanga, avec son enfant dans les bras, faisait face à l'assemblée.

Un porte-parole du clan du père se levait, saluait le clan maternel puis récitait des formules pour honorer l'enfant. Ensuite, un porte-parole du clan maternel faisait de même. Il était également possible que ce soit le clan maternel qui commence ce cérémonial.

Des karakia étaient récités par les porte-paroles. Le premier karakia faisait référence à la vie embryonnaire de l'enfant, aux circonstances de sa naissance et sur le plan mythologique, à Tane qui donna naissance à la première femme. Un autre karakia exprimait les aspirations souhaitées pour l'enfant : qu'il soit intelligent, à l'écoute, qu'il connaisse les traditions, qu'il acquière la connaissance comme Tane lorsqu'il reçut les trois réceptacles.

A la fin de la cérémonie, les deux clans se levaient et chantaient ensemble une bénédiction qui devait apporter un bien-être physique et spirituel à l'enfant. Les membres des deux familles pouvaient alors s'approcher pour saluer l'enfant et féliciter la mère.

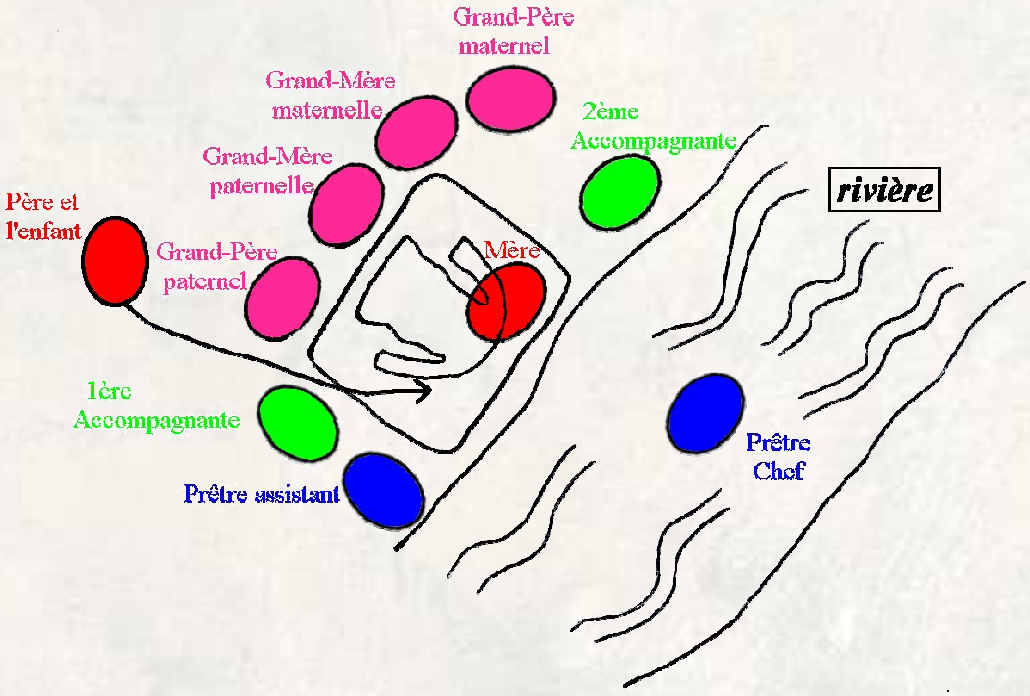
Le rite du tohi se déroulait après la chute du cordon de l'enfant, dans une rivière où l'assemblée faisait face à l'est ou au nord.

Une partie de la cérémonie se pratiquait dans l'eau, ce qui pourrait faire penser au baptême dans les religions occidentales. Les Maoris accordaient en effet une place toute particulière à l'eau, en tant que source de vie et de bien-être.

Peu de monde était convié à cette cérémonie : un prêtre chef et son assistant, les parents, l'enfant et les grands-parents ainsi que les accompagnantes.

Ces personnes se retrouvaient sur la berge de la rivière et occupaient des places précises par rapport à un tapis sur lequel on avait déposé des vêtements, notamment un long manteau décoré.

Ces positions sont représentées sur le schéma suivant :



Le prêtre chef chantait des karakia et plongeait sa main dans l'eau pour en projeter sur les parents et sur l'enfant. Une des incantations dédiait le bébé à Io. Le cordon, placé dans un réceptacle de jonc tressé, était ensuite remis au prêtre qui le plongeait dans l'eau et le redonnait à son assistant.

Celui-ci présentait alors l'enfant au prêtre qui portait la tête du bébé dans sa main gauche et les jambes dans sa main droite, si l'enfant était un garçon. La position était inverse pour une fille car la main droite symbolisait la force et la virilité et la main gauche correspondait plutôt à des qualités féminines.

Le prêtre récitait une formule pour favoriser l'entrée de l'enfant dans la sphère du tapu, pour aider l'enfant à acquérir les réceptacles de la connaissance. Il s'immergeait ensuite et aspergeait d'eau la tête du bébé. Celui-ci était alors rendu à sa mère, on enlevait le tapis pour enterrer le cordon au centre de l'endroit qu'il occupait.

Dans le trou, on disposait des pierres avec le cordon. Le nombre de ces pierres dépendait de la durée de la période de travail de la mère. Le cordon était enterré sur un territoire où l'enfant avait des droits de propriété. Ainsi, les pierres et le cordon servaient de tohu (preuve) lorsque des conflits territoriaux survenaient.

Le père, tenant l'enfant dans ses bras, le couvrait du manteau ; un karakia était chanté lors du retour de l'assemblée au village.

Le tohi, décrit ici, était plutôt réalisé pour les enfants des classes supérieures, il s'agissait du tohi ariki. Pour les familles de la classe moyenne, le tohi kura était pratiqué, il était moins cérémonieux. Dans certaines tribus, la façon de faire pouvait différer : par exemple le prêtre utilisait des feuilles qu'il plongeait dans l'eau pour asperger l'enfant.

La cérémonie du pure se déroulait juste après celle du tohi quand l'assemblée retournait au village. Les parents et leur enfant se dirigeaient vers la maison principale du village, la whare whakanoho. Pour honorer l'enfant, on disposait un tapis, des ornements tissés, de beaux vêtements, une arme en jade ou en os de baleine. Les parents prenaient place sur le tapis et déposaient le bébé sur les vêtements.

Les gens du village les accueillaient en pleurant de joie tandis qu'un prêtre chantait des karakia souhaitant que l'enfant soit aussi intelligent que Tane. Ils approchaient pour saluer une dernière fois l'enfant et offraient des cadeaux. Le village tout entier faisait la fête pour célébrer le bébé. Les parents encore imprégnés du tapu, devaient être nourris par d'autres personnes.

Comme les personnes qui avaient assisté au tohi étaient tapu en raison de la dimension sacrée de ce rite, une cérémonie (wahakanoa) pour les en libérer, devait être réalisée le jour-même. Pour les familles de la classe moyenne, elle se déroulait au niveau des latrines alors que pour les familles de la classe supérieure, elle avait lieu au niveau d'un réservoir d'eau spécifique.

Le whare kohanga était alors brûlé, ceci marquait la fin de la grossesse.

Les douleurs du post-partum étaient soulagées par des bains dans les sources chaudes et le jus de feuilles de kawakawa (poivrier) permettait de purifier le sang et de limiter les infections. Ces feuilles étaient également utilisées sous forme de cataplasmes

pour soigner les infections du sein. Dans les cas de congestion mammaire ou de seins douloureux, une bouillie de mamaku était appliquée sur les seins.

Les mères pouvaient décider de sevrer leur enfant à différentes périodes. Certaines commençaient quand le bébé était capable de se retourner tout seul, d'autres lorsque les premières dents apparaissaient.

Les mères massaient quotidiennement les membres de leurs enfants afin de leur donner forme et souplesse. Ce type de massages appelé toto, basé sur des caresses et des pressions se prolongeait jusqu'à la maturité de l'enfant.

Les Maoris construisaient des berceaux qui donnaient aux mères la possibilité de bercer leur enfant tout en travaillant. Elles leur chantaient également des chansons sur la mythologie, les croyances, les traditions, la généalogie. Les enfants apprenaient par ce moyen à parler et à s'intéresser davantage à leur culture.

4. L'IMPACT DE LA COLONISATION

4.1. De la découverte de la Nouvelle-Zélande par les Européens jusqu'aux années 1830 (2), (3)

En 1642, Tasman, un navigateur hollandais, fut le premier à découvrir la côte ouest de l'île du sud. Malheureusement, il n'a jamais pu accoster car des tueries se sont produites entre son équipage et les Maoris. Il décida alors de rentrer en Europe relatant son histoire, n'encourageant pas les autres navigateurs à poursuivre sa découverte.

Ce ne fut qu'un siècle plus tard que James Cook, un navigateur anglais, approcha à nouveau des côtes néo-zélandaises et instaura les premières vraies relations entre Maoris et Pakeha (Européens) grâce à un ami maori qui lui servit d'interlocuteur et de traducteur. Il décrivit les Maoris de façon détaillée : des gens forts et braves, barbares et guerriers, ayant des compétences artistiques…, il a établi les premiers échanges commerciaux avec eux ; leurs relations n'étaient cependant pas toujours dénuées de violence.

Puis la réelle cohabitation entre Maoris et Pakeha s'est établie au XIXème siècle avec l'arrivée des chasseurs de phoques et de baleines. On observa une réciprocité des intérêts : les Européens étaient à la recherche de ressources alimentaires que les Maoris leur procuraient. En échange, les Maoris recevaient des objets utiles et surtout des armes à feu. Le statut des femmes s'est vu modifié durant cette période car elles étaient également échangées de leur plein gré et acquéraient, par leurs relations avec les baleiniers, de nouveaux savoir-faire qui amélioraient leur mode de vie. Le mana de ces femmes en était augmenté et elles devenaient très prisées au sein de leur société pour de futurs mariages.

Au début du XIXème siècle, des missionnaires anglais se sont également installés en Nouvelle-Zélande afin d'évangéliser les Maoris. Ces religieux choisirent une stratégie intéressante pour arriver à leurs fins : commencer par l'éducation, en apportant de nouvelles techniques agricoles, d'autres denrées, pour ensuite mieux convertir. Ils ont reçu un accueil mitigé : les Maoris étant plus intéressés par l'apport de la lecture et

de l'écriture, qui représentaient pour eux une nouvelle source de pouvoir, que par le contenu du message biblique.

Au travers de ces différents contacts avec les Européens, les Maoris ont su tirer le meilleur parti de ce que les Blancs ont pu leur apporter. En effet, leur vision des Européens n'était pas naïve, ils ne les estimaient pas comme un peuple supérieur au leur, mais avaient réussi à créer des relations pour servir leurs intérêts sociétaires.

Cependant, ce début de colonisation a entraîné des conséquences néfastes pour le peuple maori, notamment en raison de l'introduction des armes à feu dans les conflits intertribaux, dans lesquels ils ont su faire intervenir des Pakeha. De plus, le gouvernement britannique s'inquiétait de l'état d'anarchie qui régnait dans ce pays et du manque de sécurité qui en résultait tant pour les colons anglais que pour les Maoris. C'est pourquoi en 1933, La Couronne envoya James Busby pour établir la loi et l'ordre, il essaya de construire une unité dans les tribus maories, sans succès.

4.2. Le Traité de Waitangi (2), (3), (6), (11)

Toujours en quête de pallier ces inquiétudes, La Couronne envoya William Hobson afin de réussir la tâche incombée à James Busby. Le gouvernement britannique voulait assurer la protection des habitants de Nouvelle-Zélande mais avait également la volonté tacite de mettre en place une souveraineté et un contrôle absolu du commerce.

Le 4 février 1840, Hobson, avec l'aide des missionnaires prépara un texte comprenant 3 articles (cf. annexe 4) :

Article 1 : *Les chefs de la Confédération des tribus unies de Nouvelle-Zélande et les chefs indépendants qui ne sont pas devenus membres de la Confédération, cèdent à Sa Majesté la Reine d'Angleterre, de façon absolue et sans réserve, tous les droits et pouvoirs qu'ils exercent ou possèdent, ou sont supposés exercer ou posséder sur leurs territoires respectifs en tant qu'uniques souverains de ceux-ci.*

Article 2 : *Sa Majesté la Reine d'Angleterre confirme et garantit aux chefs et tribus de Nouvelle-Zélande et respectivement aux familles et individus de celles-ci la*

pleine possession, exclusive et inchangeable de leurs territoires, domaines, forêts, pêcheries et autres propriétés qu'ils pourraient posséder collectivement ou individuellement aussi longtemps qu'ils le souhaitent et le désirent ; mais les chefs des tribus unifiées et les chefs indépendants cèdent à Sa Majesté le droit exclusif de préemption sur des territoires dont les propriétaires pourraient être disposés à aliéner à des prix fixés suite à un accord entre les propriétaires et les représentants de Sa Majesté.

Article 3 : *Compte-tenu de cela, Sa Majesté la Reine d'Angleterre accorde aux natifs néo-zélandais sa protection royale et leur donne tous les droits et privilèges des sujets britanniques.*

Hobson confia la traduction de ce document à Henry Williams, un missionnaire expérimenté dans la langue maorie. Cette tâche s'avéra difficile car certaines notions occidentales telles que « la souveraineté nationale » n'étaient pas connues des Maoris et ne possédaient pas de correspondance précise en maori. Le choix des termes maoris pour la traduction de ce mot n'expliquait pas vraiment cette idée de pleins pouvoirs mais plutôt une notion d'assistance gouvernementale sur le plan administratif. Cette traduction a dû être réalisée en une nuit, cela explique peut-être aussi l'imprécision du Traité de Waitangi.

Des débats entre les chefs maoris et les représentants de Sa Majesté, eurent lieu le 5 février. De nombreux chefs exprimèrent leurs inquiétudes par rapport au maintien de leur autorité, à la conservation de leurs territoires et de leurs intérêts dans les échanges commerciaux. La majorité d'entre eux ne voulaient pas signer pour toutes ces raisons. Hobson, par la voix de Williams tenta alors de les rassurer en argumentant, en présentant les intérêts qu'ils pourraient retirer de cet accord. D'une part, il a mis en avant le soutien exprimé par les missionnaires vis-à-vis de ce texte, d'autre part, il a mis en valeur la relation toute particulière qui pourrait s'établir entre les deux peuples, de plus il a mis l'accent sur la garantie de la protection de l'identité culturelle. Le traité a été signé le 6 février 1840 par certains chefs présents à Waitangi. Dans les mois suivants, des copies de ce texte ont été imprimées afin de permettre sa diffusion de façon plus élargie. Hobson et les missionnaires ont été les principaux acteurs et

négociateurs de l'obtention d'un nombre grandissant de signatures. Ils sont allés à la rencontre de nombreuses tribus de l'île du nord et de quelques tribus de l'île du sud.

Le 21 mai 1840, Hobson, au nom de la Reine, proclama la souveraineté britannique en Nouvelle-Zélande. Dans l'île du nord, elle fit foi grâce aux signatures des chefs maoris alors que la collecte des signatures n'était pas terminée et qu'elle se finaliserait le 3 septembre. Comme l'anglais Cook avait découvert l'île du sud, on attribua la souveraineté à celle-ci sans tenir compte des signatures du traité.

Durant cette période, cinquante rencontres avec les chefs maoris ont été effectuées, plus de cinq cents chefs ont signé. Cependant, l'acceptation ne fut pas unanime, certains chefs étaient en désaccord, d'autres n'ont même pas lu le texte. Certains ont signé la version maorie, d'autres la version anglaise.

Les Maoris qui avaient conscience de la situation préoccupante et chaotique dans laquelle ils se trouvaient, n'étaient pas mécontents au départ, de l'intervention du gouvernement britannique et nourrissaient des attentes particulières à son égard. C'est en partie pour cette raison qu'ils signèrent le Traité de Waitangi.

Les différences de traduction ont donc renforcé leurs espérances et seront à l'origine de leurs incompréhensions et de leurs désillusions, qui perdurent actuellement.

4.3. La seconde moitié du XIXème siècle (2), (3), (11)

Durant cette période, de nombreux conflits armés, liés aux conséquences de la colonisation et du traité, éclatèrent. Sur le plan politique, la Nouvelle-Zélande évolua progressivement vers une plus large autonomie.

