

UNIVERSITE DE NANTES  
UFR DE MEDECINE  
ECOLE DE SAGES-FEMMES  
Diplôme d'Etat de Sage-femme

## **DES NAISSANCES AUX COULEURS DE L'AFRIQUE**

Quelle communication entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel médical ? Quel vécu de la maternité en terre étrangère ?

**Fanny GUINAUDEAU**

Née le 28 janvier 1987

**Directeur de mémoire : Docteur Véronique CARTON**

Année universitaire 2007-2011

Aux femmes africaines qui ont accepté de répondre à mes questions et à toutes celles qui m'ont et me feront le plaisir de donner naissance en ma compagnie.

## Préambule

*« Même lorsqu'on croyait les avoir oubliés, la grossesse, par son caractère initiatique, nous remet en mémoire nos appartenances mythiques, culturelles, fantasmatiques ».*

Marie-Rose MORO.

Maternité en exil : mettre des bébés au monde  
et les faire grandir en situation transculturelle.

*« Ce n'est pas l'information qui fait défaut, mais une certaine qualité de communication dans un contexte qui n'est pas toujours propice à un échange idéal, tant les contraintes y sont déterminantes. Ce qui importe c'est le comment dire, la manière d'accompagner une information [...]. Ce qui devrait faire l'objet d'une approche résolue, c'est l'accueil, l'échange de parole, le souci témoigné à l'autre dès la première rencontre. Avoir le sentiment, au sens fort que l'on sera bien traité ».*

Emmanuel HIRSCH.

L'éthique au cœur des soins : un itinéraire philosophique.

# **SOMMAIRE**

## **INTRODUCTION \_\_\_\_\_ 1**

## **I. ASPECTS SOCIO-CULTURELS DE LA MATERNITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE \_\_\_\_\_ 2**

<b>1. L'Afrique et ses nombreuses cultures .....</b>	<b>2</b>
1.1 Des pays multiculturels (annexe I) .....	2
1.2 Différents cultes coexistent .....	2
<b>2. Pratiques coutumières influençant la santé des femmes .....</b>	<b>3</b>
2.1 Les mutilations génitales féminines (annexe II) .....	3
2.1.1 Une pratique initiatique pour devenir une femme acceptable .....	3
2.1.2 La pratique de l'excision : les excisées, l'exciseuse et l'assistance .....	4
2.1.3 Ses conséquences à plus long terme .....	4
2.1.4 L'excision en France.....	4
2.2 Les mariages précoces .....	4
2.3 La polygamie .....	5
<b>3. Les rites de maternité en Afrique sub-saharienne.....</b>	<b>5</b>
3.1 La grossesse : entre joie et crainte.....	6
3.1.1 L'annonce .....	6
3.1.2 La future mère en initiation.....	6
3.1.3 Les différentes origines du bébé .....	7
3.1.4 Les règles que la femme enceinte doit respecter.....	7
3.2 L'accouchement .....	8
3.2.1 Les personnes qui assistent à la naissance .....	8
3.2.2 Les moyens d'éviter une difficulté obstétricale.....	9
3.2.3 La future mère doit rester active pendant son travail.....	9
3.2.4 Les annexes de la grossesse.....	10
3.3 Les suites de couches .....	10
3.3.1 Les gestes de maternage .....	10
3.3.2 L'allaitement maternel .....	11
3.3.3 La réclusion de la mère.....	12
3.3.4 L'imposition du nom.....	12
<b>4. La santé en Afrique aujourd'hui.....</b>	<b>12</b>
4.1 Etat de santé de la population et accès aux soins.....	12
4.2 Médicalisation de l'accouchement .....	13

## **II. L'EXPERIENCE DE L'EMIGRATION ET LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE DANS CE CONTEXTE \_\_\_\_\_ 14**

<b>1. La migration de l'Afrique vers la France .....</b>	<b>14</b>
1.1 Contexte historique de la migration en France (annexe III) .....	14
1.2 Causes principales de la migration des femmes .....	15
1.3 Le processus de migration : un bouleversement psychique .....	15
1.3.1 Les conditions d'arrivée en France .....	15
1.3.2 La solitude.....	15
1.3.3 La rupture avec le groupe .....	16
<b>2. Vivre une grossesse en situation transculturelle .....</b>	<b>16</b>
2.1 La découverte du milieu hospitalier.....	16
2.2 Grossesse et naissance : des périodes clefs au plan psychique .....	16
2.2.1 La perméabilité psychique .....	16

2.2.2	La préoccupation maternelle primaire .....	17
2.2.3	L'attachement mère-enfant .....	17
2.3	Vulnérabilité de la femme migrante .....	17
2.3.1	Les différentes vulnérabilités .....	18
2.3.2	Degré de vulnérabilité de la femme migrante.....	18

### **III. PARTICULARITES DE LA MATERNITE DES FEMMES AFRICAINES AU CHU DE NANTES** 19

<b>1.</b>	<b>Hypothèses.....</b>	<b>19</b>
<b>2.</b>	<b>Objectifs .....</b>	<b>20</b>
<b>3.</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>20</b>
3.1	La population d'étude .....	20
3.2	Le groupe de parole .....	21
3.3	Entretiens en suites de couches.....	22
3.3.1	Organisation .....	22
3.3.2	Contenu des entretiens .....	22
3.4	Recueil des dossiers obstétricaux .....	23
<b>4.</b>	<b>Analyse.....</b>	<b>23</b>
4.1	Présentation des sept participantes .....	23
4.1.1	Présentation générale .....	23
4.1.2	Notre rencontre.....	25
4.2	Des difficultés économiques mais surtout sociales .....	25
4.2.1	Conditions économiques : ressources, logement, couverture maladie .....	25
4.2.2	Quand la famille est restée au pays.....	25
4.2.3	Et les enfants absents .....	26
4.3	Témoignage des femmes qui ont accouché à l'hôpital public du pays d'origine.....	26
4.3.1	Un manque cruel de moyens matériels et financiers.....	26
4.3.2	Un manque de sécurité .....	27
4.3.3	Une grande solitude .....	27
4.3.4	Un mauvais souvenir des sages-femmes.....	28
4.4	Comment est vécue la maternité en France ? .....	28
4.4.1	La grossesse n'est pas toujours désirée.....	28
4.4.2	Leurs rapports avec les hommes africains.....	29
4.4.3	La primiparité est un facteur de vécu négatif.....	30
4.4.4	La « gentillesse » du personnel médical .....	31
4.4.5	Les rituels encore utilisés.....	31
4.4.6	Le retour à domicile : un réel besoin d'Afrique .....	33
4.5	La constitution des dossiers obstétricaux .....	33
4.5.1	Par qui le suivi de grossesse est-il effectué ? .....	34
4.5.2	La migration n'est pas prise en compte.....	34
4.5.3	Grossesse et accouchement : le suivi médical est complet... ..	35
4.5.4	... mais des éléments psycho-sociaux sont absents.....	35
4.5.5	Suites de couches : les sages-femmes utilisent peu les feuilles de transmissions ciblées .....	36
4.6	L'histoire médicale de leur grossesse racontée par les femmes.....	36
4.6.1	Des sujets tabous.....	37
4.6.2	L'analgésie péridurale.....	38
4.6.3	L'allaitement maternel .....	39
4.6.4	Dans l'ensemble, les femmes ont compris la nécessité des soins qui leur ont été prodigués	40
4.6.5	Une confiance totale envers le corps médical.....	41
4.6.6	La volonté de respecter les prescriptions.....	42
4.7	Quelques particularités dans l'expression .....	43
4.7.1	Le français n'est pas leur langue maternelle .....	43
4.7.2	Des difficultés avec la temporalité .....	43

5. Conclusion .....	44
---------------------	----

#### **IV. PERSPECTIVE D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES MIGRANTES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE \_\_\_\_\_ 46**

<b>1. Réflexion sur nos pratiques .....</b>	<b>47</b>
1.1 Tenir compte des singularités de la femme africaine .....	47
1.1.1 Réflexion autour de certaines pratiques culturelles qui peuvent interpeller le personnel médical .....	47
1.1.2 Particularité d'expression : quelques éléments pour améliorer la communication .....	48
1.2 Certaines de nos attitudes et de nos pratiques peuvent dérouter les femmes .....	48
1.2.1 La première rencontre .....	48
1.2.2 La prise en charge lors du suivi de grossesse .....	48
1.2.3 L'accouchement.....	49
<b>2. Comment repérer les femmes les plus vulnérables ? .....</b>	<b>49</b>
2.1 Les bénéfiques de l'entretien prénatal précoce .....	49
2.2 Repérer des facteurs de vulnérabilité chez la femme africaine .....	50
<b>3. Quelles adaptations au niveau de l'hôpital ? .....</b>	<b>51</b>
3.1 Encourager la formation des étudiants et du personnel .....	51
3.2 Favoriser le travail en réseau .....	52
<b>4. Perspectives d'avenir pour l'accueil des femmes d'Afrique subsaharienne .....</b>	<b>52</b>
4.1 Des expériences intéressantes .....	52
5.2 Quelles possibilités à Nantes ? .....	53

#### **CONCLUSION \_\_\_\_\_ 55**

#### **BIBLIOGRAPHIE \_\_\_\_\_ 56**

#### **ANNEXES**

Annexe I : informations sur l'Afrique

Annexe II : les mutilations génitales féminines

Annexe III : évolution de la politique d'immigration en France

Annexe IV : associations nantaises venant en aide aux femmes migrantes d'Afrique subsaharienne

Annexe V : Origine des patientes de l'UGOMPS en 2009

Annexe VI : recherche des vulnérabilités de la femme migrante d'Afrique subsaharienne

Annexe VII : dossiers obstétricaux

Annexe VIII : groupe de parole et entretiens retranscrits

## **Introduction**

Qu'elle est fascinante la vision africaine de la maternité ! En Afrique, une femme enceinte devient un être exceptionnel, en communication avec le monde des ancêtres. Toute une symbolique entoure la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Chaque rituel effectué vise à protéger la mère et son futur bébé. Le groupe de femmes tout entier s'unit pour favoriser le déroulement heureux de cette maternité.

Mais lorsque la femme africaine quitte sa terre natale pour un pays occidental, de nombreux bouleversements surviennent. Elle abandonne une communauté soutenante pour se retrouver parfois dans une solitude angoissante. Mettre un enfant au monde en terre étrangère est une épreuve pour ces femmes. Tout d'abord, la grossesse entraîne des bouleversements psychiques qui remettent en mémoire les appartenances culturelles. Ensuite, les services de maternité des hôpitaux français, dans leur logique de sécurité médicale, oublient parfois de voir la différence de ces femmes.

Quelle communication est-il possible d'instaurer entre les soignants et les femmes africaines migrantes ?

Leur prise en charge médico-psycho-sociale est-elle entravée par des incompréhensions culturelles et linguistiques ?

Le vécu de leur maternité s'en trouve-t-il altéré ?

Les objectifs de notre travail sont d'évaluer la qualité de la communication entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel soignant des maternités. Grâce à cela, nous pourrions promouvoir l'humanisation des relations à l'hôpital et le vécu positif qui en découle. Ceci dans le but de favoriser l'instauration de liens précoces de qualité entre la mère et son enfant.

Pour répondre à nos interrogations, dans une première partie nous ferons un exposé sur les coutumes censées promouvoir la procréation, ainsi que sur les aspects socio-culturels de la maternité en Afrique noire. Nous aborderons aussi les changements entraînés par l'émigration et l'arrivée dans le pays d'accueil, et bien sûr la survenue d'une grossesse dans ce contexte.

Dans un second temps, nous analyserons les paroles de sept femmes interrogées par le biais d'un groupe de parole et de cinq entretiens individuels. Nous chercherons à observer les singularités des femmes africaines et leur vécu de la maternité au CHU de Nantes. En comparant leurs témoignages au contenu de leurs dossiers obstétricaux, nous observerons la compréhension mutuelle entre les femmes africaines et les soignants.

Dans une dernière partie, nous essaierons de réfléchir sur nos pratiques dans le but d'améliorer la prise en charge de ces femmes qui nécessitent une attention particulière. Nous proposerons l'entretien prénatal précoce comme vecteur de cette amélioration. Enfin, des hôpitaux français cherchent à favoriser un vécu positif de la maternité par leurs patientes migrantes ; nous citerons des exemples d'adaptation.

# **I. ASPECTS SOCIO-CULTURELS DE LA MATERNITE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

## **1. L'Afrique et ses nombreuses cultures**

L'Afrique est un vaste continent qui rassemble un nombre important de peuples, langues, religions, coutumes... Il serait impossible d'en dresser un portrait en quelques lignes tant ce territoire est complexe. Pour mieux l'appréhender, regardons la région ouest africaine, avec laquelle nous sommes liés par l'histoire.

### **1.1 Des pays multiculturels (annexe I)**

Les nombreuses ethnies qui peuplaient l'Afrique précoloniale se répartissaient en territoires distincts. Au XIXe siècle, sa colonisation par les pays européens permet à la France de constituer l'Afrique Occidentale Française. Des frontières sont dessinées et ne tiennent pas compte des réalités humaines et politiques anciennes : les différents peuples sont donc séparés. La décolonisation, qui s'opère dans les années 1960 laissera à ces pays des limites artificielles et une langue officielle étrangère (le français). Les différents groupes ethniques habitant ces contrées, aux croyances, manières de vivre et langages différents se sont retrouvés éparpillés dans ces nouveaux pays. Un même état rassemble donc de nombreux peuples différents. Par exemple, le Burkina Faso rassemble une soixantaine de groupes ethniques, dont les diolas que l'on retrouve aussi en Côte d'Ivoire, au Mali, ou encore au Sénégal... Les africains continuent de parler le dialecte local et apprennent la langue officielle à l'école [1].

### **1.2 Différents cultes coexistent**

Leurs croyances, que les ethnologues occidentaux ont regroupés sous le nom d'animisme sont différentes selon les ethnies. Elles possèdent une ligne commune que nous allons définir ainsi : chaque être (homme, animal, végétal, astre...) possède en lui une force divine qui l'anime. Cette force est une partie de Dieu, être suprême et impalpable. Les hommes ne le prient pas directement, ce sont des intermédiaires qui effectuent la liaison entre la Terre et le Ciel : les ancêtres disparus sont les messagers privilégiés. C'est pourquoi le croyant, lui-même entouré de ces forces, veille à respecter les interdits et obligations, contrôle ses gestes et ses paroles... Rien n'est laissé au hasard, la vie est réglementée par des rituels transmis oralement par les ancêtres de génération en génération [2].

L'Islam s'est imposé au VIIe siècle en Afrique du Nord, il s'étend depuis vers le Sud du Sahara. Le christianisme, arrivé depuis le siècle dernier ne cesse de se développer.

On compte actuellement en Afrique :

- 376 millions de chrétiens (protestants, catholiques, sectes...)
- 330 millions de musulmans
- 98 millions d'animistes
- 5 millions d'autres religions (juifs, religions asiatiques...) [1]

L'animisme peut être pratiqué conjointement aux religions monothéistes. Les religions traditionnelles persistent partout. Quelque soit le culte, une croyance reste très ancrée : le manquement à une règle entrainerait un mécontentement des esprits et des dieux qui punissent le fautif par la maladie. Cette dernière sera combattue par toute la communauté à l'aide de rituels qui sont censés apaiser la colère divine [2].

## **2. Pratiques coutumières influençant la santé des femmes**

Traditionnellement, l'estime de la femme est augmentée lorsqu'elle devient mère. C'est sa fonction procréatrice qui définit sa réussite sociale. Sa vie est ritualisée dans le but d'avoir de nombreux enfants et que ceux-ci soient bien portants. Les malheurs de la stérilité ou la naissance d'un enfant malformé lui seront imputés. Certaines pratiques culturelles censées favoriser la procréation peuvent être néfastes à la santé des femmes. Bien qu'elles soient encore pratiquées, il est évident que toutes les africaines n'en sont pas concernées. Par ailleurs, ces informations paraissent essentielles pour mieux comprendre ces pratiques, et ainsi mieux appréhender les particularités de la maternité en Afrique.