Pendant une quinzaine d'années, on observa un relatif maintien de l'ordre. Le flux massif de colons européens, tant redouté par les Maoris se produisit : 9000 pionniers arrivèrent en six ans. Grâce à eux, les techniques agricoles s'améliorèrent, les échanges commerciaux se poursuivirent. Les Maoris, tout en respectant les clauses du traité, vendirent leurs terres d'une façon intelligente : les moins fertiles aux Européens.

La Nouvelle-Zélande avait un statut de colonie britannique avec à sa tête un gouverneur nommé par le gouvernement anglais. Son rôle était d'établir les lois avec

l'aide du secrétaire colonial. Georges Grey, gouverneur en 1845, a fortement encouragé la vente de terres pour permettre l'installation d'un nombre croissant d'Européens.

En 1858, le nombre de Pakeha commençait à dépasser la population maorie. Ce rapport de population confirma les craintes des Maoris qui se sentirent trompés par les accords du traité. En outre, ils étaient blessés par le manque de respect des Pakeha à leur égard qui les traitaient comme des sauvages. Ils comprirent alors qu'ils allaient devoir vendre encore plus de terres, à des prix qu'ils ne pourraient pas fixer. De plus, ils avaient le sentiment qu'ils pouvaient à présent vivre en autosuffisance grâce aux progrès technologiques.

Par conséquent, ils décidèrent de fonder le mouvement du Roi maori. Ce roi était à la tête d'un royaume de plusieurs régions, rétablissant des pratiques culturelles plus traditionnelles. C'était la première fois que plusieurs tribus s'alliaient, l'émergence d'une identité culturelle maorie commença donc ainsi.

Ce mouvement visa à boycotter tout contact commercial avec les Européens, et surtout en ce qui concernait les ventes de territoires. Ceci stoppa considérablement l'expansion géographique européenne. Les Anglais, avides de territoires et soucieux de faire respecter la souveraineté de leur pays, s'opposèrent à ce mouvement. De 1860 à 1872, des guerres éclatèrent entre les deux camps, la plus importante étant celle de Waikato. Les Britanniques firent courir la rumeur que les Maoris s'apprêtaient à attaquer la ville ; de ce fait, ils entamèrent une action défensive en envahissant la région de Waikato. Les Anglais gagnèrent cette guerre avec beaucoup de difficultés car les guerriers maoris étaient extrêmement compétents et braves.

En conséquence des guerres, une loi sur l'installation des pionniers fut promulguée en 1864. Elle autorisait la confiscation de territoires maoris, 1,2 millions d'hectares furent ainsi pris. En 1873, les Maoris n'en récupérèrent qu'un quart, après de longues procédures judiciaires.

Sur le plan politique, la Nouvelle-Zélande évolua progressivement vers un fonctionnement démocratique. Le peuple élisait des représentants qui assumaient peu à peu les pouvoirs incombés au gouverneur. Au départ, les Maoris ne pouvaient pas voter car pour bénéficier de ce droit, il fallait posséder une propriété privée, ce qui n'était pas

leur cas. A partir de 1867, ils purent élire des membres au Parlement dans des électorats spécifiques. Dès 1879, ils eurent la possibilité d'accéder à la liste générale.

En 1893, la Nouvelle-Zélande devint le premier pays au monde à accorder le droit de vote aux femmes.

4.4. L'impact de la colonisation dans le domaine de la santé (6), (12)

Ce siècle colonial a entraîné des conséquences néfastes dans le domaine de la santé chez les Maoris qui les a conduits non loin de l'extinction ethnique.

Les raisons de cette décroissance démographique peuvent être expliquées au travers de quatre dimensions différentes que les Maoris déterminent pour la santé.

La notion de mana atua, qui existait déjà avant la colonisation attribuait la maladie à un pouvoir divin. L'afflux de population européenne a introduit de nouvelles maladies contagieuses, surtout virales (grippe, rougeole, oreillons…). Ces maladies se sont révélées dévastatrices et ont engendré des taux de mortalité importants chez les Maoris qui ne savaient pas les soigner. Ils pensaient que les dieux européens étaient responsables de ces épidémies.

La dimension de mana tangata a émergé au XIXème siècle, elle considérait que l'activité des hommes pouvait être à l'origine de problèmes de santé. La mortalité a fortement augmenté en raison de l'introduction des armes à feu par les Européens. Auparavant, les Maoris combattaient avec des armes fabriquées de façon artisanale (massues en jade, en pierre, de différentes tailles). Par conséquent, les blessures par balle étaient plus meurtrières que les coups de massue. En outre, on assista à une véritable course à l'armement chez les Maoris, ce qui contribua à augmenter leurs pertes humaines.

Dans les années 1820, afin de profiter pleinement des relations commerciales avec les Pakeha, les Maoris changèrent de lieu de vie et quittèrent les collines pour aller sur les côtes. L'air étant plus humide, la prévalence des maladies respiratoires augmenta. Ils abandonnèrent également certains principes d'hygiène tels que la séparation des eaux, le traitement des déchets. Ils eurent, de plus, accès à un type de

nourriture différente (sucre, farine, pomme de terre, porc…) plus sucrée et plus grasse à laquelle leur métabolisme n'était pas adaptée. Ce changement sera le précurseur de maladies métaboliques, maladies cardio-vasculaires, obésité.

Ils pratiquaient moins d'exercice physique dans leurs activités quotidiennes, ce qui ajoutait un facteur de risque supplémentaire à tous ces problèmes de santé.

La notion de mana whenua faisait référence au lien existant entre le territoire des tribus, l'unité sociale, le bien-être du peuple et par conséquent la santé. Chez les Maoris, la terre avait une valeur tant sur le plan agricole et productif que sur le plan social et humain. L'introduction en Nouvelle-Zélande du modèle socio-économique occidental prônant l'individualisme, fit découvrir aux Maoris le principe de propriété privée. Cela encouragea la vente des territoires durant la période qui suivit le Traité de Waitangi.

On constata alors dans les décennies suivantes une baisse démographique car la cohésion sociale commençait à se disloquer. Les Anglais avaient réussi à vaincre l'unité collective maorie en ébranlant leurs principes communautaires. L'entraide et le soutien mutuel leur permettaient en effet de faire face ensemble aux maladies et contribuaient au maintien de leur bien-être.

Par conséquent, on observa des impacts néfastes sur leur santé en raison de l'affaiblissement du groupe social.

Le tableau suivant illustre cette situation :

Population trends and Māori land ownership

Year	*Estimated Māori Population*	*Non-Māori Population*	*Land owned by Māori: ha*
1800	150,000		
1820			
1840	100,000	2,000	26,709,342
1852	59,700	55,762	13,770,000
1860		79,000	8,667,000
1874	49,800	295,184	
1878	47,800	410,207	
1881	46,750	487,280	
1886	43,927	576,524	
1891	44,177	624,474	4,487,000
1896	42,113	701,101	
1901	43,143	772,719	2,890,000 (1911)

Sources: Pool I., (1990); Asher and Naulls, (1987); Department of Statistics, (1993).

La dimension du mana maori met l'accent sur l'implication des Maoris dans la vie politique. Ils étaient bien conscients du déclin de leur santé et du fait que le gouvernement n'avait pas mis en place de plan pour améliorer la situation ; ceci a donné un fort mécontentement et un sentiment de défiance vis-à-vis du pouvoir.

Ils ont commencé alors à s'investir dans les projets gouvernementaux afin de ne pas vivre de façon passive les décisions politiques. Malheureusement, le gouvernement n'était pas encore prêt à entendre leurs propositions.

Ce n'est qu'en 1897, que le parti politique des jeunes Maoris a été créé. Il était formé de Maoris qui avaient fait des études et qui étaient capables d'identifier les facteurs pouvant améliorer leur niveau de santé. Ils ont ainsi entrepris une mission de réformes de la santé maorie basée sur le rétablissement d'anciennes pratiques (eaux propres, maisons ventilées…).

L'émergence de la dimension mana maori à la fin du XIXème siècle montre bien la volonté des Maoris à résoudre leurs problèmes de santé, en s'adaptant à l'occidentalisation de la société néo-zélandaise et par conséquent, en choisissant d'être acteurs dans la vie politique du pays.

5. DE LA PÉRIODE POST-COLONIALE À NOS JOURS

5.1. Une société en évolution (2), (3), (6), (13)

Le XXème siècle marque pour les Maoris une amélioration sur le plan démographique, une adaptation plus ou moins réussie à la société occidentale et des revendications de leur identité culturelle.

La menace de l'extinction du peuple maori s'éloigne peu à peu, laissant place à un risque de perte des racines culturelles.

Jusqu'en 1970, les Maoris ont émis des revendications dans le domaine territorial et dans le domaine culturel qui ont été plus ou moins entendues par le gouvernement. Il y a eu des avancées telles que la construction d'écoles maories dans les villages afin que les enfants accèdent plus facilement à l'éducation. Par ailleurs, le gouvernement souhaitait que l'anglais soit la langue officielle en Nouvelle-Zélande et décourageait les enfants maoris à parler leur langue maternelle à l'école, ce qui a en partie conduit au faible pourcentage de personnes parlant Te Reo Maori actuellement.

On constata également la formation de différents mouvements maoris afin d'appuyer plus fortement les demandes. Le mouvement présidé par le prophète Rua Kenana commençait à prendre de l'ampleur et inquiétait le gouvernement car il prédisait la fin de règne des Pakeha et le retour des terres aux Maoris. Un prétexte trouvé par le gouvernement permit son arrestation et diminua ainsi l'influence de ce mouvement. Sur le plan culturel, on observait à la fois une évolution avec des mouvances religieuses qui combinaient les idées ancestrales avec la religion catholique mais aussi une prise de conscience de la diminution de certaines pratiques traditionnelles notamment le carving (sculpture). Une école de carving maori a donc été créée en 1928 afin de pallier cette érosion culturelle.

Cette première moitié du XXème siècle est également marquée par les deux guerres mondiales auxquelles la Nouvelle-Zélande et les Maoris ont participé. En raison

de leurs compétences et qualités guerrières, les Maoris ont été particulièrement redoutés par les Allemands et les Italiens lors de la seconde guerre mondiale.

Les crises économiques mondiales ont eu aussi un impact en Nouvelle-Zélande car l'économie de ce pays était en partie basée sur l'exportation de produits. Les prix de vente ont chuté dans les années 1920, ce qui a entraîné du chômage et une augmentation du coût de la vie. Le parti du travail, élu en 1935, a donc entrepris des mesures d'aides sociales, notamment dans l'immobilier. Ceci a permis aux Maoris de s'urbaniser et aussi de s'adapter au mode de vie occidental.

Actuellement 80% des Maoris vivent dans les villes. Cette période historique est riche sur le plan international et cela peut expliquer la moindre avancée des revendications maories.

A partir des années 1970, des artistes, des écrivains et des leaders maoris ont donné plus de poids à la cause maorie, grâce à leurs influences et leurs réflexions. D'une part, ils ont fait comprendre à leur peuple l'importance de la sauvegarde de leur culture, d'autre part, ils ont su exprimer leurs attentes vis-à-vis du gouvernement : une reconnaissance de leur langue, une réhabilitation de leurs pratiques traditionnelles et des revendications foncières basées sur le Traité de Waitangi.

En 1975, Whina Cooper, une leader maorie, a conduit une « marche pour la terre » de 600 km pour rejoindre le Parlement de Wellington et y présenter une pétition au sujet de l'aliénation des territoires.

Cela a eu pour effet la création du Tribunal de Waitangi qui était chargé de recueillir toutes les réclamations concernant les ventes de terres effectuées à partir de 1840, de les analyser par rapport aux termes du Traité, d'émettre un avis et de conseiller le Parlement en matière de législation. La langue maorie est prise en compte à partir des années 80 avec la création de centres proposant à des enfants maoris et européens une éducation bilingue. De plus, en 1988, le Te Reo Maori devient, au côté de l'anglais, une langue nationale en Nouvelle-Zélande.

Les Pakeha reconnaissent progressivement les points négatifs de la colonisation et sont prêts à en assumer les conséquences, de la façon la plus juste possible. De leur côté, beaucoup de Maoris citadins vivent des difficultés socio-économiques car leur niveau d'étude restreint leurs domaines professionnels. L'élite des Maoris se rend bien compte de la nécessité de l'éducation pour que tous acquièrent un niveau de vie correct.

Pour cela, ils sont actifs dans la vie politique, ils travaillent à la sauvegarde de leur culture. A l'heure actuelle, on constate une coexistence des deux cultures à l'échelle nationale. Ainsi, un mouvement biculturel est reconnu par les Maoris et par les Pakeha.

5.2. Des progrès dans la santé (6), (13), (14)

Le XXème siècle a vu évoluer le statut de santé des Maoris. Durant cette période, la dimension du mana maori prend de l'ampleur, ce qui entraîne une participation active dans la prise en charge de leur santé.

En 1900, le gouvernement, sous la pression de certaines institutions maories, promulgue une loi qui crée des conseils maoris chargés d'améliorer l'hygiène de vie et de promouvoir la santé. Ces organisations ont été assez efficaces pendant une dizaine d'années puis leur pouvoir et leur autonomie se sont vus diminuer par la présence d'infirmières pakeha, qui les ont remplacées.

De plus en 1907, la loi de suppression des tohunga est votée, rendant la pratique de la médecine maorie illégale.

Pour essayer de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, deux mouvements féminins se créent : la ligue de la santé des femmes fondée en 1937 et la ligue du bien-être des femmes maories formée par Whina Cooper, en 1951. Ces deux organisations avaient des objectifs similaires : encourager la communication entre les femmes maories et les femmes pakeha, donner des conseils en terme d'hygiène de vie, de nutrition, apporter un soutien en cas de maladie, tout en conservant des pratiques traditionnelles. Chacune était sous la dépendance d'une institution nationale (département de la santé, département des affaires maories), ce qui leur a permis de faire accepter un certain nombre de leurs idées. Par contre, elles ne se sont jamais regroupées, par crainte d'être dominées par les institutions nationales. Leur influence a donc été ainsi limitée.

En 1964, on note l'abrogation de la loi de suppression des tohunga qui peut être considérée comme l'élément précurseur de la réintégration progressive des pratiques traditionnelles.

En parallèle aux revendications maories des années 70 sur le plan politique, économique et social, une prise en compte des implications du Traité de Waitangi dans le domaine de la santé va peu à peu être reconnue. On confie alors au Tribunal de Waitangi le rôle d'analyser les articles du traité et de définir ainsi des principes qui aboliraient les incompréhensions de sens liées aux différences de traduction.

Dans la version maorie de l'article 2, la notion de propriété s'étend à l'idée de patrimoine culturel. Ainsi, les Maoris reconnaissent en particulier la santé, le bien-être comme un taonga (trésor) qui doit être protégé par le traité.

Les Maoris expriment également une volonté d'égalité des statuts de santé, en s'appuyant sur l'article 3, qui définit une équité des droits et privilèges. Le Traité de Waitangi est reconnu par le Ministère de la Santé comme l'élément fondateur de la société néo-zélandaise, en 1992.

Les années 80 apparaissent comme une période plutôt dédiée à la recherche et à la mise en place d'initiatives dans le but d'améliorer la santé des Maoris.

La ligue du bien-être des femmes maories crée Rapuora qui étudie les déterminants des statuts de santé et qui a pour résultat l'ouverture de plusieurs centres de santé. En 1982, cette ligue présente un modèle de santé dans son étude : whare tapa wha qui signifie littéralement les quatre murs d'une maison. Chaque mur correspond à une dimension de la santé et chacune est nécessaire à l'obtention d'une bonne santé.

Le taha wairua exprime le côté spirituel. Pour les Maoris, la conscience spirituelle et la foi sont indispensables à un bon équilibre. Cela passe également par la compréhension des liens existants entre l'homme et son environnement. C'est pourquoi l'appartenance à une terre tribale est un déterminant de santé important.

Le taha hinengaro correspond à la dimension mentale de la santé dans laquelle la pensée et le corps sont indissociables. On peut mettre cet aspect en parallèle avec le côté psychologique que l'on retrouve dans la définition occidentale de la santé.