### **2.1 Les mutilations génitales féminines (annexe II)**

Le terme « mutilations génitales féminines » (MGF) couvre un large éventail d'opérations effectuées sur les organes génitaux des femmes et consistant en l'ablation d'une partie ou de la totalité du clitoris, celle des petites voire des grandes lèvres. On estime à plus de cent millions le nombre de femmes excisées dans le monde, dont la majorité se trouve en Afrique subsaharienne. Chaque année trois autres millions de fillettes y sont exposées [3]. Dans certains pays, plus de 90% des femmes ont subi cette mutilation, c'est le cas en Guinée Conakry, au Mali et en Sierra Leone pour l'Afrique de l'Ouest [4]. Les disparités dans les chiffres s'expliquent car certaines ethnies ne pratiquent pas l'excision. Les MGF sont un crime auquel la plupart des pays africains s'oppose mais cette coutume se perpétue dans le secret des familles [5].

#### ***2.1.1 Une pratique initiatique pour devenir une femme acceptable***

L'excision fait d'abord partie d'un rite de passage permettant à la jeune fille d'accéder au statut de femme et donc d'épouse puis de mère. Le clitoris est un organe saillant, il représente la part masculine de la femme, et pourrait blesser le conjoint lors des rapports sexuels ou le bébé lors de l'accouchement. Traditionnellement, une initiation de plusieurs semaines avait lieu, les filles y apprenaient le rôle d'épouse et de mère. L'excision

clôturait ce rite initiatique, elle était vécue comme une seconde naissance : celle de la jeune femme pouvant appartenir à la communauté. Plus répandue à l'Est de l'Afrique, l'infibulation ferme le sexe de la femme car il est considéré comme disgracieux et sale [6]. Mais les africaines qui se battent contre cette pratique disent aussi que l'excision permet aux hommes d'exercer un contrôle sur leur femme, privée de l'organe majeur de la sexualité et du plaisir. L'absence de pulsions sexuelles diminuerait l'infidélité des femmes et augmenterait le plaisir des hommes [7].

### ***2.1.2 La pratique de l'excision : les excisées, l'exciseuse et l'assistance***

L'excision a perdu progressivement son caractère collectif pour devenir une pratique individuelle réalisée en privé, sur des filles de plus en plus jeunes, sous prétexte qu'elles ne ressentent pas la douleur. La femme qui pratique l'excision est souvent l'accoucheuse du village. Elle utilise préférentiellement un couteau ou une lame de rasoir. L'assistance est exclusivement féminine et la mère est souvent présente. La fillette, assise à terre, maintenue vigoureusement par les bras et les jambes, sera « opérée » sans anesthésie ni conditions d'hygiène. A ce moment les risques hémorragiques et infectieux sont majeurs, de même pendant la période de réclusion qui dure le temps de la cicatrisation [5].

### ***2.1.3 Ses conséquences à plus long terme***

Cette pratique a des répercussions sur la santé, la sexualité et l'équilibre psychologique des femmes. Les conséquences sont gravissimes au moment de l'accouchement car il y a augmentation des décès néonataux, déchirures périnéales et fistules obstétricales. Ceci s'explique par le fait que le périnée cicatriciel soit se déchire, soit empêche l'expulsion de la présentation fœtale [3]. Le plaisir sexuel est méconnu et les dyspareunies sont fréquentes. Les femmes peuvent avoir une image négative de leur corps et des fantasmes angoissants concernant le sang menstruel ou l'acte sexuel [7].

### ***2.1.4 L'excision en France***

Actuellement en Europe, la majorité des familles africaines vivant en France ne perpétue pas cette coutume sur leurs petites filles. Cependant, certaines filles d'immigrés africains continuent d'être excisées. De nombreux cas sont décidés contre le gré de l'un ou des deux parents, lors d'un retour au pays le plus souvent. Mais cette pratique concerne aussi une part importante des femmes adultes qui se retrouvent contraintes de le faire sous la pression sociale [9]. On estime à environ 50 000 les femmes excisées en France [10].

## **2.2 Les mariages précoces**

Même si les pays africains interdisent le mariage d'une jeune fille de moins de quinze ans, la tradition des mariages précoces se perpétue : 49% des femmes sont mariées avant 19 ans en Afrique de l'Ouest [7].

Cette tradition est majoritaire en milieu rural et chez les citadines qui ont le niveau d'éducation le plus faible. Deux raisons sont invoquées : éviter la défloration de la jeune

filles avant le mariage qui entraînerait la honte de toute la famille ; et permettre une période de procréation la plus longue possible. Dans de rares contrées, on pratique le gavage des adolescentes pour leur donner des formes de femmes, accélérer l'apparition des règles et donc pouvoir les marier encore plus rapidement.

Les mariages précoces entraînent, pour la jeune fille, l'impossibilité de développement individuel offert par la scolarisation et le travail mais aussi la survenue de grossesses très précoces. 15 à 20% des grossesses en Afrique surviennent chez des moins de 20 ans, leurs conséquences peuvent être graves sur la santé mentale et physique de ces jeunes femmes [7].

### **2.3 La polygamie**

La polygamie est le fait d'être marié à plusieurs conjoints. Pour un homme, on parle de polygynie [11]. Celle-ci est autorisée dans de nombreux pays africains. Cependant elle représente moins de 20% de la population car elle est réservée aux plus aisés : l'entretien de plusieurs femmes et enfants représente un coût important. L'Islam autorise l'homme à avoir au maximum quatre épouses et à les aimer toutes autant [12]. Mais les africains polygames ne sont pas forcément musulmans. Chacune son tour, une « grande-sœur » (le terme coépouse n'existe pas en Afrique) assure les tâches ménagères et partage son lit avec le conjoint [13]. L'homme étant fertile jusqu'à sa mort, il doit épouser des femmes de plus en plus jeunes pour assurer une grande descendance [7].

Ce phénomène existe en France même s'il est puni par la loi, il représente une faible part de la population immigrée [8].

Malgré ce tableau sombre des pratiques ayant des conséquences sur la santé des femmes, il n'en reste pas moins que les femmes en Afrique, fortes de leurs éventuelles expériences douloureuses, sont extrêmement soudées. La femme trouve toute sa reconnaissance sociale dans la maternité, elle devient très respectée et a le pouvoir éducatif de ses enfants.

### **3. Les rites de maternité en Afrique sub-saharienne**

Chaque groupe ethnique détient des croyances et des coutumes qui lui sont propres. Par conséquent, il est impossible et probablement peu constructif d'énumérer les particularités de chacun. Cependant nous allons aborder quelques aspects de la maternité en Afrique pour en comprendre les enjeux.

*« En Afrique, si tu n'as pas d'enfant, tu resteras après ta mort un vrai défunt. Tu ne peux accéder au stade d'ancêtre, car cela n'est possible que si tu es ancêtre pour quelqu'un [...] mais si tu as des enfants, tu continues le lignage, tu sers les puissances de la vie. C'est comme un fruit mûr qui un jour tombera en terre, pourrira mais renaîtra avec ses graines » [14].*

Avoir des enfants en Afrique est synonyme de richesse et de bonheur pour les parents. Ils peuvent en plus accéder au statut d'ancêtre. Pour la femme, c'est l'accès à une reconnaissance de la part de la société. Lorsque l'une d'entre elle est enceinte, les autres

femmes de la communauté s'unissent pour permettre un déroulement heureux de la grossesse.

### **3.1 La grossesse : entre joie et crainte**

La femme enceinte a un statut très particulier en Afrique. Elle est en communication avec le monde invisible : celui des défunts et des esprits [15]. Elle et son bébé entretiennent des relations privilégiées avec les ancêtres qui les protègent, mais ils sont également des proies faciles pour les esprits malveillants [16]. Les animistes considèrent qu'un cycle de vie se perpétue de génération en génération et que l'enfant à venir est la réincarnation d'un ancêtre disparu [2].

Tous les rituels mis en place pendant la grossesse de la femme africaine visent à éviter « le mauvais œil ». Ils permettent à la mère de mener sa grossesse et son accouchement sans encombre, et surtout de mettre au monde un enfant beau et bien formé [17].

#### **3.1.1 L'annonce**

La grossesse, tant attendue soit-elle, doit rester cachée le plus longtemps possible pour ne pas attirer la jalousie, les mauvais sorts [18]...et ainsi éviter les incidents comme l'avortement. Le fœtus en formation est considéré comme « une masse de sang » qui peut à tout moment se décrocher du ventre maternel [17]. La femme n'est vraiment considérée enceinte qu'après le premier trimestre.

*« Déclarer trop tôt une grossesse serait anticiper sur la volonté divine et risquer d'attirer le mauvais œil » [16].*

Ce sont souvent les vieilles femmes du village qui découvrent l'état de grossesse en observant le comportement des plus jeunes. La grossesse ne sera dévoilée publiquement qu'après deux à quatre mois selon les ethnies mais elle reste toujours un sujet à éviter : *« moins on en parle, plus l'enfant est en sécurité » [7].*

#### **3.1.2 La future mère en initiation**

La future mère est responsable de son fœtus. Son comportement influence le déroulement de la grossesse. Si elle commet une faute, un malheur pour survenir [17]. Pour éviter cela, sa propre mère et les autres femmes lui donneront des conseils.

Pour se protéger des maléfices, la femme enceinte évitera de sortir la nuit, période de tous les dangers pour le bébé en formation (les moments les plus incertains étant l'aube et le crépuscule) [18].

Aussi, la femme enceinte porte des amulettes protectrices. Ces objets sont largement utilisés en Afrique. Il peut s'agir de bijoux : boucles d'oreilles, pendentifs, bracelets, corde de grossesse (autour du ventre) ; de talismans particulièrement utilisés dans les pays musulmans (ils contiennent des versets du coran et sont noués autour de la taille ou du poignet) ; ou encore d'un objet en métal [16].

### **3.1.3 Les différentes origines du bébé**

Durant toute la grossesse, la communauté va écouter les messages envoyés par l'au-delà pour comprendre l'origine de l'enfant à venir. Chaque rêve ou évènement peut être un signe [20]. En effet, dans la pensée commune, le bébé avait une vie avant d'arriver sur terre, avec des parents supranaturels. Il existe trois grandes origines possibles :

- Le retour d'un ancêtre disparu : personne décédée en quête d'un ventre hospitalier pour accomplir un nouveau cycle de vie
- Le retour d'un enfant décédé (pendant une grossesse précédente ou en post-natal) : bébé instable qui fait la navette entre le monde des vivants et celui des morts
- Le don d'un génie : bébé ayant des pouvoirs surnaturels (né post-terme par exemple) [15].

### **3.1.4 Les règles que la femme enceinte doit respecter**

- La modification du comportement

Pour s'assurer une bonne grossesse, un bon accouchement et un enfant bien portant, la future mère doit aussi respecter un certain mode de vie :

Elle ne doit regarder que ce qui est beau. Si son regard se pose sur quelque chose de difforme, son bébé risque d'avoir le même défaut. Par exemple si elle regarde un singe, son bébé risque d'avoir sa démarche.

Elle doit aussi rester active tout au long de la grossesse, être vertueuse (ne pas voler...), être fidèle à son mari, n'être en conflit avec personne sous peine d'un accouchement difficile et périlleux.

Elle ne doit pas préparer son accouchement, ni la venue du bébé car elle provoquerait le destin [18].

Elle ne doit pas parler de mort ou encore moins voir un cadavre (ne serait-ce que d'animal) pour éviter qu'elle ou son bébé ne soient emportés à leur tour.

Les rapports sexuels sont autorisés jusqu'au terme de la grossesse dans de nombreuses ethnies africaines. Ils seront même accentués chez ceux qui voient le liquide séminal comme bénéfique pour la formation du fœtus. Ailleurs, ils seront interrompus dès que la femme sent le bébé bouger pour lui éviter des désagréments.

Certaines situations sont à éviter comme par exemple nouer un tissu pour éviter un problème de cordon, rester assise trop longtemps car cette position comprime l'enfant, ou encore se faire enjamber par quelqu'un car cela favoriserait la présentation du siège.

Ces croyances sont très nombreuses et variables en fonction des ethnies, elles peuvent tout de même expliquer des comportements surprenants à nos yeux d'occidentaux.

- L'alimentation

« *La femme qui attend un enfant ne doit pas avoir faim et ne doit se voir refuser aucun aliment. Toute la communauté s'unit pour que cette coutume soit respectée* » [16].

Il existe cependant des interdits alimentaires. L'aliment le plus souvent banni est l'œuf [16 ; 17] car sa symbolique rappelle la procréation et il pourrait nuire à la grossesse en cours.

D'autres aliments sont à privilégier ou à éviter. Certains fruits servent à l'enfant de masque de beauté. Certains autres comme l'avocat, l'ananas ou le fruit du baobab lui donneraient des problèmes de peau. La femme choisira ou non de manger certaines viandes ou certains poissons en fonction des caractéristiques qu'ils transmettraient à l'enfant. Par exemple au Sénégal, la femme ne mange pas de phacochère pour éviter un enfant qui renifle ou qui ronfle [16].

Les vomissements gravidiques sont vus comme un rejet, par l'enfant, de l'aliment venant d'être mangé. Il est conseillé à la femme de ne plus en consommer pendant toute sa grossesse.

### **3.2 L'accouchement**

Après neuf mois de grossesse chargés de symboles, l'initiation de la femme se poursuit par la grande étape de l'accouchement. En Afrique rurale, l'accouchement a lieu dans le cercle familial, souvent dans la maison maternelle, ou parfois en dispensaire. Dans les grandes villes africaines, l'accouchement médicalisé à l'hôpital se développe [19]. Toute la communauté s'intéresse à la naissance à venir.

#### **3.2.1 Les personnes qui assistent à la naissance**

- La sage-femme traditionnelle

Une femme sera présente du début à la fin de l'accouchement pour aider la parturiente. Elle est choisie par le village car elle détient la connaissance de l'accouchement : elle a souvent eu plusieurs enfants et a été formée par d'autres accoucheuses. Elle est très respectée et la famille lui voue une confiance totale [16]. Elle doit aussi être ménopausée pour que le mélange des sangs ne s'effectue pas : le sang des règles de la sage-femme pourrait avoir un rôle néfaste sur l'accouchement, et le sang de l'accouchée pourrait compromettre la fécondité de la sage-femme [21].

- Une assistance exclusivement féminine

Seules les femmes se regroupent autour de la parturiente et de la matrone : sœurs, mère, belle-mère, voisines, cousines [16]... Elles sont compétentes en matière de maternité et forment un groupe, on les appelle les commères: littéralement « être mère avec » [22]. Ces femmes vont prendre soin de la future mère, lui expliquer ce qui va lui arriver et la conseiller, ce groupe assure une fonction rassurante et protectrice [20].

### ***3.2.2 Les moyens d'éviter une difficulté obstétricale***

Pendant la grossesse, la femme a du respecter un certain mode de vie pour permettre une naissance facile. Il existe encore, pendant l'accouchement, des moyens de se protéger.

D'abord, la future mère effectue des gestes d'ouverture pour favoriser la dilatation du col et la descente du bébé : elle lâche ses cheveux, détache son foulard...

En début de travail aussi, l'accoucheuse prépare des tisanes, potions ou décoctions ayant de nombreuses vertus (ocytociques notamment).

La future mère porte les amulettes qui la protégeaient pendant sa grossesse. Le père peut aller prier sur la tombe des ancêtres pour leur demander de veiller au dénouement heureux de l'accouchement.

S'il existe des difficultés à la naissance, des potions sont préparées et des massages sont effectués par l'accoucheuse, elle peut appeler le guérisseur pour convaincre les mauvais esprits de s'éloigner. S'ils échouent, on suppose que la parturiente n'est pas en paix avec elle-même. La femme doit avouer ses fautes: offense, tentative d'avortement, adultère. En effet, le non respect des interdits est la raison la plus souvent invoquée pour expliquer les dystocies. Par exemple au Sénégal, la sage-femme peut frapper la mère en difficulté pour lui faire avouer sa faute. En Guinée, il faut demander pardon aux personnes offensées pour apporter la paix intérieure et faciliter la naissance [16].