Le taha tinana représente le concept du bien-être physique qui renvoie à la séparation du tapu et du noa (décrit dans la partie **3.2.**).

Le taha whanau met l'accent sur l'importance du soutien familial dans tous les aspects de la vie et à ses différents moments. Ce modèle illustre bien la vision maorie de

la santé, il a joué un rôle dans les mesures prises par le département de la santé néo-zélandais qui s'en est inspiré.

La ligue de la santé des femmes, quant à elle, lance un autre projet à Rotorua : Tipu Ora dont le but est d'assurer la continuité du suivi des jeunes mères et de leurs nouveau-nés, de constituer un relais avec les services qui s'occupent de l'anténatal et du post-partum. Des soignants maoris se déplacent à domicile pour prodiguer des conseils, faire de la prévention, encourager les vaccinations en rendant les parents acteurs de leur santé et du bien-être de leurs enfants.

Ce projet pilote a connu un franc succès en 1991. D'autres initiatives du même type se sont ensuite développées dans le pays.

Vers la fin des années 1980, on assiste à un renouvellement de l'intérêt des médecines traditionnelles avec une publication d'un guide concernant les rongoa et karakia par le Département de la Santé en 1987.

De plus, depuis 1993, un corps de soignants traditionnels maoris a été formé. Ils tentent d'associer la médecine occidentale et les pratiques propres aux compétences des tohunga. On note un nombre grandissant de professionnels de santé maoris à cette époque.

De son côté, le Ministère de la Santé a créé He Korowai Oranga, un service chargé d'identifier les causes des inégalités de santé et de définir des objectifs et des stratégies permettant d'améliorer la situation actuelle des Maoris.

Le gouvernement trouve nécessaire que les Maoris se sentent impliqués et motivés dans cette évolution et qu'ils gardent le contrôle des changements en cours pour que cela fonctionne au mieux.

Le gouvernement a également bien cerné les points faibles du niveau de santé de cette population et tente de les dépasser en rendant les services plus accessibles en termes d'infrastructures, d'apports financiers, d'intégration culturelle.

A la fin du XXème siècle, on constate une croissance démographique ainsi qu'une espérance de vie qui augmente considérablement comme le montre le tableau ci-dessous :

Māori health recovery

Year	Māori Population	Māori Life Expectancy at Birth: years	
		Male	Female
1896	42,113		
1901	45,549	35	30
1911	52,723		
1926	63,670	42	40
1936	82,326	46	46
1945	98,744	49	48
1951	115,676	54	56
1961	167,086	59	61
1971	227,414		
1976	270,035	63	68
1986	404,778	67.5	72.1
1996	579,714	68	72.9

Les taux de mortalité infantile et maternelle ont également diminué.

Par ailleurs, la prévalence d'autres maladies (les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle chronique…) augmente dans la population maorie et pousse le gouvernement à réfléchir à d'autres stratégies en termes de prévention.

A l'heure actuelle, le gouvernement a l'objectif d'inclure la société maorie dans la société néo-zélandaise tout en encourageant les modèles de santé maoris et leurs façons traditionnelles de soigner.

Là encore, on remarque donc que ce pays essaye de réunir les deux cultures (maorie et pakeha) en respectant d'une part, la médecine maorie traditionnelle et en apportant d'autre part, l'évolution de la médecine occidentale.

5.3. Evolutions culturelles autour de la grossesse (cf. annexe 5)

Dans la première partie du XXème siècle, la plupart des femmes maories accouchent encore à la maison alors que les Européennes commencent à se diriger vers l'hôpital.

La description des pratiques évoquées ci-dessous est basée sur des témoignages de l'époque dans lesquels on retrouve des façons de faire communes mais qui présentent également des variantes.

La femme accouche dans une chambre vidée à cet effet et considérée tapu jusqu'à la chute du cordon, ce qui fait penser à la hutte construite dans les temps anciens. La famille entoure la future mère pendant le travail et pratique des mirimiri, des karakia.

En général, un membre de la famille est expérimenté dans le domaine de la naissance et il accompagne la femme. Ses compétences sont transmises à ses descendants.

Durant le travail, la femme est libre de ses mouvements. Elle s'examine afin de constater la progression de son travail. Personne d'autre ne peut réaliser de toucher vaginal car les organes génitaux sont trop tapu.

Elle adopte ensuite la même position que celle de ses aïeules (cf **3.3.3.**). A cette époque, le cordon est plutôt clampé par du coton et on commence à utiliser les ciseaux pour le couper. L'usage du coquillage tranchant est parfois encore observé.

Des massages sur le ventre de la mère aident à l'expulsion du placenta. En cas de rétention placentaire ou d'hémorragie, des remèdes à base de rongoa sont ingérés. Les déchirures ne sont pas suturées, les femmes maintiennent les jambes serrées le temps de la cicatrisation.

Le linge ayant servi à l'accouchement est enterré dans un endroit tapu avec le cordon séché et le placenta.

Pour préparer les seins à l'allaitement, les femmes se les massent quotidiennement pendant la grossesse. Ceci diminue les douleurs ressenties lors de la

succion. En cas de pathologie liée à l'allaitement, les soins par les plantes sont encore fréquemment pratiqués.

La loi de suppression des tohunga de 1907, a eu pour conséquence une dévalorisation de la médecine maorie, en rendant les Pakeha les seuls soignants compétents.

Ceci explique le fait que les femmes maories se sont dirigées progressivement vers l'hôpital pour accoucher à partir des années 50.

Elles ressentent ce changement comme un traumatisme. En raison du tapu, les examens gynécologiques les font souffrir moralement. Elles vivent mal les positions d'accouchement, qui leur sont inhabituelles et inconfortables.

Elles perdent le rôle actif qu'elles avaient dans la naissance, en raison de la présence constante des soignants. Elles n'osent pas affirmer leur identité culturelle ; par exemple, elles ont peur de demander de conserver le placenta.

Le XXème siècle marque donc le début de l'érosion culturelle. Dans le domaine de la grossesse, on constate la disparition d'un certain nombre de traditions. Cependant des pratiques subsistent et donnent lieu à une prise de conscience de l'identité culturelle et de la nécessité de la préserver.

6. LE MÉTIER DE SAGE-FEMME EN NOUVELLE-ZÉLANDE (15), (16)

Après s'être intéressé aux Maoris, il est essentiel de connaître le rôle et les compétences précises de la sage-femme dans ce pays afin de comprendre les impacts de cette culture sur ses pratiques.

Le code de bonne pratique de la sage-femme (scope of practice présenté en annexe 6) détermine des compétences essentielles ainsi que des critères de performances qui précisent chaque qualification.

Une compétence établit que la sage-femme travaille en partenariat avec la femme durant toute la grossesse et la maternité. Elle agit comme un compagnon professionnel qui valorise les droits de la femme et lui donne toutes les informations nécessaires. Elle s'assure du bien-être de la femme, du bébé et de la famille.

Pour réaliser cette compétence, elle doit reconnaître les Maoris comme tangata whenua d'Aotearoa et honore les principes de relation, protection et de participation en accord avec le Traité de Waitangi.

Elle respecte le contexte social, culturel et ethnique de chaque patient en communiquant efficacement et en l'informant de ses droits, des possibilités de soins… Elle facilite et encourage aussi l'implication familiale.

Elle applique également les principes de sauvegarde culturelle dans sa profession et intègre le turanga kaupapa (guide pour les compétences culturelles).

La sauvegarde culturelle (définie par le Collège néo-zélandais des sages-femmes) est la prise en charge efficace des femmes d'autres cultures par une sage-femme qui a entrepris un processus de réflexion sur sa propre identité culturelle et qui reconnaît l'impact de sa culture sur sa pratique.

Une pratique culturellement peu sûre est toute action qui diminue, dénature ou amoindrit l'identité culturelle et le bien-être d'un individu.

La culture inclut l'âge ou la génération, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, l'origine ethnique ou l'expérience migratoire, les croyances religieuses et spirituelles, les handicaps. La sauvegarde culturelle produit un outil qui

autorise une femme et sa famille à juger si le service de santé et les soins d'accouchements sont sûrs pour eux.

Une compétence explique qu'elle doit avoir une compréhension théorique et une connaissance scientifique avec les compétences affectives et techniques nécessaires pour prodiguer des soins efficaces et sûrs dans le cadre légal et éthique, avec une utilisation judicieuse des interventions à réaliser. Sa période de prise en charge va du début de la grossesse à la période post-natale.

L'indépendance de la profession de sage-femme est également une dimension importante en Nouvelle-Zélande. En effet, la sage-femme peut suivre seule une femme enceinte, lui prescrire les examens et traitements nécessaires au bon déroulement de la grossesse.

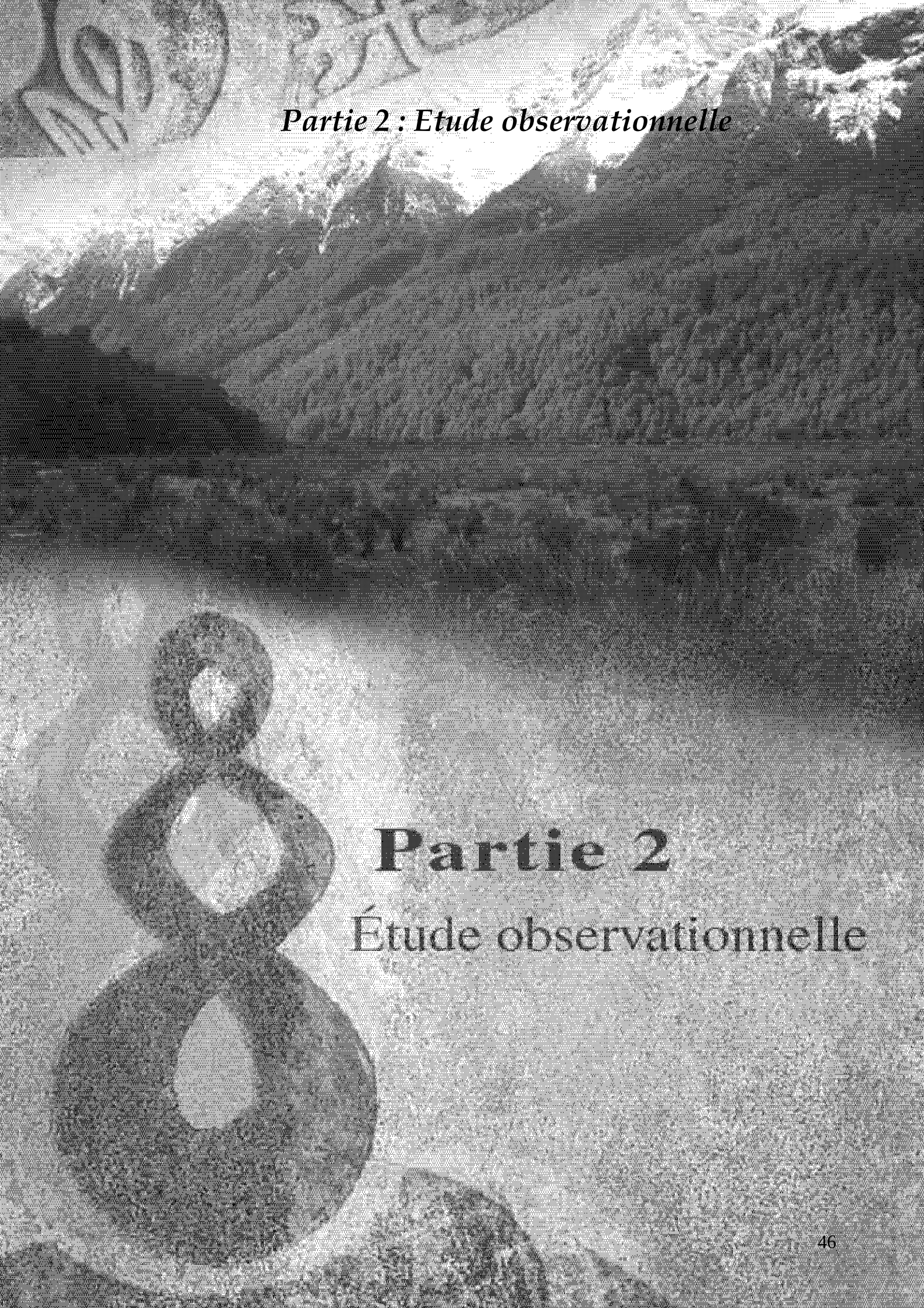
Cependant, la sage-femme est tenue de déceler toute pathologie durant la période de suivi et d'adresser alors sa patiente à un praticien spécialisé. Dans certains cas, elle peut suivre une patiente en complémentarité avec l'obstétricien.

On remarque que les compétences précises des sages-femmes sont sensiblement identiques à celles décrites dans le code de déontologie français.

La sage-femme doit également être capable d'informer clairement la femme et sa famille, sur sa santé, le parcours de soin, afin de les faire s'y impliquer activement. Elle prodigue des conseils en termes d'hygiène de vie, d'éducation, d'allaitement… Pour réaliser cela, elle doit avant tout comprendre d'une façon affective, les besoins, les conditions de vie de la femme et de sa famille.

La sage-femme a aussi des responsabilités légales par rapport à sa profession et aux soins qu'elle pratique. Elle doit donc connaître et appliquer ces règles.

La profession de sage-femme en Nouvelle-Zélande semble requérir un certain nombre de qualités exigées également en France, cependant l'aspect culturel et surtout l'aspect familial sont plus développés. Ceci montre bien qu'il y a un impact potentiel de la culture maorie sur les pratiques professionnelles actuelles.



Partie 2

Étude observationnelle

1. EXPLICATION DE L'ÉTUDE

Après avoir approfondi mes connaissances sur la culture maorie et plus particulièrement sur les traditions autour de la grossesse et de la naissance, je vais m'intéresser, à présent, aux pratiques culturelles actuelles et à l'influence qu'elles ont sur le métier de sage-femme.

Le but principal de cette étude est d'observer la part des traditions qui subsistent dans le domaine de l'obstétrique. Par conséquent, j'ai effectué un stage de 3 mois à Rotorua, une ville de l'île du nord, où la culture maorie est très riche et très présente puisque 35% de la population est maorie. J'ai travaillé avec l'organisation « Lakes midwives » qui est composée de trois sages-femmes d'origine maorie.

Pour réaliser cette étude, j'ai collecté mes données de deux façons : des entretiens auprès de ces sages-femmes et une observation précise de ma part au cours de mon stage. J'ai élaboré une grille d'entretiens composée de huit questions. L'objectif de ces questions était d'une part, de mesurer l'évolution de certaines valeurs et pratiques importantes autrefois, d'autre part, de recueillir l'avis des sages-femmes concernant des événements vécus pendant mon stage. La grille des entretiens est présentée en annexe 7. Les textes des entretiens se trouvent en annexe 8, je les ai volontairement laissés en anglais pour rester fidèle aux idées exprimées et pour éviter des différences de sens dans la traduction. Cependant, je les ai résumés dans la présentation de mes résultats. Mon travail présente conjointement les avis exprimés lors des entretiens et mes observations afin d'éviter d'éventuelles répétitions qui auraient pu se produire si ces deux parties avaient été séparées.

J'ai souhaité réaliser ces entretiens pour recueillir les avis et les impressions de professionnels de santé qui suivent quotidiennement des femmes maories et qui ont donc de l'expérience dans ce domaine. De plus, l'origine ethnique de ces sages-femmes apporte un intérêt supplémentaire aux interwiews, car elles parlent à la fois en tant que professionnelles et en tant que femmes maories. L'étude observationnelle est complémentaire des entretiens car ma vision extérieure des choses est peut-être empreinte de distanciation.

2. ETUDE ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Tout d'abord, il me semble essentiel de cadrer le contexte de mon étude en expliquant le fonctionnement des sages-femmes en Nouvelle-Zélande.

La plupart d'entre-elles, sont des professionnelles indépendantes qui possèdent leur propre cabinet (cf. annexe 9). Les femmes enceintes y sont suivies pendant toute leur grossesse. Elles accouchent à l'hôpital qui sert de plateau technique à la sage-femme indépendante. D'autres sages-femmes travaillent également à l'hôpital, elles servent de relais quand le travail de la sage-femme indépendante est terminé à l'hôpital.

Le suivi post-partum est réalisé par la sage-femme au domicile de la patiente pendant cinq à six semaines, puis le relais est assuré par d'autres organismes de la petite enfance notamment Tipu Ora encore présent à Rotorua.

2.1. Une façon différente d'investir sa culture

Chaque sage-femme suit en moyenne 70 femmes par an, la proportion de femmes maories suivies est de 90%.

D'après les sages-femmes, leurs patientes les choisissent en raison de leur professionnalisme, de leur expérience, de leur disponibilité, de leur personnalité. Souvent, elles ont pu aussi leur être recommandées par leur entourage.

Les sages-femmes sont unanimes à penser qu'elles les consultent parce qu'elles sont elles-mêmes maories. Selon elles, presque toutes les femmes désirent inclure leur culture dans leur projet de naissance mais à différents degrés.

Certaines souhaitent que toutes les pratiques culturelles possibles soient réalisées. D'autres choisissent un professionnel maori pour se sentir davantage en confiance et être mieux comprises par celui-ci et n'ont pas d'attente plus particulière concernant la prise en compte de leur culture.

De plus, elles ont le désir d'être prises en charge en toute sécurité tant sur le plan obstétrical que culturel et de bénéficier d'un suivi avec les mêmes personnes sur le long terme.

Selon leur éducation, les femmes investissent leur culture de façon différente. En effet, certaines ont grandi dans des familles où la transmission des valeurs

traditionnelles ne se pratiquait pas et sont donc assez éloignées de leur culture tant sur le plan pratique que théorique.

Par ailleurs, d'autres femmes, à l'image des sages-femmes avec lesquelles j'ai travaillé, ont été élevées dans la pratique et la connaissance de leurs traditions (se retrouver au marae, parler la langue, communiquer avec les anciens…).

Par conséquent, selon leur degré de connaissances, ces femmes auront plus ou moins d'attentes pour le suivi de leur grossesse. Les valeurs qui subsistent et qui seront décrites par la suite, sont donc à nuancer et diffèrent selon le niveau de connaissance culturelle des patientes.

2.2. La conservation des pratiques et des valeurs culturelles

2.2.1. La famille

Durant mon stage, la famille m'a semblé être un élément encore bien présent et important pour le bien-être des femmes maories.

On voit rarement une femme seule dans toutes les étapes de la grossesse. En effet, des membres plus ou moins éloignés de sa famille, peuvent être présents lors des consultations, de l'accouchement, de la préparation à la naissance. Il semble naturel que la femme enceinte soit accompagnée par plusieurs personnes de sa famille qui jouent un rôle de soutien auprès d'elle.

J'ai remarqué l'importance de leur présence et de leurs encouragements surtout lors du travail. Les mères et les sœurs l'aident à mieux maîtriser la douleur en l'incitant à respirer pendant les contractions. La femme se sent alors épaulée aussi bien par les professionnels de santé que par sa famille, ce qui lui évite de s'affoler pendant le travail, de perdre ses moyens ; elle peut ainsi conserver ses forces jusqu'aux efforts de poussée.

Lorsqu'on se rend au domicile des femmes pour le suivi du post-partum, on constate, là encore, que la famille est une source d'aide pour la jeune mère. Plusieurs générations vivent souvent dans la même maison. Les raisons de cette vie communautaire sont peut-être économiques mais elles sont également liées à la valeur

familiale dans la culture maorie. Celle-ci transparaît aussi dans leur façon d'exposer de nombreuses photos des membres de leur famille sur les murs.

Dans cette façon de vivre, les moments de partage, de conseils sont fréquents. J'ai notamment observé une sœur allaitant son enfant de huit mois, qui donnait des conseils à sa jeune sœur qui débutait son allaitement.

Parfois, on retrouve une transmission culturelle lors de ces explications. Je me rappelle du plaisir qu'avait une mère à transmettre des pratiques traditionnelles à sa fille pendant une séance de préparation à l'accouchement.

Les sages-femmes, quant à elles, estiment qu'effectivement l'implication de la famille est encore importante et fait partie intégrante du projet de naissance, sauf dans quelques familles.

Plus personnellement, en tant que femmes maories, elles accordent une place primordiale aux valeurs et relations familiales. En effet, elles restent en contact avec leur famille, elles s'intéressent à l'actualité des marae.

En discutant avec les anciens, elles ont appris les traditions, elles ont pu faire leur whakapapa (généalogie) qui leur semble encore fondamentale à l'heure actuelle. Elles ont l'envie de communiquer ces valeurs à leurs propres enfants, ce qui montre bien que la transmission culturelle existe toujours.

2.2.2. Le tapu

Les sages-femmes considèrent que la notion du tapu tient encore actuellement une place importante. Elle est cependant interprétée d'une façon différente par rapport aux générations.

Le respect du tapu aujourd'hui apparaît surtout au moment de l'accouchement : ne pas manger dans la salle de naissance en raison de la présence de sang, ne pas s'asseoir sur les tables. La tête est toujours considérée comme tapu, donc on ne la touche pas, l'oreiller sur lequel elle repose ne doit pas toucher d'autres parties du corps.

Dans sa relation avec la patiente, la sage-femme aborde la question du tapu, pour définir avec elle ce qui est tapu et ce qui ne l'est pas. Ainsi, les sages-femmes respecteront ces idées lors de l'accouchement et cela évitera à la femme d'accepter des principes qui ne lui conviennent pas.

A l'heure actuelle, le tapu peut être perçu comme un respect du corps et de l'intimité de toute femme, maorie ou non. Les sages-femmes essayent de maintenir ce principe actif aussi bien dans leur vie personnelle que professionnelle.

Selon moi, la notion du tapu est difficile à identifier car il s'agit d'interdit et donc d'idée tacite. Je l'ai perçu dans le respect que les sages-femmes ont du corps de la patiente.

Cela se devine dans la délicatesse et le respect de la pudeur lors du toucher vaginal. Elles ne les pratiquent que toutes les trois, quatre heures (ceci est lié également aux pratiques de l'obstétrique en Nouvelle-Zélande) et laissent le drap sur la patiente pendant qu'elles l'examinent.

2.2.3. La naissance

Plusieurs possibilités pour accoucher s'offrent aux femmes : l'accouchement à l'hôpital, l'accouchement à la maison, l'accouchement dans l'eau. Les deux dernières possibilités peuvent être envisagées si la patiente ne présente pas d'antécédents ou de facteurs de risque particuliers et dans le cas où l'évolution de la grossesse n'a pas été incidentée par une pathologie quelconque. Il s'agit de procédés très encadrés.

En général, les femmes restent à domicile pendant le début du travail, ce qui leur permet d'être dans un environnement familier et rassurant. Elles peuvent ainsi mieux se détendre, mieux gérer la douleur de leurs contractions. La sage-femme passe les examiner au moins une fois et les envoie à l'hôpital lorsqu'elles sont à 5 cm de dilatation cervicale minimum.

A l'hôpital, les patientes sont assez libres de leurs mouvements et sont donc assez actives dans la maîtrise de leur travail. Ce sentiment de participation diffère de ce qu'elles exprimaient dans les années 50 lorsqu'elles commencèrent à accoucher à l'hôpital.

Concernant l'analgésie pendant le travail, 3% de femmes ont recours à l'analgésie péridurale, à l'hôpital de Rotorua. Les femmes disposent de différents moyens pour soulager la douleur, qu'elles utilisent graduellement.

En association avec la respiration lente et profonde, les femmes peuvent choisir de se relaxer dans un bain tiède. Chaque chambre est donc pourvue d'une baignoire. Lorsque la douleur s'intensifie, on leur propose de respirer un mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote pendant les contractions.

Quand cela ne suffit plus, du remifentanyl en intraveineuse est administré grâce à un dispositif de PCA (Patient Control Analgesia). Ceci nécessite une surveillance continue de la saturation en oxygène et du rythme cardiaque fœtal. L'analgésie péridurale est utilisée en dernier recours et en particulier dans les cas de césariennes.

On sent chez beaucoup de femmes l'envie d'accoucher avec peu d'analgésie, ce qui leur assure une certaine liberté et ce qui peut les rapprocher des traditions ancestrales.

Lors de l'accouchement, les femmes se mettent dans la position qui leur convient le plus. Certaines décident d'adopter la position de leurs aïeules en se plaçant à genoux dans le lit, la sage-femme agit alors derrière la femme. Cette position semble faciliter l'expulsion car elle est plus physiologique.

Actuellement, le cordon est clampé avec un clamp en plastique et coupé avec des ciseaux. Après la délivrance, la sage-femme demande à la patiente si elle veut conserver le placenta. Souvent, elles le récupèrent et l'enterrent chez elles, dans le respect de la tradition.

Des prénoms d'origine maorie sont encore donnés mais ne dépendent plus des circonstances de la naissance.

La durée de séjour à l'hôpital est assez courte : un à deux jours pour un accouchement par voie basse et deux à quatre jours pour une césarienne. Ceci peut s'expliquer par le soutien que les femmes auront à domicile tant sur le plan familial que professionnel.

2.2.4. Les soins traditionnels

Les soins traditionnels sont encore plus ou moins utilisés selon les soignants.

Concernant les karakia, il est difficile d'affirmer leur persistance car il s'agit d'un acte tacite, personnel. Les sages-femmes expriment l'impact de la colonisation sur

cette pratique. Les karakia ont évolué vers des prières qui ne sont pas obligatoirement récitées en langue maorie et qui ne sont pas codifiées pour les circonstances. Autrefois, les Maoris n'auraient jamais prononcé de karakia en dehors de leur lieu de vie.

Les propriétés thérapeutiques de l'eau sont encore utilisées lors de la grossesse et de l'accouchement. Les sages-femmes conseillent encore les bains dans les sources chaudes afin que les femmes se relaxent et que certains maux de la grossesse soient soulagés (hémorroïdes, douleurs ligamentaires…). Les femmes souhaitent souvent avoir recours au bain durant le travail.

Les massages du dos pendant le travail, dont la technique a évolué, atténuent la douleur des contractions et sont encore largement employés.

Quand les sages-femmes interrogent leurs patientes au sujet de la prise de rongoa, j'ai noté que quelques femmes utilisent ce mode de traitement. Les trois sages-femmes ne donnent pas de conseils à propos des rongoa car elles estiment manquer de connaissance en la matière.

Elles précisent que l'accès à certaines plantes reste limité pour des raisons géographiques. En effet, on trouve plus d'espèces dans l'île du sud que dans l'île du nord. Cependant, elles expliquent que d'autres sages-femmes maîtrisant mieux ce sujet, y ont recours. Selon elles, ce savoir ne s'apprend pas seulement en théorie mais aussi en pratique avec des personnes compétentes. Si les femmes ont vraiment l'envie d'utiliser des plantes, les sages-femmes leur conseillent alors de s'adresser à des personnes de leur famille qui sont expertes.

Elles prennent le temps de discuter avec leurs patientes pour intégrer ces pratiques dans le projet de naissance et s'assurer que celles-ci sont sûres. Elles ont déjà eu, en effet, l'expérience de pratiques douteuses, notamment l'utilisation d'un mélange d'eau et de fleurs pour remplacer le lait donné à l'enfant. Ce breuvage avait été conseillé par le grand-père d'une patiente, celle-ci pensait donc qu'il s'agissait d'une pratique traditionnelle.

Les sages-femmes accordent beaucoup d'importance à la communication avec leurs patientes afin d'assurer un certain niveau de sécurité tout en appliquant des soins culturels.

2.2.5. Croyances et rites

Des disparités dans la connaissance des croyances concernant la grossesse existent, ceci principalement en raison de l'éducation enseignée au sein du groupe familial.

Ne pas se couper les cheveux, ne pas se rendre au cimetière, sont selon les sages-femmes, les deux croyances les plus connues. Elles expliquent que le wairua (dimension spirituelle) et le hinengaro (dimension émotionnelle) comptent beaucoup dans la vie des Maoris. Pendant la grossesse, la notion de transmission culturelle est très présente. C'est un temps où la femme s'interroge davantage sur ses origines, sa généalogie, l'histoire de son peuple. Par conséquent, le hinengaro, concept général au départ, s'applique à des événements spécifiques comme la grossesse.

Au sujet des rites, j'ai plus ou moins de certitude quant à leur persistance. Actuellement, beaucoup de familles enterrent encore le placenta et le cordon.

Les rites du post-partum restent un domaine à explorer car ils font partie de la vie privée et familiale et sont donc difficilement observables.

Le koroingo existe certainement encore car la naissance d'un enfant est un événement familial important. Les discours codifiés de félicitations ont dû disparaître mais on peut supposer que les familles se réunissent pour célébrer la naissance.

On peut imaginer que le tohi s'est peu à peu transformé en cérémonie baptismale à l'occidentale.

Les rites se sont sûrement adaptés à la modernité et à l'occidentalisation de la vie actuelle.

2.3. Sages- femmes : professionnelles de santé et éducatrices culturelles

Durant mon stage, j'ai remarqué le double rôle joué par ces sages-femmes. Elles essayent à la fois de promouvoir le bon état de santé de leurs patientes et de les accompagner sur le plan culturel en leur transmettant des valeurs traditionnelles essentielles.

2.3.1. Turanga kaupapa (Préparation à la naissance)

Ces deux facettes de leur métier sont particulièrement apparentes lors des séances de préparation à la naissance.

Ces dernières se déroulent pendant deux jours dans un marae, lieu symbolique de rencontres et de communication dans la culture maorie. Dans le respect de la tradition maorie, il est obligatoire d'enlever ses chaussures avant d'y pénétrer afin de ne pas offenser les ancêtres.

La cohésion du groupe se construit en partie grâce au repas que les patientes et les sages-femmes partagent. Ceci illustre également la relation toute particulière qu'elles établissent avec leurs patientes. Ainsi, les femmes se sentent plus à l'aise et n'hésitent pas à poser des questions durant les séances.

Celles-ci se composent d'une part, d'une information concernant la grossesse, l'accouchement, le post-partum, qui est similaire à ce que nous expliquons pendant la préparation à la naissance en France.

D'autre part, elles transmettent leurs connaissances sur le plan culturel.

Elles racontent certains mythes : la création du monde avec la séparation de la terre mère et du ciel père et la naissance de la première femme. Ceci montre bien que la mythologie tient encore beaucoup de place chez les Maoris. En effet, ils accordent une grande valeur à leur histoire et à leurs origines ; c'est pourquoi, la connaissance de ces récits présente de l'intérêt et apporte des réponses aux questions d'identité. Le mythe concernant la naissance de Hine-Ahu-One incite la femme à se projeter dans l'image de cette humaine qui fut la première à enfanter.

Elles parlent ensuite de la généalogie et distribuent une feuille qui recense les connaissances des femmes en matière d'appartenance tribale, familiale et territoriale. Elles conseillent aux femmes qui désirent en apprendre davantage sur leurs origines, d'interroger les anciens de leur famille.

Elles mettent l'accent sur l'importance de la descendance dont le mokopuna (petit-fils) est un maillon. De plus, les sages-femmes insistent sur l'intérêt de la présence familiale à ces moments-clés de la vie des femmes et sur la possibilité d'intégrer le whanau dans le projet de naissance. Elles se servent du modèle whare tapa wha (cf **5.2.**) pour transmettre les différentes composantes du bien-être et d'un bon état de santé.

La notion du mana existe toujours mais les sages-femmes adaptent son sens au contexte de la femme et de la grossesse. En effet, il représente plutôt le respect que les femmes doivent exiger pour elles-mêmes et leur dignité qui doit être protégée. C'est une façon aussi de rassurer les patientes sur la relation de confiance et de respect que les sages-femmes établissent avec elles.

Un des éléments essentiels qu'elles rappellent également est le lien qui rattache les Maoris à leur terre. Les sages-femmes justifient ainsi la coutume ancestrale d'enterrer le cordon et le placenta. Tout en attribuant l'interprétation symbolique de l'acte, elles perpétuent cette pratique, qui semble relativement bien suivie par les femmes.