### ***3.2.3 La future mère doit rester active pendant son travail***

#### **- La maîtrise de la douleur**

La maîtrise de la douleur est une valeur morale importante en Afrique noire. Tout d'abord, les plaintes de la femme en couche (pleurs, cris...) pourraient attirer les mauvais esprits ; ensuite, si la femme arrive à se contrôler elle transmettra cette qualité à son enfant. Un comportement exemplaire permettra à la femme d'être respectée par les hommes et les femmes de la communauté. Par contre, une femme qui crie pendant son accouchement sera déshonorée, elle pourra même être maltraitée par la matrone [16]. Le concept d'enfantement dans la douleur est défendu par toutes les religions, en préconisant le respect du déroulement naturel de cet évènement [23].

#### **- Les positions d'accouchement**

Pour favoriser la descente du fœtus, la femme a une grande liberté de mouvements pendant le travail, elle ne doit pas rester statique et les commères sont là pour le lui rappeler [24]. La position verticale est toujours privilégiée. Au moment de l'expulsion, la position assise est la plus utilisée en Afrique: une femme sert de soutien à la mère en lui appuyant éventuellement sur le ventre, une autre femme recueille le bébé [16].

- L'accueil du nouveau-né

Après l'expulsion, on pose généralement le bébé à terre pour rappeler l'image du fruit mûr qui se décroche de l'arbre [16]. Là, il effectue son premier cri, c'est le salut qu'il adresse au monde des humains, le début de son intégration sur terre [15]. Le cordon n'est coupé que lorsque ce premier cri a eu lieu, pour ce faire on utilise un objet en métal car ce matériau a des vertus protectrices [16]. L'enfant est ensuite emmené pour faire sa toilette rituelle : c'est le geste de purification qui marque son entrée dans le monde des vivants. Aussi le liquide amniotique est considéré comme une souillure qui laisserait son odeur à l'enfant s'il n'est pas lavé immédiatement [19].

Ce nouvel arrivant est encore un étranger : on ne sait pas s'il va rester sur terre. Il faut l'observer pour comprendre le message qu'il a à transmettre. Il est donc souvent négligé à la naissance et pendant les premiers jours [18]. La mère ne manifeste pas sa joie pour ne pas attirer le mauvais œil, elle ne veut pas forcément le prendre dans ses bras [21].

### ***3.2.4 Les annexes de la grossesse***

La naissance est annoncée lorsque la délivrance a eu lieu [16]. Le cordon et le placenta sont récupérés, souvent par le père. Ils ont chacun une signification et vont faire l'objet d'un traitement particulier.

Le cordon ombilical devient une amulette protectrice. Il sera souvent accroché au dessus de la porte d'entrée de la maison pour repousser les mauvais esprits qui tenteraient de s'y introduire [17].

Le placenta est considéré comme le double de l'enfant, son frère jumeau [15]. Il sera soigneusement enterré dans un endroit bien déterminé, le plus souvent au pied d'un arbre : cet arbre sera le reflet de la santé de l'enfant [18]. L'endroit où le placenta est enterré représente l'attache au sol de naissance.

Ces annexes de la grossesse ont une grande valeur symbolique : leur prise en charge doit être optimale pour assurer santé et force à leur propriétaire.

## **3.3 Les suites de couches**

Les quelques jours qui suivent la naissance sont primordiaux pour la mise en place du lien entre la mère et son bébé : ceux-ci se découvrent peu à peu. La mère peut se reposer car les commères s'occupent du nouveau-né, lui montrent comment faire, la soutiennent dans son nouveau rôle qu'elle va apprendre à leur contact.

### ***3.3.1 Les gestes de maternage***

- La toilette du nouveau-né

La première toilette est incontournable car elle est chargée de symboles. En Afrique de l'Ouest, le corps du bébé possède douze ouvertures dont le nombril, la bouche, le nez, l'anus, les fontanelles... La personne qui effectue la toilette souffle dans plusieurs de ces

orifices : ceci permet de chasser les mauvais esprits et de faire circuler l'énergie vitale dans tout le corps de l'enfant [16].

#### - Le modelage du corps

En Afrique, on ne félicite pas une mère à propos de son enfant : il ne faut jamais lui dire que son bébé est beau car cela porte malheur. Sans jugement, on va donc continuer son intégration en le massant, pour lui donner un corps le mieux modelé possible.

Le massage au beurre de karité est effectué dans plusieurs but : allonger l'enfant, durcir ses os, lui donner un petit nez, le rendre tonique et vigoureux... On peut aussi le lancer en l'air et le rattraper pour le rendre courageux, ou encore le maquiller avec du khôl (poudre noire de sulfure d'antimoine qui a des qualités antiseptiques) pour éloigner les mauvais esprits [16].

Lorsque la mère effectue ce massage, ceci l'incite à protéger et humaniser son bébé [20].

#### - L'art de porter les bébés

L'enfant n'est jamais laissé seul, il pourrait vouloir repartir dans l'autre monde :

*« Si le bébé est mal accueilli ou mal traité, les parents invisibles peuvent le rappeler à eux, l'enfant peut mourir »* [20].

Malgré l'importance de négliger l'enfant à la naissance pour ne pas attirer le mauvais œil, il faut rapidement lui prouver son attention pour qu'il souhaite rester dans le monde des vivants. Ce comportement ambigu est extrêmement important. Il est souvent porté contre le corps de la mère, les femmes africaines savent que cela l'apaise et cette technique leur permet de l'avoir auprès d'elles pour le protéger.

### **3.3.2 L'allaitement maternel**

La femme qui vient d'accoucher ne se soucie que de nourrir son bébé. Elle est soutenue dans les autres tâches par le groupe de commères.

*« Refuser le sein à l'enfant serait une offense à l'ancêtre dont il est la réincarnation spirituelle »* [16].

L'allaitement est généralement retardé car le colostrum est considéré comme impur, on le fait tomber à terre pour le donner aux esprits [18]. Il est généralement remplacé par de l'eau sucrée. A partir de la montée de lait (favorisée par le massage des seins), le bébé est nourri dès qu'il pleure, le corps à corps l'apaise [16]. Le lait représente l'héritage de la mère à son enfant, elle lui transmet la force vitale nécessaire à sa survie [24].

Pendant toute la période de l'allaitement (recommandée pendant 24 mois dans de nombreuses ethnies), la mère dort avec son bébé [16]. Aussi, les rapports sexuels sont prohibés pendant cette période car le sperme et le lait sont incompatibles : le sperme empoisonne le lait et le lait est dangereux pour la fonction reproductrice masculine [17]. Ceci permet une régulation naturelle des naissances.

### ***3.3.3 La réclusion de la mère***

Cette période de repos obligatoire est de durée variable : dans l'islam elle dure quarante jours, dans la majorité des pays africains elle est limitée à sept jours [21]. La femme y est considérée comme impure, elle est donc dispensée de la plupart des tâches quotidiennes. Elle et le nouveau-né ne sortent pas à l'extérieur de la maison, ils sont pris en charge par les femmes de la communauté [16]. Ces quelques jours sont l'occasion pour la mère de se consacrer à son enfant et de s'occuper d'elle-même [23].

A la fin de cette période, le bébé va pouvoir être présenté à la communauté selon différents rituels : celui qui est constant est sa nomination.

### ***3.3.4 L'imposition du nom***

La recherche du nom de l'enfant commence dès la conception par l'interprétation des rêves et des signes. L'identification dure tout au long de la grossesse, puis par l'observation du nouveau-né jusqu'à la décision qui est souvent prise par une figure sage de la famille [16].

Pendant la période de réclusion, on lui donne souvent des noms repoussants (ordure, cailloux...) pour feindre l'indifférence [25].

On dévoile le prénom de l'enfant à l'ensemble de la communauté pour effectuer sa naissance sociale : il est donc intégré au monde des vivants. Il est primordial de le nommer en fonction du message dont il est porteur car sa survie peut être compromise par une mauvaise nomination [15].

L'enfant peut porter plusieurs prénoms : un prénom usuel que tout le monde peut connaître, le prénom de l'ancêtre auquel il est assimilé, et un autre prénom qui donne des informations sur la naissance (le jour, le temps...) [18].