Elles mettent en lien l'aspect médical et culturel lors des rappels anatomiques. En effet, elles valorisent la langue maorie en traduisant les mots concernant la grossesse. Ceci semble assez efficace car j'ai constaté que les femmes qui avaient participé à ces séances, employaient de préférence ces termes maoris.

Les sages- femmes essayent aussi de mobiliser les connaissances culturelles des femmes en les interrogeant, en favorisant les échanges entre elles sur les rites, les pratiques traditionnelles…

Ainsi, elles adaptent leur discours en fonction du savoir de leurs patientes. Celles-ci mémorisent plus facilement par ce processus de réflexion.

Des conseils sont donnés aux femmes sur la façon d'investir les pratiques traditionnelles actuellement. Les karakia par exemple, prononcés dans la langue de leur choix, peuvent prendre la forme qu'elles désirent (demande d'aide…). Afin de perpétuer cette pratique, les sages-femmes accueillent leurs patientes par un karakia et terminent la journée par une autre incantation.

Elles mettent aussi les femmes en situation et montrent aux partenaires comment réaliser les mirimiri qui soulageront le dos de leur compagne pendant le travail. Des massages du sein sont expliqués et recommandés pendant toute la grossesse pour diminuer leur sensibilité lorsque l'enfant tétera.

L'allaitement maternel ainsi que des règles d'hygiène de vie (alimentation variée et équilibrée, suppression du tabac, de l'alcool…) sont également inclus dans les pratiques traditionnelles. Ces valeurs présentent à la fois une dimension de santé publique et une dimension culturelle. Ce message alliant la prévention à la culture aura, ainsi, plus d'impact.

Une partie de ce temps est consacrée à des travaux pratiques. Les sages-femmes apprennent aux patientes la technique pour fabriquer le lien qui servait à clamper le cordon autrefois.

Pour cela, elles apportent des feuilles de lin. Il faut tout d'abord pratiquer une incision sur la partie mate de la feuille. On tient ensuite la feuille au niveau de la pliure obtenue et on exerce une pression sur la feuille avec le côté plat d'un couteau pour ainsi extraire le lin. On prend alors deux brins de fibre de lin que l'on mouille et que l'on enroule l'un sur l'autre avec la main sur la cuisse. On noue ensuite chaque extrémité du clamp obtenu.

Lors de cette réalisation, il régnait une atmosphère conviviale et riche d'échanges. J'ai ressenti, pour ma part, cette envie de partager et de transmettre cette pratique traditionnelle de la part des personnes plus âgées ; par exemple, la mère d'une patiente m'a guidée lorsque j'avais des difficultés à réaliser cette activité.

Deux poteries en argile sont également fabriquées par les femmes sous les conseils des sages-femmes : l'une relativement grande pour contenir le placenta et une plus petite dans laquelle le cordon sera déposé après sa chute.

Lors de ces séances, l'accompagnant (mari, mère, sœur…) a un rôle actif et participatif, il modèle une des deux poteries. Certaines femmes laissaient libre cours à

leur imagination en donnant des formes originales (terrain de rugby, cœur…) et en les décorant à leur idée. D'autres, par contre, étaient plus traditionnelles dans leur façon de faire.

Les sages-femmes étaient disponibles pour leur donner des conseils et transmettre la technique ancestrale qui consiste à empiler des boudins d'argile sur la circonférence d'une surface plane et ronde.

J'ai ressenti au cours de ces séances, la motivation forte des sages-femmes, à la fois pour impliquer les femmes et leur famille, pour faire passer un message de santé publique et pour assurer la sauvegarde et la perpétuation de la culture.

2.3.2. Conciliation des aspects de sécurité et des aspects culturels

Les trois sages-femmes expriment la nécessité et l'importance des moments de communication avec les femmes. Elles pensent en effet qu'il est primordial de construire avec elles une relation de confiance. Les patientes peuvent ainsi faire part de leurs désirs, elles définissent ce qu'elles souhaiteraient pour leur accouchement.

Cette liberté de parole que les sages-femmes essayent d'instaurer, est dans certains cas un peu difficile à installer. Certaines patientes sont un peu mal à l'aise, elles semblent d'accord avec tout ce qu'on leur dit, notamment en termes d'hygiène de vie, puis ne reviennent pas en consultation.

Mais la plupart des patientes s'engagent dans ce dialogue où elles peuvent parler de leur culture et s'y sentent bien. Cette prise en compte de valeurs culturelles par l'échange s'adresse également aux femmes appartenant à d'autres ethnies (indienne, polynésienne, …). Les sages-femmes leur demandent aussi si elles ont des idées spécifiques, des envies particulières autour de leur grossesse en lien avec leur culture.

Le projet de naissance est alors un moyen pour communiquer avec les patientes, pour recenser leurs volontés. A chaque consultation, une feuille comportant les différentes rubriques concernant la grossesse et l'accouchement est relue et complétée au fur et à mesure. Les patientes disent par exemple, si elles désirent des analgésiques pour l'accouchement, si elles veulent conserver le placenta, si elles souhaitent accoucher à la maison…

Ce projet de naissance permet donc d'informer la patiente, de bien prendre en compte ses volontés, de les prévoir avant l'accouchement et de les envisager en termes de santé.

Les sages-femmes essayent alors de concilier les aspirations culturelles de leurs patientes et leur sécurité. Cependant, elles sont unanimes à penser que si un risque potentiel pour la mère ou pour l'enfant existe, elles choisiront la sécurité avant toute chose. Elles sont donc très attentives à cela et désirent suivre leurs patientes dans un cadre sécurisé. La sécurité est en effet une part importante de leur métier.

Les sages-femmes doivent d'ailleurs se protéger car elles peuvent être sanctionnées juridiquement en cas de faute professionnelle. Elles sont sous l'autorité du DHB (district health board) et du Ministère de la santé.

Mais en général, elles arrivent à concilier les deux dimensions sans trop de difficulté car les demandes formulées par les patientes restent dans des limites acceptables. Les futures mamans, elles aussi, désirent donner naissance à leur enfant en toute sécurité.

Si toutefois un désaccord existe entre les sages-femmes et la patiente et sa famille, la gestion de ce problème passe par la discussion. Les professionnelles expliquent que les choix ne peuvent pas toujours être entièrement respectés quand la sécurité est compromise. Elles tentent alors de proposer une alternative à la patiente toujours dans le but de rendre ses attentes compatibles avec un soin et un accompagnement sécurisés.

Pour ma part, en accompagnant les sages-femmes à la fois dans leurs consultations et dans leur travail à l'hôpital, je trouve qu'elles réussissent assez facilement à allier l'aspect culturel à l'aspect de la sécurité.

Les traditions conservées actuellement (présence de la famille, conservation et enterrement du placenta et du cordon…) ne me paraissent pas présenter de danger pour la patiente et son bébé.

Bien que l'accouchement soit moins médicalisé qu'en France, la sécurité est néanmoins bien assurée par des pratiques protocolisées et reste la priorité des professionnelles.

2.3.3. Sage-femme : la descendante des tohunga ?

Dans les temps anciens, les tohunga étaient des experts dans des domaines spécifiques, notamment celui de la naissance. On peut donc se demander si la sage-femme aujourd'hui est la descendante de ces praticiens ancestraux.

Les sages-femmes expriment des avis différents concernant cette question. Deux d'entre elles ne pensent pas être les héritières des tohunga car la place bien particulière qu'occupait le tohunga dans la société maorie autrefois ne correspond plus à celle qu'elles ont actuellement.

La spiritualité fait partie intégrante du métier de sage-femme maorie mais n'est pas comparable à celle que le tohunga représentait. Les soins pratiqués par le tohunga tels que les rituels, les rongoa, les karakia, ne sont plus tellement utilisés de nos jours. Les sages-femmes manquent de connaissances dans la langue maorie et dans les rituels pour effectuer un travail similaire à celui du tohunga.

De plus, en raison de l'évolution de la médecine et des technologies, elles sont des professionnelles plus compétentes sur le plan clinique. Assurer la sécurité des patientes et de leurs bébés, est primordial aujourd'hui alors qu'autrefois, la sécurité était plus difficile à mettre en place. En effet, les tohunga avaient plus de compétences spirituelles que médicales et soignaient donc les patientes en partie par des rituels.

La troisième sage-femme considère qu'étant les détentrices d'un savoir dans le domaine spécifique de la naissance, elles s'apparentent dans une certaine mesure au tohunga qui était, lui aussi, spécialiste dans un domaine.

Je suis assez d'accord avec ces avis exprimés et je trouve leurs différences intéressantes. Cela montre là encore que l'on peut envisager sa culture et son métier sous divers angles.

J'ai l'impression que ces professionnelles sont un peu à l'image des tohunga parce qu'elles sont spécialistes dans leur domaine de santé et qu'elles transmettent également des pratiques anciennes, des traditions. Elles me semblent être un lien entre ce que le tohunga pratiquait autrefois et la médecine actuelle.

La façon de soigner des tohunga s'est transformée en fonction des progrès de la médecine, de la technique et du mode de vie. Ainsi, les soignants spirituels ont évolué en professionnels de santé qui ont su prendre en compte les avancées médicales tout en laissant une place à la culture.

A mon sens, les sages-femmes sont dépositaires d'une partie de l'héritage des tohunga en raison de leur champ spécifique d'action et de certaines pratiques culturelles qu'elles conservent.

2.3.4. Le rôle essentiel des sages-femmes dans la sauvegarde culturelle

Les sages-femmes sont conscientes de l'importance du rôle qu'elles assurent auprès des femmes qu'elles suivent. Elles comprennent bien leurs patientes car elles partagent la même culture.

Elles portent cette culture en elles et ressentent le besoin de la transmettre à leurs enfants, à leurs patientes.

Une des sages-femmes a fait une pause de six ans dans son métier, elle a profité de ce temps pour apprendre le Te Reo. Elle dit mieux se connaître maintenant en tant que femme maorie et par conséquent, mieux comprendre la façon de penser de ses patientes.

Le rôle de reconnaissance de l'identité et de la transmission culturelle prend toute sa place lors des séances de préparation à la naissance. Progressivement, en prenant en compte ce que les femmes connaissent de leur culture, en leur apportant d'autres pratiques traditionnelles, les sages-femmes aident les femmes à se sentir reconnues, à être fières de leurs origines et de leurs traditions.

Les sages-femmes pensent que l'impact culturel est moins présent qu'autrefois, quand les Maoris parlaient couramment leur langue mais elles trouvent pourtant que l'essor culturel est plus fort qu'il y a dix ans.

En participant aux séances de préparation à la naissance, j'ai ressenti effectivement cette force et cette volonté des professionnelles pour donner une large place à leur culture.

On sent qu'elles trouvent primordial que les femmes s'identifient ethniquement, qu'elles aient plus de connaissances culturelles, que la culture maorie continue à être présente.

Cette motivation semble porter des fruits puisqu'un renouveau culturel est en marche.

Conclusion

Autour de la naissance, des spécificités existaient dans la société maorie.

Tout d'abord, les règles générales qui régissaient la vie en société, avaient également des implications lors de la grossesse.

Les soignants maoris qui appartenaient davantage au monde spirituel, disposaient de soins traditionnels auxquels ils recouraient en anténatal, périnatal et postnatal.

La période du post-partum était rythmée par la célébration de nombreux rites.

Ces valeurs et ces rituels traditionnels ont été érodés par la colonisation et l'occidentalisation.

Actuellement, beaucoup de femmes maories sont suivies par des sages-femmes de la même ethnie.

Au cours de mon stage, j'ai été frappée par l'envie et la détermination avec lesquelles ces professionnelles de santé transmettent et sauvegardent leur culture.

En effet, elles adaptent les principes et pratiques ancestrales à la modernité de la vie afin de renforcer l'identité culturelle.

Cette démarche s'inclut dans l'émergence du biculturalisme néo-zélandais qui concerne tous les domaines de la société. Aujourd'hui, on observe une renaissance de la culture maorie et une prise de conscience de la nécessité de la prendre en compte.

Cette expérience néo-zélandaise met en lumière l'importance de la reconnaissance de l'identité culturelle dans la prise en charge d'un patient dans le domaine de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

(1) : BEST, E. *The Maori as he was.* Wellington : R. E. Owen, Government Printer, 1924. 295 p.

(2) : STENSON, M. *Illustrated history of New-Zealand.* Auckland : Random House, 2004. 95 p. ISBN : 1 86941 602 3

(3) : TOLRON, F. *La Nouvelle-Zélande : du duel au duo ?* Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 2000. 338 p. ISBN : 2-85816-528-9

(4) : LE CAM, G. *Mythe et stratégie identitaire chez les Maoris de Nouvelle-Zélande.* Paris : L'harmattan, 1992. 240 p. ISBN : 2-7384-1764-7

(5) : DENNAN, R. *Guide Rangi of Rotorua.*Christchurch : Whitcombe and Tombs Ltd, 1968. 155 p.

(6) : DURIE, M. *Whaiora, Maori health development.* Auckland : Oxford University Press, 1994. 244 p. ISBN : 0 19 558403 1

(7) : MAUSS, M. *Essai sur le don.* Paris : Presses Universitaires de France, 2007. 249 p. ISBN : 978-2-13-055499-8

(8) : BINNEY, J., CHAPLIN, G. *Nga Morehu The survivors.* Auckland : Auckland University Press, 1996. 218 p. ISBN : 1 86940 147 6

(9) : BEST, E. *The whare kohanga and its lore.* Wellington : A. R. Shearer, Government Printer, 1929. 93 p.

(10) : BROUGHTON, J., HASSAN, C., RIMENE, C. *Ukaipo.* Dunedin : Te Roopu Rangahau Hauora Maori o Ngai Tahu, 1998. 110 p. ISBN : 0-9597989-4-3

(11) : ORANGE, C. *An Illustrated History of the Treaty of Waitangi.* Wellington : Bridget Williams Books Ltd, 2004. 345 p. ISBN : 1-877242-16-0

(12) : CACCIOPPOLI, P., CULLEN, R. *Maori health.* Auckland : Kotahitanga Community Trust, 2005. 175 p. ISBN : 0 476 01572 3

(13) : WOLF, R. *Remember when…Our New-Zealand 1900 to 1999.* Auckland: Cumulus, 1999. 224 p. ISBN : 1 86954 507 9

COOK, J. *Relations de voyages autour du monde.* Paris : La Découverte et Syros, 1998. 455 p. ISBN : 978-2-7071-4812-4

FREUD, S. *Totem et Tabou.* Paris : Points, 2010. 299 p. ISBN : 978-2-7578-0214-4

Sites internets :

(14) : www.moh.govt.nz/

(15) : www.midwiferycoucil.health.nz/

(16) : www.midwife.org.nz/

Musée :

Dominion Museum, Auckland

GLOSSAIRE

Aotearoa : Nouvelle-Zélande
Atua : dieu
Hapu : clan, grossesse
Hine-Ahu-One : la première femme
Hinengaro : émotions, pensées
Hine-Nui-Te-Po : fille de Tane qui séjourne dans le monde sous-terrain
Iho : portion moyenne du cordon
Io : être suprême
Karakia : incantation, prière
Kore : néant originel
Koroingo : cérémonie d'accueil de l'enfant
Mana : pouvoir ancestral, influence, autorité, prestige
Marae : maison commune
Mauri : âme, principe de vie
Mirimiri : massage
Mokopuna : petit-fils
Noa : autorisé, profane, propre
Pakeha : Européen
Papa : la Terre-Mère
Pito : portion du cordon rattachée à l'enfant
Po : nuit
Pure : cérémonie des dernières félicitations
Rangi : le Ciel-Père
Rarohenga : monde sous-terrain
Rauru : portion du cordon rattachée au placenta
Rauru nui : naissance normale
Ritenga : rituel
Rongoa : plante médicinale
Tane : dieu associé à la lumière, créateur des forêts, végétaux et de la première femme
Tangata : peuple
Tangata whenua : peuple de la terre
Tapu : interdit, sacré, sale
Tapuhi : accompagnante de la femme enceinte
Te Reo : la langue maorie
Tinana : corps
Tohi : cérémonie baptismale
Tohunga : personne compétente, prêtre
Toiora : protection des âmes
Utu : paiement, vengeance, compensation
Wahakanoa : cérémonie de libération du tapu
Wairua : esprit
Whakapapa : généalogie
Whanau : famille étendue, naissance
Whare kohanga : maison nid, hutte construite lorsque la femme est enceinte
Whare whakanoho : maison principale
Whenua : placenta, terre
Whiro: dieu du monde sous-terrain qui détruit les âmes

TABLE DES MATIERES

Remerciements **3**

Sommaire **4**

Préface **6**

Introduction **7**

Partie 1 : La société maorie et son évolution au cours de l'histoire **8**

1. Migrations, origines (1), (2), (3) **9**

2. Principes fondateurs de la société maorie **11**

2.1. La mythologie maorie (1), (3), (4) 11
2.2. Les principes de la vie en société (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) 12

3. La période pré-coloniale **14**

3.1. Le mode de vie maori (1), (2), (3), (8) 14
3.2. La vision de la santé (1), (3), (6) 16
3.3. La naissance et la parentalité 18
3.3.1. Généralités (3), (4), (6), (9), (10) 18
3.3.2. La grossesse (1), (6), (9), (10) 20
3.3.3. L'accouchement (5), (9), (10) 22
3.3.4. Le post-partum (1), (4), (6), (9) 23

4. L'impact de la colonisation **28**

4.1. De la découverte de la Nouvelle-Zélande par les Européens jusqu'aux années 1830 (2), (3) 28
4.2. Le Traité de Waitangi (2), (3), (6), (11) 29
4.3. La seconde moitié du XIXème siècle (2), (3), (11) 31
4.4. L'impact de la colonisation dans le domaine de la santé (6), (12) 33

5. De la période post-coloniale à nos jours **36**

5.1. Une société en évolution (2), (3), (6), (13) 36
5.2. Des progrès dans la santé (6), (13), (14) 38
5.3. Evolutions culturelles autour de la grossesse (cf. annexe 5) 42

6. Le métier de sage-femme en Nouvelle-Zélande (15), (16) **44**

Partie 2 : Etude observationnelle **46**

1. Explication de l'étude **47**

2. Etude et analyse des résultats **48**

2.1. Une façon différente d'investir sa culture 48
2.2. La conservation des pratiques et des valeurs culturelles 49
2.2.1. La famille 49
2.2.2. Le tapu 50
2.2.3. La naissance 51

2.2.4. Les soins traditionnels 52
2.2.5. Croyances et rites 54
2.3. Sages- femmes : professionnelles de santé et éducatrices culturelles 55
2.3.1. Turanga kaupapa (Préparation à la naissance) 55
2.3.2. Conciliation des aspects de sécurité et des aspects culturels 58
2.3.3. Sage-femme : la descendante des tohunga ? 60
2.3.4. Le rôle essentiel des sages-femmes dans la sauvegarde culturelle 61

Conclusion 63

Bibliographie 64

Glossaire 66

TABLE DES MATIERES 67

Annexe 1 : Les vagues migratoires I

Annexe 2 : Le mode de vie maori II

Annexe 3 : Les rongoa (plantes médicinales) IV

Annexe 4 : Le Traité de Waitangi V

Annexe 5: La naissance chez les Maoris dans les années 1930 VI

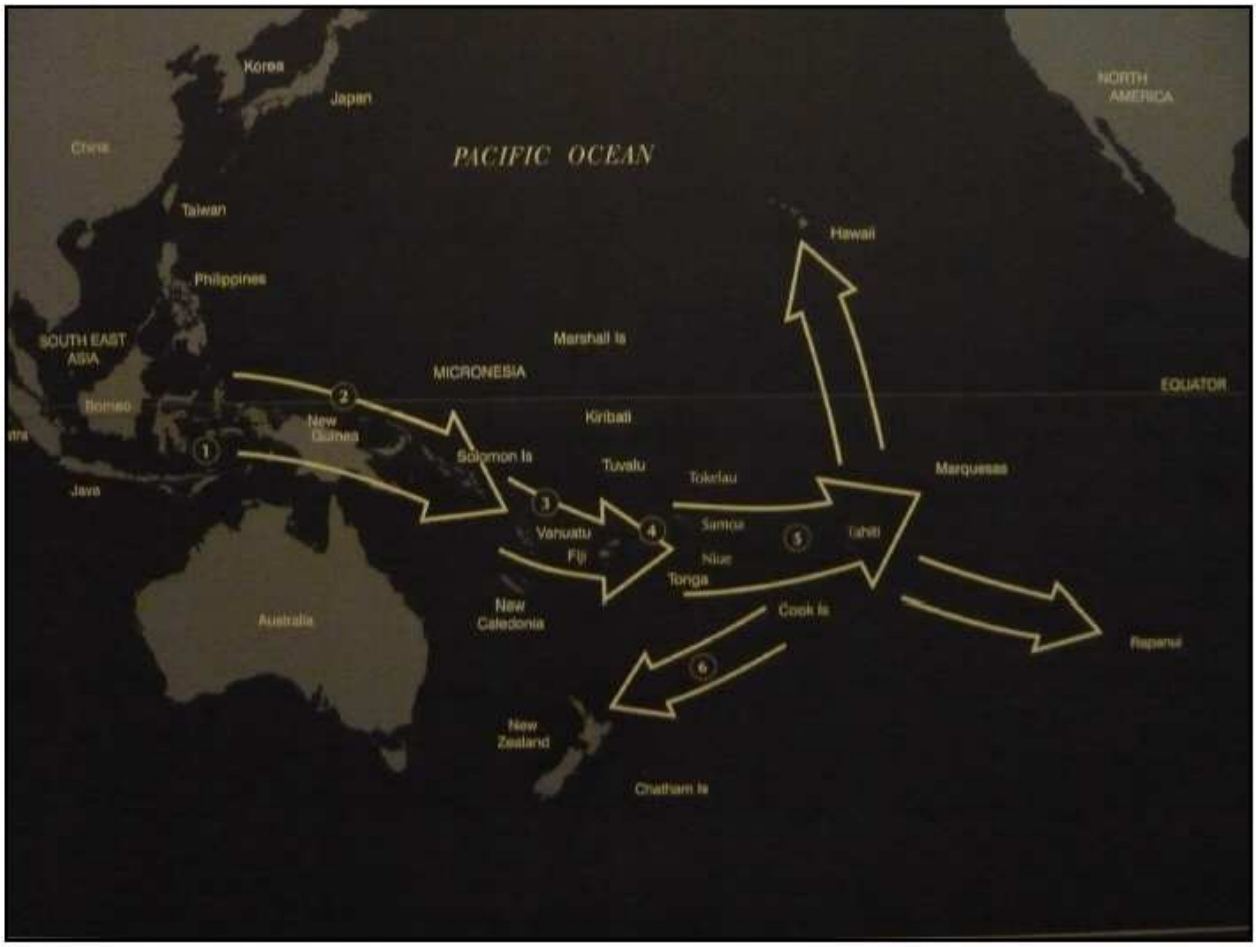
Annexe 6 : Le code de bonnes pratiques des sages-femmes VIII

Annexe 7 : Grille des entretiens XIII

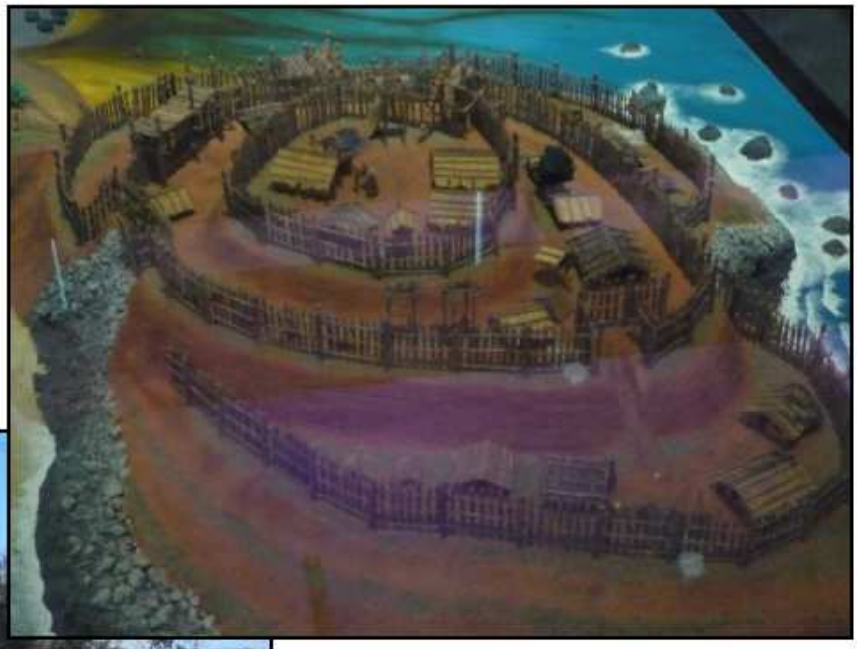
Annexe 8 : Entretiens XIV

Annexe 9 : L'organisation Lakes Midwives XXIII

ANNEXE 1 : LES VAGUES MIGRATOIRES



ANNEXE 2 : LE MODE DE VIE MAORI



Modèle de Pa (village fortifié)

Pataka (lieu de stockage de la nourriture)

Hangi (mode de cuisson)

Marae (maison commune)

Art du carving (sculpture)

Armes de guerre traditionnelles

ANNEXE 3 : LES RONGOA (PLANTES MÉDICINALES)

Nikau : rhopalostylis sapida

Kopakopa : trichomanes reniforme

Koromiko : hebe

Puha : sonchus arvensis

Mamaku : cyathee medullaris

ANNEXE 4 : LE TRAITÉ DE WAITANGI

Article 1: The Chiefs of the Confederation of the United Tribes of New-Zealand and the separate and independent Chiefs who have not become members of the Confederation cede to Her Majesty the Queen of England absolute and without reservation all the rights and powers of Sovereignty which the said Confederation or Individual Chiefs respectively exercise or possess, or may be supposed to exercise or possess over their respective Territories as the sole sovereigns thereof.

Article 2: Her Majesty the Queen of England confirms and guarantees to the Chiefs and Tribes of New-Zealand and to the respectives families and individuals thereof the full exclusive and undisturbed possessions of their Lands and Estates Forest Fisheries and other properties which they may collectively or individually possess as long as it is their wish and desire to retain the same in their possession; but the Chiefs of the United Tribes and the individual Chiefs yield to Her Majesty the exclusive right of Preemption over such lands as the proprietors thereof may be disposed to alienate at such prices as may be agreed upon between the respective Proprietors and persons appointed by Her Majesty to treat with them in that behalf.

Article 3: In consideration thereof Her Majesty the Queen of England extends to the Natives of New-Zealand Her royal protection and imparts to them all the Rights and Privileges of British subjects.

ANNEXE 5: LA NAISSANCE CHEZ LES MAORIS DANS LES ANNÉES 1930

MAORI CHILDBIRTH PRACTICES IN THE 1930s

'The Whanau Came In And Helped'

By the mid-1930s 78 per cent of European women gave birth in hospitals, but only 17 per cent of Maori women did so.[1] Eighty-three per cent of Maori women gave birth at home. The 1937 Commission of Inquiry into Maternity Services in New Zealand reported that most Maori women gave birth in the 'Native fashion with the assistance of their own folk'.[2]

The 'native fashion' involved kneeling or squatting to have the baby, a rather 'crude method' according to the Commission, although it conceded it was 'effective'. This description of the traditional Maori birthing process illustrated the general Pakeha devaluation of Maori practices. In 1907 the Tohunga Supression Act was passed, which effectively institutionalised this devaluation by outlawing experts within Maori society. The only 'experts' now were Pakeha, and confidence in Maori practices was gradually undermined. By the 1930s much Maori knowledge had become hidden and forgotten. Knowledge of childbirth practices also started to wane.

Ngarohi Raroa Kaa had six babies at home in Rangitukia on the East Coast — the first in 1936 — and a seventh in hospital. 'In my day when you had a baby the whanau came in and helped. It was lovely, really. My Mum and Dad were there and the kuia. They were very good with births. They used to come and sit and talk about my progress through the labour — Ripeka Moana, Caroline Kirk, Parehati Ngatai — they knew — and the District Nurse — Nurse Banks. She was always there to supervise.'

Te Aroha Burgess Beaumont had four babies at home, the first in 1938. Six more were born in hospital. Her grandmother, Kei Heke Ahitapu, attended her births and most of the other births in the isolated Te Rawhiti area in the Bay of Islands. 'Everyone was there. Everyone did things.' These experiences were, with some minor variations, typical of what happened in childbirth at the time.[3]

A room in the house was cleared out, except for a bed for after the birth. There was a tin bath for washing afterwards, and clothing. Old clean cloths — a sack with a sheet on top — were placed on the floor to receive the baby. Next to the cloths was a benzine tin, butterbox or stool, with a pillow on top to lean on while kneeling or squatting during contractions. This room was considered tapu from the second stage onwards until the pito, or cord, dropped off, and the mother had to stay in there during this time.

Ngarohi described her birthing experience: 'I walked around inside and out in the first stages in between pains. I squatted for the pains and my back was massaged. My mother used to say prayers all the time to keep things safe. When the pains came closer, my mother felt the baby's position. "The baby's ready," she said. She sat on the box and the nurse sat behind me. I put my arms around her waist and she held my arms. When I pushed down with the contraction, she had her knees under my breasts to help move the baby down. It was born quickly in about four pushes. It went down and the nurse caught it.'

Te Aroha's experience was much the same. Her grandmother pulled her forward to push the baby down. 'The baby popped out. It gave a loud cry. My grandmother cleared the mucus quickly with her fingers.'

Other women put their arms around their husband's, uncle's or grandfather's neck at this stage. Taurangi Tenana Clendon, on Moturua Island in the Bay of Islands at the time, sent her only helper, her husband, out of the room at this moment for fourteen of her sixteen children's births. 'Oh dear . . . I couldn't bear him to see the pain and the trying.' She used her three-legged stool as others used the knees, hooking the edge above her stomach while leaning on it and bearing down.[4]

For Ngarohi's baby, the mucus was cleared out of the nose and mouth with a rough warm cloth. Scissors were used to cut the cord after knots were tied with cotton. The baby was oiled and wrapped up and put near her.

Te Aroha's grandmother, Kei Ahitapu, used a kokata, or flat pipi shell, to cut the cord, and strands of cotton to tie it. Te Aroha recalled: 'There's always blood in the cord, you know. Well, I saw my grandmother move the blood back towards the baby's body, then tie the cord. After a gap, she moved a bit of blood back to the mother and tied it. Then she cut the cord with the kokata.' The baby was oiled and wrapped in a warmed towel, covering the head to keep it warm.

The placenta was expelled after the stomach was rubbed or massaged. Emere Kaa, a maternity nurse working in the community, recorded that there was a specific massage for this, moving from right to left, and the placenta usually came away after ten to twenty minutes.[5] If it took longer, the nurse was called. Retained placenta was a common problem, but in Te Rawhiti, Kei Ahitapu relied solely on Maori tradition. The aka vine was scraped and then boiled. This was drunk hot to get rid of clots and to clean the blood out. No salt was allowed

In many areas, birth was traditionally a family affair and fathers even helped at the deliveries of their children. Jack Hohaia, his wife and child were photographed in 1907.
Drummond/Te Wake Collection, Northern Advocate

Mothers, aunts and grandmothers could assist with births before Maori women were hospitalised for childbirth. Baby John Joseph Daniels was born at home, at Kaihu, north of Dargaville, in 1931. He was the child of Here Maria Taniere (left) and Hone Ware Taniere. He sits on the knee of his great-grandmother, Merania Taniere Rangipawa, and behind stands Marie Taniere Rangipawa, Hone's aunt. All were members of the Te Waiariki hapu of Ngapuhi.
Lou Garlick photograph, Auckland Institute and Museum 14,195

Nurse Erina Heremaie with Mrs Hoyd and her four-day old twin boys at Kaitaia Memorial Hospital in 1939. The twins were born at home, and brought to the hospital shortly afterwards with their mother. In the 1930s, only a minority of Maori mothers gave birth in hospital; within thirty years over 90 percent did so.
E P Christensen photograph, National Publicity Studios collection, Alexander Turnbull Library, F40751½

while drinking this. If there was a haemorrhage, the same mixture was drunk, only cold and with sugar. If the bowels didn't move after two or th[illegible] days, flax root was used and later Epsom sa[illegible] senna pods. Any tears to the mother's body [illegible]ere treated by washing, with the woman ly[illegible] down, her knees tied together. This seemed t[illegible] and them. At no time were private parts touched, thus preserving tapu and hygiene.