Les coutumes et croyances traditionnelles sont encore très présentes en Afrique. La grossesse n'est pas, là-bas, une histoire personnelle ni même de couple. Elle est un périlleux chemin à emprunter qui demande une implication de toute la communauté et qui permet à la mère d'accomplir son rôle de femme procréatrice. Cependant, l'accouchement en milieu traditionnel laisse petit à petit la place à l'accouchement en milieu médicalisé. Lors de ce dernier, le groupe si important des commères n'a plus sa place, il la retrouve dans les suites de couches qui ont le plus souvent lieu à domicile.

## **4. La santé en Afrique aujourd'hui**

Il existe de très grandes disparités entre les régions d'Afrique subsaharienne, mais nous allons aborder un aperçu global des conditions de santé des populations africaines.

### **4.1 Etat de santé de la population et accès aux soins**

En Afrique subsaharienne, l'espérance de vie à la naissance est de 48,5 ans et la mortalité infantile est de 85 pour 1000. Les pathologies les plus fréquentes sont dues à des maladies infectieuses et à des carences. La pauvreté et la difficulté de l'accès à l'eau en sont les causes principales [1]. Selon l'UNICEF, les familles urbaines consacrent 60 à 80%

de leurs revenus à l'alimentation. Ceci les oblige à réduire les dépenses liées à l'éducation et à la santé [7]. En effet, tous les soins réalisés et le matériel utilisé sont à la charge des familles, ceci représente un réel coût financier. C'est pour cela qu'une fraction réduite de la population accède aux soins de santé [26].

#### **4.2 Médicalisation de l'accouchement**

Plusieurs études montrent que le pronostic materno-fœtal est étroitement lié à la prise en charge au moment de l'accouchement [26]. L'accouchement à domicile est ainsi de plus en plus délaissé, au profit de structures médicalisées et de personnel qualifié.

Les maternités chirurgicales sont rassemblées dans les zones urbaines (bloc opératoire, banque de sang...), ce sont des hôpitaux régionaux et des postes de santé. Dans ces structures, la prise en charge est effectuée par des gynécologues-obstétriciens et sages-femmes diplômées d'état. Dans les zones rurales, les maternités sont non-chirurgicales (pas de possibilité d'effectuer de césarienne), ce sont des centres de santé généralement tenus par des infirmiers. Des matrones sont souvent présentes pour participer aux soins.

Ces différentes structures sanitaires, bien qu'en dysfonctionnement (difficulté d'approvisionnement en matériel et médicaments, manque de personnel qualifié...), sont désormais fréquentées par un grand nombre de femmes : 30 à 50% [27]. Dans ces espaces de santé, le personnel médical est souvent décrit comme manquant de respect à l'autre, ne respectant pas les règles d'éthiques... Peu d'études ont fait part de ces observations, cependant, l'important manque de soutien de la part des politiques publiques ne permet pas au personnel d'exercer leur métier de façon satisfaisante. La qualité des soins en dépend pourtant [28].

Pour toutes ces raisons, les chiffres concernant la mortalité maternelle et infantile ont du mal à diminuer dans les régions africaines. Selon l'OMS, la mortalité maternelle concerne 1020 femmes pour 100 000 naissances vivantes : si dans les pays développés, une femme court un risque sur 7300 de décéder pour des raisons liées à la grossesse ou à l'accouchement, ce risque est globalement de un pour 26 en Afrique. De plus, cette région est à forte fécondité donc la femme est confrontée à ce risque pour chaque enfant [29]. 80% des décès seraient dus à des causes obstétricales évitables (avortements compliqués, hémorragies, dystocies...). Les décès ont lieu majoritairement au moment de l'accouchement ou dans les premières heures qui le suivent. La morbidité est aussi extrêmement fréquente [26].

Bien que l'accouchement soit de plus en plus médicalisé en Afrique, il n'est pas encore sécurisé. Les familles ont du mal à faire confiance au personnel de santé et les relations entre eux sont délicates [27]. Notons qu'il existe dans de nombreuses villes africaines des structures privées ayant souvent beaucoup de moyens. Les familles les plus aisées peuvent y avoir recours, la prise en charge y est de qualité [35].

## **II. L'EXPERIENCE DE L'EMIGRATION ET LA SURVENUE D'UNE GROSSESSE DANS CE CONTEXTE**

### **1. La migration de l'Afrique vers la France**

La migration des africains vers la France existe depuis de nombreuses années avec des motivations qui varient selon les époques. L'arrivée dans le pays d'accueil n'est pas toujours à la hauteur des espérances de chacun. Se forger une nouvelle identité en pays étranger implique souvent une remise en question de soi-même.

#### **1.1 Contexte historique de la migration en France (annexe III)**

Après la seconde guerre mondiale, la France a besoin de se reconstruire. Elle fait appel, dès 1945, à une main d'œuvre « bon marché » qui vient principalement des ex-colonies françaises : Maghreb et Afrique de l'Ouest. Les migrants sont essentiellement des hommes et se regroupent du fait de leurs origines communes. La majorité vient de zones rurales et est musulmane. En 1974, suite à la récession économique, la France met fin à sa politique d'immigration de main d'œuvre et les travailleurs entreprennent de reconstituer leur famille en France : c'est la politique de regroupement familial. Donc l'immigration des femmes et des enfants commence.

Concernant l'Afrique, une deuxième vague de migration a lieu et concerne plutôt les pays d'Afrique centrale (Cameroun, Congo, Gabon...). Les migrants sont citadins et majoritairement chrétiens, leur modèle familial se rapproche donc de celui de la famille nucléaire française.

Une troisième vague a lieu dans les années 1980, elle concerne les pays d'Afrique francophone. Ce sont majoritairement les femmes à la recherche d'une émancipation et les étudiants qui arrivent en France [30].

Dans les années 1990, l'ouverture des frontières aux ressortissants européens augmente considérablement le taux d'immigrés dans le pays. En effet, entre 1999 et 2005, quasiment un million d'immigrés sont arrivés en France (un sur quatre était européen).

L'arrivée illégale d'étrangers sur le territoire français est en constante augmentation depuis les années 1980. Cette clandestinité pose de nombreux problèmes, essentiellement sanitaires.

Actuellement (estimation pour 2010), les immigrés représentent 10.7% de la population générale [31]. Ils sont répartis de la manière suivante :

- Europe : 40.3% dont 34.9 % appartiennent à l'Europe des 25
- Afrique : 42.9% dont Maghreb 30.7%, Afrique subsaharienne 9.3% et autres 2.9%.
- Asie : 13.3%
- Amérique et Océanie : 3.4% [32].

En 2004, les flux migratoires vers la France concernent pour 17% les africains subsahariens [33]. Les pays d'Afrique subsaharienne les plus représentés en France sont à ce jour : Sénégal, Côte d'Ivoire, Mali... [34] soit des pays d'Afrique de l'Ouest francophones.

## **1.2 Causes principales de la migration des femmes**

Aujourd'hui la migration des femmes égale celle des hommes : 48 % des africains immigrés sont des femmes [34]. La majorité d'entre elles (75 %) a entre 18 et 39 ans, elles sont donc en âge de procréer. Ces femmes ont d'abord émigré dans le cadre du regroupement familial, pour se rapprocher de leur conjoint parti en France pour le travail. D'autre part, certaines sont en France car elles se sont mariées avec un français, d'autres parce qu'elles fuient un mariage forcé, la pauvreté ou encore la guerre.

Bien souvent, ce départ de leur pays natal n'est pas véritablement choisi, c'est plus par obligation que les femmes quittent leur milieu culturel [35]. Cependant, elles ont pu construire secrètement des projets et arrivent dans le pays d'accueil avec des attentes particulières (faire des études, s'émanciper par le travail...) [36]. Elles ont un idéal de vie qu'elles espèrent trouver en France [37], pays d'accueil qui représente toujours le « Pays des Droits de l'Homme ».

## **1.3 Le processus de migration : un bouleversement psychique**

Chaque personne a dans son pays une histoire qui façonne son caractère, sa manière d'être. Lorsqu'elle quitte ce pays, de manière forcée ou volontaire, une remise en question personnelle s'impose inévitablement.