All fluids from the birth, the afterbirth itself, any sanitary pads and the baby's first nappies with meconium were rolled up in the cloths and buried in a special place. The dried pita and the shell were also buried there. These were considered most tapu.

Ngarohi never had any trouble feeding her babies because she said she massaged her breasts and nipples every day during pregnancy to shape them for suckling. Te Aroha's breasts became engorged. She explained the remedy used: 'My grandmother found the really spiky-leaved tea tree and packed these twigs around my breasts, then bound them with a sheet. They hurt, but the milk started flowing. She massaged away the hard lumps. This never failed, particularly after the second packing.'

For both these women — indeed for all Maori women — the hospital births were a shock. Te Aroha remembered: 'I was strung up like a sheep carcass in stirrups. It was terrible. I didn't ask for the afterbirth. I was too frightened in hospital. I thought my spine would break, lying on my back with my legs in the air. It was terrible being swabbed. It was all an embarrassment. Nothing was tapu. They examined you down there, but that never happened at home. The area was never touched. At home you were taught to do things yourself, they showed you. I helped a neighbour give birth to twins. I'd been taught. But in hospital you couldn't do anything. They did everything to you.'

Te Aroha's words pinpoint the problem of Maori childbirth practices in the thirties — that the cultural beliefs were eroded and lost due to the changes in the physical world — 'nothing was tapu'. The self-reliance of Kei Ahitapu would have been eroded by the constant supervision of the District Nurse, and eventually such knowledge would have become obsolete.

ANNEXE 6 : LE CODE DE BONNES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES

The midwifery scope of practice

The midwife works in partnership with women, on her own professional responsibility, to give women the necessary support, care and advice during pregnancy, labour and the postpartum period up to six weeks, to facilitate births and to provide care for the newborn.

The midwife understands, promotes and facilitates the physiological processes of pregnancy and childbirth, identifies complications that may arise in mother and baby, accesses appropriate medical assistance, and implements emergency measures as necessary. When women require referral midwives provide midwifery care in collaboration with other health professionals.

Midwives have an important role in health and wellness promotion and education for the woman, her family and the community. Midwifery practice involves informing and preparing the woman and her family for pregnancy, birth, breastfeeding and parenthood and includes certain aspects of women's health, family planning and infant well-being.

The midwife may practise in any setting, including the home, the community, hospitals, or in any other maternity service. In all settings, the midwife remains responsible and accountable for the care she provides.

The Competencies for Entry to the Register of Midwives are as follows:

Competency One

"The midwife works in partnership with the woman/wahine throughout the maternity experience."

Explanation
The word midwife has an inherent meaning of being "with woman". The midwife acts as a professional companion to promote each woman's right to empowerment to make informed choices about her pregnancy, birth experience, and early parenthood. The midwifery relationship enhances the health and well-being of the woman/wahine, the baby/tamaiti, and their family/whanau. The onus is on the midwife to create a functional partnership. The balance of 'power' within the partnership fluctuates but it is always understood that the woman/wahine has control over her own experience.

Performance Criteria

The midwife:
1.1 centres the woman/wahine[2] as the focus of care;
1.2 promotes and provides or supports continuity of midwifery care;
1.3 applies the principles of cultural safety[3] to the midwifery partnership and integrates Turanga Kaupapa within the midwifery partnership and midwifery practice[4];
1.4 recognises Maori as tangata whenua of Aotearoa and honours the principles of partnership, protection, and participation as an affirmation of the Treaty of Waitangi;
1.5 recognises and respects the woman's/wahine ethnic, social, and cultural context;
1.6 facilitates, clarifies, and encourages the involvement of family/whanau as defined by the woman/wahine;
1.7 respects and supports the needs of women/wahine and their families/whanau to be self determining in promoting their own health and well being;
1.8 promotes the understanding that childbirth is a physiological process and a significant life event;
1.9 communicates effectively with the woman/wahine and her family/whanau as defined by the woman;
1.10 provides up to date information and supports the woman/wahine with informed decisionmaking;
1.11 negotiates the midwifery partnership, recognising and respecting the shared responsibilities inherent in it;
1.12 maintains confidentiality and privacy; and
1.13 formulates and documents the care plan in partnership with the woman/wahine.

Competency Two

"The midwife applies comprehensive theoretical and scientific knowledge with the affective and technical skills needed to provide effective and safe midwifery care."

Explanation
The competent midwife integrates knowledge and understanding, personal, professional and clinical skills within a legal and ethical framework. The actions of the midwife are directed towards a safe and satisfying outcome. The midwife utilises midwifery skills that facilitate the physiological processes of childbirth and balances these with the judicious use of intervention when appropriate.

Performance Criteria

The midwife:
2.1 provides and is responsible for midwifery care of the woman/wahine and her family/whanau during pregnancy, labour, birth and the postnatal period;
2.2 confirms pregnancy if necessary, orders and interprets relevant investigative and diagnostic tests, carries out necessary screening procedures, and systematically collects comprehensive information concerning the woman's/wahine health and well-being;
2.3 assesses the health and well-being of the woman/wahine and her baby/tamaiti throughout pregnancy, recognising any condition which necessitates consultation with or referral to another midwife, medical practitioner or other health professional
2.4 utilises a range of supportive midwifery skills which facilitate the woman's/wahine ability to achieve her natural potential throughout her childbirth experience;

2.5 attends, supports, and regularly assesses the woman/wahine and her baby/tamaiti and makes appropriate, timely midwifery interventions throughout labour and birth;
2.6 identifies factors in the woman/wahine or her baby/tamaiti during labour and birth which indicate the necessity for consultation with, or referral to, another midwife or a specialist medical practitioner;
2.7 provides and is responsible for midwifery care when a woman's/wahine pregnancy, labour, birth or postnatal care necessitates clinical management by a medical practitioner;
2.8 recognises and responds to any indication of difficulty and any emergency situation with timely and appropriate intervention, referral, and resources;
2.9 assesses the health and well-being of the newborn and takes all initiatives, including resuscitation, which may be necessary to stabilise the baby/tamaiti;
2.10 regularly and appropriately assesses the health and well-being of the baby/tamaiti and initiates necessary screening, consultation, and/or referral throughout the postnatal period;
2.11 proactively protects, promotes and supports breastfeeding, reflecting the WHO's[5] "Ten Steps to Successful Breastfeeding";
2.12 assesses the health and well-being of the woman/wahine and baby/tamaiti throughout the postnatal period and identifies factors which indicate the necessity for consultation with or referral to another midwife, medical practitioner, or other health practitioner;
2.13 demonstrates the ability to prescribe, supply, and administer medicine, vaccines, and immunoglobulins safely and appropriately within the midwife's scope of practice and the relevant legislation;
2.14 performs a comprehensive end-point assessment of the woman/wahine and her baby/tamaiti within the six week postnatal period, including contraceptive advice and information about and referral into well woman and well child services, including available breastfeeding support and immunisation advice;
2.15 shares decision making with the woman/wahine and documents those decisions;
2.16 provides accurate and timely written progress notes and relevant documented evidence of all decisions made and midwifery care offered and provided;
2.17 demonstrates an accurate and comprehensive knowledge of legislation affecting midwifery practice and obstetric nursing;
2.18 collaborates and co-operates with other health professionals, community groups and agencies when necessary; and
2.19 provides the woman/wahine with clear information about accessing community support agencies that are available to her during pregnancy and to her, the baby/tamaiti, and family/whanau when the midwifery partnership is concluded

Competency Three

"The midwife promotes practices that enhance the health of the woman/wahine and her family/whanau and which encourage their participation in her health care.

Explanation
Midwifery is a primary health service in that it recognises childbirth as significant and normal life event. The midwife is therefore responsible for supporting this process through health promotion, education, and information sharing, across all settings.

Performance Criteria

The midwife:
3.1 demonstrates the ability to offer formal and informal learning opportunities to women and their families/whanau to meet their specific needs;
3.2 encourages and assists the woman/wahine and her family/whanau to take responsibility for their health and that of the baby by promoting self-health and healthy life-styles;
3.3 promotes self-determination for the woman/wahine and her family/whanau;
3.4 promotes and encourages exclusive breast feeding as the optimal way of feeding an infant;
3.5 demonstrates an understanding of the needs of women/wahine and their families/whanau in relation to infertility, complicated pregnancy, unexpected outcomes, abortion, adoption, loss and grief, and applies this understanding to the care of women and their families/whanau as required;
3.6 uses and refers to appropriate community agencies and support networks; and
3.7 ensures the woman/wahine has the information about available services to access other health professionals and agencies as appropriate.

Competency Four

"The midwife upholds professional midwifery standards and uses professional judgment as a reflective and critical practitioner when providing midwifery care."

Explanation
As a member of the midwifery profession the midwife has responsibilities to the profession. The midwife must have the skills to recognise when midwifery practice is safe and satisfactory to the woman/wahine and her family/whanau.

Performance Criteria

The midwife:
4.1 accepts personal accountability to the woman/wahine, to the midwifery profession, the community, and the Midwifery Council of New Zealand for midwifery practice;
4.2 recognises the midwife's role and responsibility for understanding, supporting, and facilitating the physiological processes of pregnancy and childbirth;
4.3 demonstrates the ability to provide midwifery care on her own professional responsibility throughout pregnancy, labour, birth, and the postnatal period;
4.4 recognises strengths and limitations in skill, knowledge and experience and shares or seeks counsel, consults with, or refers to, a relevant resource, other midwifes, or other health practitioners;
4.5 assesses practice in relation to current legislation, the Midwifery Scope of Practice and Competencies for Entry to the Register of Midwives, and the New Zealand College of Midwives' "Handbook for Practice" and "Code of Ethics";
4.6 directs, supervises, monitors and evaluates the obstetric nursing care provided by registered obstetric nurses, enrolled nurses, registered general nurses or registered comprehensive nurses;
4.7 participates in Midwifery Standards Review using professionally recognised standards and reflects on and integrates feedback from clients and peers into midwifery practice;

4.8 recognises own values and beliefs and does not impose them on others;
4.9 is aware of the impact of gender, race and social policies and politics on women, midwives and the maternity services;
4.10 demonstrates a commitment to participate in ongoing professional development;
4.11 participates in cultural safety education and development;
4.12 assists and supports student midwives in the development of their midwifery knowledge and skills in clinical settings; and
4.13 works collegially and communicates effectively with other midwives and health professionals.

Notes.

1: In May 2004 the Midwifery Council consulted on the Nursing Council of New Zealand's (1996) 'Competencies for Entry the Register of Midwives'. These four competencies were developed by the Nursing Council in consultation with the midwifery profession and were used to determine the level of competence required for graduates from New Zealand midwifery programmes since 1996. The Midwifery Council made minor modifications to the four competencies and formally adopted these as entry-level standards in July 2004. Further
minor amendments were made in September 2007 in order to incorporate Turanga Kaupapa.
2: The word "woman" or "wahine" used throughout includes her baby/tamaiti/partner/family/whanau.

3: Cultural Safety means *"the effective midwifery care of women from other cultures by a midwife who has undertaken a process of reflection on her own cultural identity and recognises the impact of her culture on her practice"*. Unsafe cultural practice is *"any action that diminishes, demeans or dis-empowers the cultural identity and well-being of an individual"* (NZCOM, 2005, p.46)
Culture includes age or generation; gender; sexual orientation; occupation and socio-economic status; ethnic origin or migrant experience; religious or spiritual belief; and disability (NCNZ, 2002b, p.7).
Cultural Safety provides an instrument that allows a woman and her family to judge whether the health service and delivery of health care is safe for them (Ramsden, 2002).

4: Turanga Kaupapa are guidelines for cultural competence developed by Nga Maia o Aotearoa and formally adopted by both the Midwifery Council of New Zealand and the New Zealand College of Midwives.
5: World Health Organisation

ANNEXE 7 : GRILLE DES ENTRETIENS

Question n°1 : Combien de patientes suivez-vous par an ? Quel est le pourcentage de femmes maories parmi vos patientes ?
Selon vous, pourquoi vos patientes maories vous ont-elles choisies comme sage-femme ? Quelles sont leurs attentes et leurs besoins ?
Quelle est la proportion de vos patientes qui souhaitent intégrer leur culture dans leur projet de grossesse ?

Question n°2 : Existe-t-il des croyances qui concernent la grossesse et qui sont propres à la culture maorie ?

Question n°3 : La femme pendant la grossesse et l'accouchement était considérée comme tapu. Existe-t-il encore à l'heure actuelle des interdictions relatives à la notion du tapu pour la femme enceinte ?

Question n°4 : La notion de famille était très importante dans la culture maorie, notamment pendant la grossesse. Est-ce toujours le cas à l'heure actuelle ?

Question n°5 : Considérez-vous qu'une part de votre travail rejoint celle des tohunga dans les temps anciens ?

Question n°6 : Vous considérez-vous comme un acteur dynamique dans la transmission et la préservation de la culture maorie ?

Question n°7 : Comment conciliez-vous la sécurité de la patiente et le respect de sa culture ? Avez-vous déjà fait des choix entre ces deux aspects ?

Question n°8 : Utilisez-vous encore des médecines traditionnelles pendant la grossesse et l'accouchement telles que les soins par les plantes ?

ANNEXE 8 : ENTRETIENS

Interview: Leonie Rorason

Question n°1: How many patients do you follow during one year?

I use to have 3 to 4 women a month, and then I came back to work this time with Tuia and Aroha, and it would be close to 5 women a month.

What is the percentage of Maori women among your patients?

Probably 90 percent.

From your understanding, why your Māori patients have chosen you as lead maternity carer?

For some of the women, they want a Māori midwife, for others it is not a problem, it is just important to have someone available.

What are their expectations and their needs?

The Māori women who are looking for a Māori midwife, they have expectations about how they will be looked after from a Māori perspective, it is not a heavily accent on Maori perspective but there are some values that they would like to know that you are aware of or will consider in their care.

What is the percentage of Maori women who want to include their culture in their care plan?

At least half, 50 to 60 percent would like their culture to be heavily considered. The rest are at different stages or identify themselves primarily as Māori.

Question n°2: Are there still Maori beliefs regarding the pregnancy?

There are a few things that are still considered in Maori birth, one is not cutting the hair, an other is not going to a cemetery when you are pregnant, these are two very common ones amongst a lot of Maori.

Question n°3: The woman was considered tapu during the pregnancy and the delivery. Do interdictions regarding the tapu and the pregnant woman still exist today?

I think we do our very best to make sure that the woman is kept in a good frame of mind, that her body is sacred to her and to her family, so we treat the whole experience with respect, not just Maori women, all women we feel deserve that respect. It's just that in

their head they have a different way of seeing it from a generational point of view, so not just them but their grandmothers experienced it going back to ancestral beliefs and values.

Question n°4: The family was really important in the Maori culture, especially during the pregnancy. Is it still the case now?
For some families it is, for other families no care at all and it is indicated in their poor health risks and statistics that we have as a culture.

Question n°5: Do you think that a part of your job is similar in some way to the tohunga's role in former times?
Yes, a tohunga is a specialist in a particular area. So it is not necessary for a person to know everything, but to be specialising in one specific area. So midwives definitely follow that area. Our real motto is dealing with some of the problems that we have in this generation and culture that we live in now.

Question n°6: Do you think that you are playing a vital role in the conservation and transmission of the Maori culture?
For myself I do, I speak Te reo. So I speak the home language, I went out of my right to do that for six years, it was my break for midwifery and then I have come back with a better understanding of who I am and how I can handle that with other women and their families.