### ***1.3.1 Les conditions d'arrivée en France***

Les femmes qui viennent rejoindre leur mari se retrouvent du jour au lendemain dans un environnement froid et peu convivial. Elles sont isolées lorsque le mari travaille et vivent souvent dans des conditions précaires [15]. Pour une femme seule, c'est souvent un compatriote qui l'accueille. Il est fréquent que cette personne relais s'avère peu fiable et que la femme soit forcée de quitter le domicile plus précocement que prévu, se retrouvant seule et sans repères [35].

Les personnes africaines migrantes ne maîtrisent pas forcément le français. Ils continuent d'utiliser leur langue maternelle. De plus, de nombreuses familles continuent à vivre selon le mode de vie du pays d'origine. Elles ne savent par exemple pas cuisiner les produits régionaux. Elles restreignent donc leur alimentation à un aliment connu comme le riz [38].

Des organismes et associations existent pour les aider dans leurs démarches (structures d'accueil, cours de français...). Certains sont référencés en annexes IV.

### ***1.3.2 La solitude***

La solitude est le sentiment le plus ressenti par ces femmes qui viennent d'un endroit où la chaleur des relations humaines est la caractéristique première. Ceci peut être vécu comme un traumatisme d'autant plus fort que la femme est issue d'un milieu traditionnel [22]. En effet, l'absence du groupe resté au pays et l'individualisme qui règne en France

sont autant d'ingrédients qui favorisent l'isolement. Au bout de quelques temps, des relations se créent et les amis sont souvent de la même origine.

### ***1.3.3 La rupture avec le groupe***

La famille restée au pays pense que vivre dans un pays riche implique forcément avoir de l'argent et une vie confortable. Elle demande généralement une participation financière [38]. Or, les conditions de vie sont difficiles et l'étranger ne peut pas se plaindre à ses proches, ils ne comprendraient pas [37]. La souffrance plus ou moins grande que l'exil impose ne peut donc être partagée avec le groupe. La perte de ce soutien précieux est source d'angoisse pour la personne immigrée. Associée à la perte du cadre culturel, ces grands vides peuvent entraîner perte de confiance et de capacité [36].

## **2. Vivre une grossesse en situation transculturelle**

Comment mettre un enfant au monde dans un environnement étranger et loin du groupe soutenant ? C'est le défi qui s'impose aux femmes immigrées.

### **2.1 La découverte du milieu hospitalier**

La grossesse est souvent l'occasion de la première rencontre avec l'hôpital, cet univers n'étant pas familier.

Si l'environnement médical apparaît comme totalement nouveau pour une française, il l'est d'autant plus pour une étrangère qui découvre aussi les règles sociales, les coutumes, les habitudes alimentaires et le vocabulaire [38]. En effet, pour de nombreuses femmes migrantes, la grossesse et son suivi médical sont la première confrontation avec la société d'accueil, comme leurs maris l'ont précédemment fait avec le travail [36].

### **2.2 Grossesse et naissance : des périodes clefs au plan psychique**

Pour toutes les femmes du monde, la grossesse est une période de grands bouleversements. La femme change sur le plan physique, son corps accueille un nouvel être. Ceci entraîne des modifications sur le plan psychique qui vont lui servir à préparer l'arrivée du bébé.

#### ***2.2.1 La perméabilité psychique***

La grossesse est une période d'initiation durant laquelle la femme doit construire son identité de mère.

En effet, le temps de la grossesse est marqué par une grande ouverture: les conflits anciens se réactivent, les appartenances mythiques et culturelles réapparaissent, l'image d'un bébé idéal se construit... [22]. La future maman réinvesti son enfance, elle a besoin de sa propre mère. Ceci lui permet de réaménager son univers psychique pour être prête

à accueillir l'enfant. Cette période de remaniements la prépare donc à former des liens précoces avec le bébé [39].

### ***2.2.2 La préoccupation maternelle primaire***

Elaboré par le pédiatre D.Winnicott, ce concept montre que les pensées de la future mère sont principalement orientées vers son bébé. Elle n'est préoccupée que par lui.

Cette sensibilité se développe pendant la grossesse pour devenir majeure à terme, elle dure quelques semaines après la naissance. Cette attitude permet l'adaptation de la mère aux besoins de l'enfant et ainsi un attachement réciproque.

### ***2.2.3 L'attachement mère-enfant***

Cette véritable crise de maturation va favoriser l'élaboration de la relation mère-bébé. On peut observer la qualité de l'attachement dans les échanges entre la mère et le nouveau-né par :

- Le regard : c'est un élément observé pendant l'allaitement. On évalue les interactions visuelles et le plaisir partagé
- Le portage : la manière de porter le nouveau-né reflète cet attachement
- La voix : elle est souvent modifiée pour s'adapter aux compétences du nouveau-né [40].

Les ethnopsychiatres défendent l'universalité psychique de l'être humain, cependant chacun s'exprime de manière singulière. En effet, les phénomènes psychiques qui ont lieu au cours de la grossesse sont identiques pour toutes les femmes, mais elles les extériorisent d'une manière qui leur est propre. Ce sont notamment les codes culturels qui définissent l'expression de ces événements [41]. La mère, dans la relation à son enfant, exprime des techniques de massage, des manières de l'allaiter ou de le porter. C'est elle qui transmet les traditions [38].

Ces phénomènes d'adaptation et d'interaction peuvent être perturbés par la survenue d'un événement traumatique lors du processus de maturation, ou encore par la vulnérabilité de la future mère.

## **2.3 Vulnérabilité de la femme migrante**

La personne vulnérable donne prise à une attaque, elle est susceptible d'être blessée [11].

La notion de vulnérabilité est une caractéristique, principalement psychologique, qui met la personne dans une position non protégée. Elle est donc susceptible d'être menacée ou blessée du fait de circonstances physique, psychologique ou sociologique [42].

### **2.3.1 Les différentes vulnérabilités**

Certaines femmes et familles présentent des vulnérabilités avant la grossesse. Elles peuvent être très différentes :

- Conduites addictives
- Contextes psychopathologiques connus
- Contextes sociaux problématiques : grossesses conduites en exil, souvent après des parcours traumatiques ou marqués par des ruptures familiales ou des conflits identitaires – jeunes femmes isolées – grossesses peu ou pas suivies, déclarées tardivement...

Ces différentes fragilités psycho-sociales pourraient entraîner des difficultés : pathologies périnatales, dépression du post-partum... Le vécu de la maternité est donc perturbé et des difficultés à l'élaboration de la relation mère-enfant peuvent survenir [39].

### **2.3.2 Degré de vulnérabilité de la femme migrante**

Pour les femmes immigrées, cette période de bouleversements que représente la grossesse est vécue de manière différente en fonction de plusieurs facteurs :

- L'expérience de l'immigration : projet migratoire (migration désirée ou subie), présence de l'entourage (notamment une figure maternelle)
- L'ancienneté de la migration par rapport à la naissance de l'enfant : un temps d'adaptation à la culture du pays d'accueil est nécessaire
- L'expérience antérieure de maternité et de soins aux enfants
- Les conditions de vie sociales et économiques : l'isolement est la plus importante des conditions [36].

Une femme récemment immigrée, isolée et qui accouche pour la première fois en France est plus à risque de développer des difficultés lors de la grossesse ou de l'accouchement.

### **III. PARTICULARITES DE LA MATERNITE DES FEMMES AFRICAINES AU CHU DE NANTES**

Les femmes africaines ont un parcours de vie très différent de celui des femmes européennes. Bien qu'elles ne soient pas concernées par toutes les pratiques que nous avons décrites, elles arrivent en France avec une histoire personnelle plus ou moins difficile.

La grossesse est souvent la première rencontre avec le milieu hospitalier et parfois même avec la société d'accueil. Devenir mère entraîne des bouleversements : la grossesse est une période de fragilité, tout particulièrement pour ces femmes.