Question n°7: How do reconcile the woman's safety with the respect of her culture?
I think communication is very important. So it is allowing them to feel comfortable, to talk to her about what they want and what they are hoping for and then what is need for leave these any risk factors in their care. Most women are very awkwardly compliant, they will nod the head and they will say yes, yes and then nothing happen and then you're hunting around all these woman that disappear. It is just part of it but with regard to safety, it is always about communication, talking, allowing them to feel safe about talking about their own culture whether they are Maori, even for the Indian women and the pacific island women. If they have specific ideas that do not cross over any risk factors or difficulties to maintain a high level of care, then it is not a problem, just let them sort out what they feel safe doing and what they feel unconfident doing.

Have you ever done choices between these two aspects?

I can't remember of the top of my head if I ever had to say no to something. One of the things that a lot of families are doing now, from a Maori point of view, is karakia using your own language. It was not very long ago Maori would not ever do that in a birthing unit outside their home, so we were very Europeanised, very colonised, very medicalised in hospitals. During my mother's time and she had her last baby in 1970, they didn't do anything like that in 1970. When I had my first child, it was still like that and it was in 1987, that is not very long ago, and so it feels very different when we talk to the mothers that we look after now to their mothers, and they are often surprised at how much has changed in their daughter's time giving birth.

Question n°8: Do you still use traditional healing during the pregnancy and delivery like rongoa?

I do not recommend that, I do not apply it myself; I do not teach women how to do that because I am not an expert in that area. I do tell them that they have to go home and ask the right people, not just auntie who does not know anything or pretends to know, so they have to ask the right people, they have to be comfortable in what they are doing and understand why they are doing that. I want to keep them safe because we have had unsafe practices in the past using not really traditional medicine but because it comes from the grandfather, they think it might be traditional, but it's a mixture of 2 cultures that is not going to work very well. One example is the use of flower in water, this is going back about hundred years, to make it look like milk and feed it to the baby that is not traditional. There is some dodgy healing, so I decided to tell them that I am not an expert and they have to seek expert's help, if they want to use traditional healing and let us know that they attempt to do it, so that we can make a place for it and allow them to do it, discuss what has been done and if we feel that it is not a safe practice at the time they might have to leave it. It is remindful that we are also accountable to the DHB (District Health Board) and to the ministry of health, so we have to keep ourselves safe and sometimes it is not just appropriate.

Interview: Aroha Nikora

Question n°1: How many patients do you follow during one year?

Between 70 and 80 per year.

What is the percentage of Maori women among your patients?

92%.

From your understanding, why your Maori patients have chosen you as lead maternity carer?

Because I am gorgeous and I am lovely. One would be definitely because I am Maori, the other is my experience of 16 years as a midwife and a lot to do with personality too.

What are their expectations and their needs?

Just to keep them in the safety of midwifery boundaries, keep them culturally safe. Give them boundaries because some Maori do need boundaries, be honest with them, be cautious and culturally safe with them. Whanau which is family are all included during the pregnancy, it is not just the pregnant women, it means that all the whanau are involved.

What is the percentage of Maori women who want to include their culture in their care plan?

I would say… Don't make it exclusive... So with women, some are not even aware of the old traditional Maori culture. So when you implement a care plan you can, if it is slowly introduced, how it was done when her grandmothers were pregnant. Not all the Maori have what we call whakapapa and culture awareness so it is a pleasure to impart that knowledge onto pregnant women because maybe it is their first experience.

Question n°2: Are there still Maori beliefs regarding the pregnancy?

There is a small percentage of women that carry the old traditional Maori beliefs. Unfortunately there is a large percentage of women that do not and that is because they haven't been brought up in a Maori culturally family that are aware of our traditions, our what we call tikanga Maori, being based on the marae. So there are many up there that haven't had any experience of the marae protocol, so I think if there are 3 midwives here in this clinic, we impart some of that knowledge, we can only discuss and it is really up to them to go forward to the rest if they want to learn more about their culture.

Question n°3: The woman was considered tapu during the pregnancy and the delivery. Do interdictions regarding the tapu and the pregnant woman still exist today?

It definitely exists when you are under the care of myself and the other two Maori midwives that work in this clinic, we keep those traditions active in birth. Tapu meaning in birth would be a woman doesn't put her under body parts on a pillow, it must be head only the food should never be in a delivery room where there is blood exposed, so eating is restricted. But in saying that it is up to that family, we can't force these tapu values upon women, we can only discuss them. But for me personally I keep it active of all times not only if I am working, it exists in my daily life as a Maori women.

Question n°4: The family was really important in the Maori culture, especially during the pregnancy. Is it still the case now?

Yes , the family is totally involved, that family unit is support people and it is very rare that you won't see a young one without family members present during the pregnancy so extended family are crucial.

Question n°5: Do you think that a part of your job is similar in some way to the tohunga's role in former times?

No, because a tohunga they had rituals and the karakia of any events that was happening in someone's life and when we were dealing with birth, karakia was really important, so is maori medicine. I don't have enough experience and I don't speak Te Reo and the what they call rongoa which is maori medicine I don't have enough knowledge about imposing that on women. So that we need to talk about the safety then I believe I cope that strongly.

Question n°6: Do you think that you are playing a vital role in the conservation and transmission of the Maori culture?

Absolutely, because it is identifying one that Maori are different from Pakehas and that we as Maori midwives understand our culture and how we think, and we can pick up the clients to be really proud of our culture. We can implement the old ways and in doing that I hope that what we do, or probably I bet, in our antenatal classes and we hold them strongly during the time that they are with us, under our care. So it may not be the same as it was in the days where Maori was fluent in their language, but today I believe our culture is stronger than it was 10 years ago.

Question n°7: How do reconcile the woman's safety with the respect of her culture? Have you ever done choices between these two aspects?

Again it comes down to a good understanding of women's knowledge, have a good relationship with her and especially with the family. Be aware of the things that they would like to take part before the birth or any time in their pregnancy. Be honest with them and always give them choices and always impart that sometimes choices may not be preferred, because if safety is compromised at all and of course we always take that angle of care, and the family may not be happy with that. But this is when you sit down and you have a meeting of listening and a meeting of conclusion, so that both parts are happy.

Question n°8: Do you still use traditional healing during the pregnancy and delivery like rongoa?

Because I don't know anything about rongoa, I do myself but I don't do it to women because I believe that women need to do that themselves. You can't keep giving, it is about them understanding themselves as Maori women first and foremost and one say is that knowledge, then they are going to pick out if they are interested, I wanna go further with rongoa, I wanna go further with traditional Maori values. For me as a Maori midwife I was brought up on the marae, I often spent time with kaumatua and my father was a kaumatua minister and fluent in the language, so my upbringing is different from women that I deal in clinic. I can only impart what I know and the rest is really up to them, if they want to go forward with it and maintain it. For me personally, it is really important that the old traditional values as Maori women and that went through the practising of karakia which is prayers, often going home with family, keeping up with whanau, keeping up with what is happening on the marae and the most important is connecting myself with my whakapapa which means my parents my family and going back to the land that is really important, the land to us… cause eventually we are gonna go back to the land so that is important that I show this to my children because it has to be handed down and that is important to me as a Maori women.

Interview: Tuia Mahima

Question n°1: How many patients do you follow during one year?

It reaches about 70.

What is the percentage of Maori women among your patients?

Probably about 90 percent.

From your understanding, why your Maori patients have chosen you as lead maternity carer?

Generally, they are referred through family or their local GP, doctor or they have seen some advertising or their family members who use us. They know family member who have use our services as well. On all, I think it is self-referral.

What are their expectations and their needs?

The expectations are generally that we would give them a good service for the full continuity of their antenatal, birth, postnatal and what I might mean by good service is that they want a safe delivery, they want us to know what we are doing, they have heard about our reputation so I guess they are expecting us to leave up true those expectations and also a lot of them come here because of the Maori culture because we are Maori midwives and we advertise ourselves as Maoris and when you are Maori, you do have a connection and a deeper understanding of where they are coming from.

What is the percentage of Maori women who want to include their culture in their care plan?

Probably 90% in some aspects not totally aspects but they do have some aspects of wanting her culture in their care. 90 to 95%. In fact I almost say 100% because one of the reasons they are coming here along with us because we are Maori.

Question n°2: Are there still Maori beliefs regarding the pregnancy?

Yes, definitely. I would say the main one is that connection that we have to our culture and it would be wairua which is the spiritual connection, we still have that and also maybe what we call the hinengaro which is the emotional or intellectual beliefs that where we come from, from Gods and also the understanding that… I have empathy for Maori women because what they have been through I know a lot of the history of what the old people have been through and it does come through into our modern day today, the effects of that history, so it is the wairua the spiritual aspect and also the intellectual and emotional aspect.

Question n°3: The woman was considered tapu during the pregnancy and the delivery. Do interdictions regarding the tapu and the pregnant woman still exist today?
It depends really who…. There is a lot of tapu that still exist and it is a unsaid thing for us like for instance eating food around birth, seating on tables, touching head of people. So there is a lot of tapu things that still exist and what we try to do within our birth plan is find out what is tapu, what do they think is tapu or what they would expect in their birth but we have a knowledge of what is tapu in our own personal life and we respect that. Yes, tapu definitely does exist today not as strong as in former times but it is still there.

Question n°4: The family was really important in the Maori culture, especially during the pregnancy. Is it still the case now?
Definitely. When we have some what we call destroyed families, a lot of them can't get along without their families and it might be an auntie or cousin or sister. But it definitely is a part of the pregnancy and as you see when they come into birth they bring their family with them, so whanau is definitely a big part of the birthing process.

Question n°5: Do you think that a part of your job is similar in some way to the tohunga's role in former times?
No, I don't think so because tohunga was more spiritual man, also we have that wairua in us, we are probably more clinical, we are aware of clinical method and that is really because of the situation today we have to look at the safety of the women as well, so we can't… No, the tohunga was a very special person in Maori Dom and midwives do not take the place of the tohunga.

Question n°6: Do you think that you are playing a vital role in the conservation and transmission of the Maori culture?
I would say we play a part of a role, a lot of the culture has been diluted but in ourselves we still have the culture in us to hand on to my children and then to their children and that is where the kaupapa class is coming because some of the women have been disconnected from their culture and this is one way of bringing them back to understand this culture, all things they need to know, the wairua, the tapu, the kaupapa of Maori.

Question n°7: How do reconcile the woman's safety with the respect of her culture? Have you ever done choices between these two aspects? If yes, which one?

I think that is done in using our care plan of understanding how she feels about her birth and how it is going to impact on her and whether we can work alongside to achieve that. Sometimes, for instance if she wanted a homebirth, people know they have got services, I would really have to look at her health status and also her maternal history. So I think it is just the discussion between the midwife and the woman and her whanau to see how we can bring those 2 things together, generally you can. I don't see it is a problem, in fact I don't even see it as an issue because it just happens, it is something that just happens, it is not many that would expect you to do anything that was not safe because they want not to have a birth in an unsafe situation, they always have the safety of the baby at foremost.

Question n°8: Do you still use traditional healing during the pregnancy and delivery like rongoa?

Personally, I don't. But there are some midwives that do and that is just because we don't have rongoa readily available and also sometimes it takes a bit of convincing the woman that "drinking this potion is really good for you", you know that it does not taste right so you know, you have to be aware of those aspects too and I also think you need to have a little bit more index knowledge rather than just reading a book, so if I attempted to use rongoa, I would like to do a little bit of training with someone who is doing the rongoa.

ANNEXE 9 : L'ORGANISATION LAKES MIDWIVES

WE ARE

NZ Registered Midwives
NZ Registered Nurses
Child Health Nurses

WE HAVE

Over 15 years of experience as lead maternity carers in ROTORUA and the LAKES District

CONTACT us CALL or TEXT

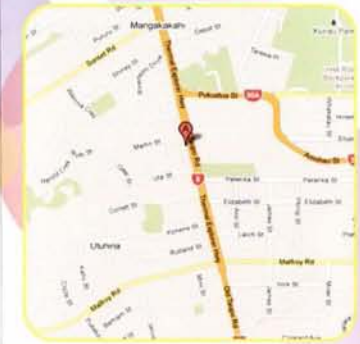
Tuia Mahima 021938728
Aroha Nikora 021938727
Leonie Rorason 021938726
Phone: 07-347 6222

OUR ADDRESS IS

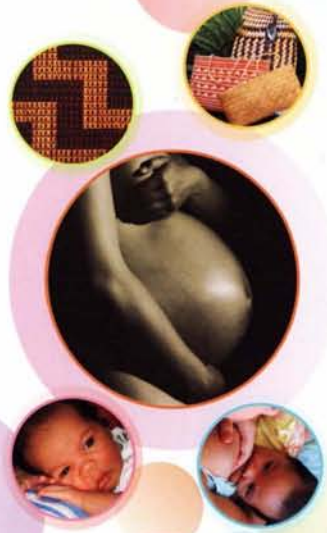
Lakes Midwives Clinic
161 Old Taupo Road
ROTORUA

Email: lakesmidwives@xtra.co.nz

WE ARE HERE



Lakes Midwives



For all your midwifery care

MISSION STATEMENT

Tino Rangatiratanga o te Hauora

'Empowering women and their whanau to exercise their right to determine their own Birth, Health and Well Being.'

WHAKATAUKI

Hutia te rito o te harakeke
Kei hea ra te komako e ko?

Kii mai ki au
He aha te mea nui o te ao?
He tangata, he tangata, he tangata

WORDS OF WISDOM

Pluck out the heart and essence of life, where will its beauty and sweetness be found?

You may ask…
what then is the real meaning of the world?
It is each and every person

WHAT SERVICES DO WE PROVIDE?

- Midwifery care throughout you pregnancy, labour, birth and after baby is born.
- Care plans that reflect the individual needs of each woman and her whanau.
- Planned appointments at Lakes Midwives Clinic.
- The ordering of scans, lab reports, prescriptions.
- Referrals to specialist care.
- Emergency care with access to hospital and specialist care as necessary.
- On-call 24 hour service for labour and birth.
- Medical certificates.
- Breast feeding advise and support.
- Antenatal classes.
- Kaupapa Maori pregnancy and parenting classes.

THIS IS A FREE SERVICE

TE TOI HUAREWA

A Kaupapa Maori Antenatal & Parenting Programme

- A holistic hands-on experience specifically designed for hapu women, their partners, whanau and support people.
- Uses traditional values and practices…a birthright waiting to be rediscovered and revived.
- Explains the complex & miraculous changes happening within your body.
- Prepares you for an extraordinary journey… the birth of a new life, a new family, new history in-the-making.
- Discover great tools to create new healthy traditions in Te Ao Hurihuri (Ever-evolving world)

LEARN ABOUT

Whakawhanautanga (natural labour & birth)
3 stages of Haputanga (pregnancy)
Kai-Rongoa (healing food)
Mirimiri (massage)
Te Whare Tangata (special position of women)
Whangai Uu (breastfeeding)
Wahakura (safe sleeping - preventing SUIDS)
Wahine Marohirohi (pregnancy yoga)

Cabinet des sages-femmes

XXIV

RESUME

SIMONIN Claire **Promotion 2012**

Directrice de mémoire : Madame Pichon, sage-femme cadre enseignante.

Expert de mémoire : Monsieur Labat, professeur de sociologie.

Titre : La sage-femme en Nouvelle-Zélande. Impact de la culture maorie.

Méthode : Etude observationnelle et entretiens auprès de professionnels.

Mots clefs : Nouvelle-Zélande, culture maorie, pratiques obstétricales, analyse sociologique, impact culturel.

Résumé

Les Maoris représentent 15% de la population néo-zélandaise et la seconde ethnie du pays. Leur culture semble largement développée actuellement.

Autrefois, beaucoup de croyances et de pratiques traditionnelles existaient autour de la naissance.

Ce mémoire a pour objectif de décrire et d'analyser de quelle façon la sage-femme intègre la culture maorie dans le projet de naissance.

Un stage de trois mois en Nouvelle-Zélande et des entretiens auprès de sages-femmes maories m'ont ainsi permis de mesurer l'impact de cette culture sur les pratiques obstétricales.

Summary

The Maori represent 15% of the New-Zealand's population and the second ethnic group of this country. Today, their culture seems to be widely present.

In former times, there were a lot of traditional beliefs and practices pertaining to birth.

My report's aim is to describe and analyse how the midwife includes the Maori lore in the birth plan.

A three-month placement in New-Zealand and interviews with Maori midwives allow me to assess the impact of this culture on the obstetrical practices.