#### **1. Hypothèses**

- Nous sommes partis d'un postulat de départ : deux cultures s'opposent entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel médical. Les unes possèdent une culture symbolique très forte autour de la naissance. Les autres appartiennent à une culture de sécurité médicale qui les contraint à se concentrer sur l'aspect médico-technique de la naissance. Associée à ces différences culturelles, la barrière linguistique freine l'instauration d'un dialogue. La première question est donc la suivante :

**Les différences culturelles et linguistiques entraînent-elles des difficultés de communication entre les femmes africaines et les soignants ?**

- Mais la communication est à la base de notre métier : la sage-femme doit comprendre la femme pour constituer un dossier et lui assurer un suivi de qualité ; la femme doit comprendre les enjeux de ce suivi pour accepter les soins et y participer. La seconde question est la suivante :

**Les problèmes de communication influencent-ils la prise en charge médico-psycho-sociale de ces femmes ?**

- De plus, chaque femme a une histoire personnelle particulière qui peut la rendre vulnérable. Pour les femmes africaines migrantes, ce sont les souvenirs de l'enfance, la migration, l'adaptation au pays d'accueil qui sont susceptibles de la fragiliser. Et vivre une grossesse en situation migratoire entraîne un bouleversement important. Si elles ne trouvent pas d'interlocuteur capable de les comprendre à la maternité et qu'elles n'osent pas utiliser des techniques de maternage propres à leur culture, alors elles risquent d'avoir un vécu négatif de leur maternité. La troisième question est la suivante :

**Comment les femmes africaines vivent-elles leur maternité au CHU de Nantes ?**

## **2. Objectifs**

Nous nous sommes donné pour objectifs :

- **Apprendre d'autres manières de faire pour s'enrichir mutuellement**
- **Promouvoir une relation de confiance entre le personnel médical et ces femmes**
- **Améliorer leur vécu de la maternité : compréhension des soins, écoute de leurs désirs et réponse à leurs angoisses**
- **Permettre à la femme d'utiliser des manières de puéricultures métissées : en accord avec ses propres convictions et avec les exigences de la société d'accueil**
- **Permettre l'instauration d'une relation mère-enfant de qualité**
- **Améliorer la prise en charge médicale mais aussi psycho-sociale proposée à ces femmes**

## **3. Méthode**

Pour tenter de répondre à ces interrogations, nous avons d'abord eu l'idée d'organiser des groupes de parole, comme il existe déjà dans une maternité parisienne. Mais les difficultés d'organisation nous ont contraints à revoir nos ambitions, des entretiens individuels ont donc été réalisés. Ils nous ont apporté des éléments complémentaires enrichissants. Nous avons ensuite souhaité comparer les informations recueillies lors de ces entretiens à celles inscrites dans les dossiers obstétricaux des femmes. Ceci nous a permis d'avoir une vision globale de la communication entre ces femmes africaines et le personnel médical de la maternité.

### **3.1 La population d'étude**

Nous avons choisi les femmes d'Afrique subsahariennes car elles représentent la part la plus importante des consultations de femmes migrantes au sein de l'UGOMPS<sup>1</sup> (annexe V). La majorité de ces femmes vient d'Afrique de l'Ouest francophone ce qui facilite l'échange lors des entretiens. Les critères de sélection sont les suivant :

- Femme originaire d'un pays d'Afrique subsaharienne
- Migrante de première génération (c'est-à-dire née dans le pays d'origine)
- Femme maîtrisant le français, ou présence d'un proche pour traduire
- Accouchement au CHU de Nantes.

---

<sup>1</sup> Unité de Gynécologie et Obstétrique Médico-Psycho-Sociale du CHU de Nantes

### 3.2 Le groupe de parole

Il semblait d'abord pertinent d'organiser des groupes de paroles. C'est une idée qui a vu le jour principalement grâce à deux réunions existantes :

- les réunions organisées depuis 2006 par l'association ASAMLA<sup>2</sup> en collaboration avec l'UGOMPS, sur le thème des mutilations génitales féminines. Un jour par mois, des femmes se retrouvent pour aborder le sujet tabou de l'excision. Elles sont accompagnées par l'interprète-médiatrice de l'ASAMLA et un médecin du service UGOMPS.
- le groupe de « l'Arbre à palabres » organisé par la clinique des Bluets à Paris. Cette réunion est dédiée aux femmes africaines migrantes dans le but d'atténuer leurs incompréhensions avec le personnel soignant.

Pour ces raisons, nous avons voulu créer un groupe : quelques femmes africaines se rencontrent et parlent de leur maternité, les interactions enrichissent le dialogue, le groupe recrée l'ambiance communautaire du pays d'origine et des relations à long terme peuvent se former.

Le premier objectif était de fixer une date pour réaliser cette réunion. Elle a été reportée à quatre reprises pour des questions d'organisation : femmes absentes, ramadan... le premier groupe de parole a donc été réalisé le 16 septembre 2010.

La seconde difficulté a été de trouver un lieu pour ces rencontres. Nous avons d'abord pensé au petit salon de l'UGOMPS mais nous préférons un endroit neutre, non médicalisé. Le président de l'association ASAMLA a accepté de nous prêter ses locaux pour accueillir le groupe. Il a donc pu avoir lieu juste en face de la maternité.

Enfin, il fallait réunir des femmes africaines volontaires. Entre février et juin 2010, un médecin et une sage-femme de l'UGOMPS ont proposé cette réunion aux femmes africaines qu'elles rencontraient en consultation. Celles qui étaient intéressées par le projet laissaient leurs coordonnées. De plus, l'interprète-médiatrice de l'ASAMLA a contacté quelques femmes de son côté.

Lorsque la date et le lieu étaient fixés, nous avons joint les femmes intéressées par téléphone, elles étaient une dizaine à vouloir participer au groupe de parole.

Au final, le jeudi 16 septembre 2010, le groupe de parole a pu avoir lieu : seulement deux femmes sont venues. Nous étions accompagnés de l'interprète-médiatrice et avons échangé sur différents aspects de la maternité. Le dialogue a principalement abordé les conditions difficiles d'accouchement en Afrique et les différences avec les hôpitaux français.

Pour des questions de temps et d'organisation, nous n'avons malheureusement pas pu renouveler cette expérience. En effet, les emplois du temps étaient chargés et toutes les

---

<sup>2</sup> Association Santé Migrants de Loire Atlantique

femmes conviées n'honoraient pas l'invitation... La nécessité de recueillir d'autres témoignages rapidement n'a pas permis de mettre en place de nouvelles réunions.

### **3.3 Entretiens en suites de couches**

#### **3.3.1 Organisation**

Nous avons opté pour des entretiens individuels semi-directifs. Ceux-ci ont été réalisés directement dans le service de suites de couches du CHU de Nantes. Dès que nous le pouvions, nous passions dans le service pour demander aux sages-femmes si des femmes d'Afrique subsaharienne étaient présentes. Nous sommes allés rencontrer chacune d'entre elles pour leur proposer un entretien concernant leur maternité en France. Huit femmes ont été rencontrées, trois ont refusé l'entretien : une femme n'a pas donné d'explication, une autre ne voulait pas être enregistrée, et la dernière présentait une forte douleur au coccyx, elle nous a avoué ensuite qu'elle ne préférait pas nous parler car elle n'avait que des idées négatives en tête. Pour celles qui ont accepté, deux préféraient faire l'entretien immédiatement, les trois autres nous ont demandé de repasser le lendemain, à un moment de la journée qu'elles choisissaient.

Cinq entretiens individuels ou en couple ont finalement été réalisés entre le 23 septembre et le 26 octobre 2010.

#### **3.3.2 Contenu des entretiens**

Il était demandé aux femmes de s'exprimer sur leur maternité. Pour engager le dialogue, une première question était posée : « *Comment avez-vous appris que vous étiez enceinte ?* ». Puis, les entretiens se divisaient en trois parties principales :

- Description de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches : suivi de grossesse, problèmes rencontrés, personne présente à l'accouchement, séjour dans le service...
- Histoire personnelle : pays d'origine, cause de l'immigration, date d'arrivée, autres enfants, présence de la famille...
- Vécu de cette maternité : ressenti général, rapports avec le personnel soignant, différences entre la France et l'Afrique, particularités culturelles...

Nous les avons volontairement laissé s'exprimer pour ne pas influencer leurs paroles par des questions trop fermées. De plus, ceci nous a permis d'observer des moyens d'expressions qu'elles peuvent utiliser. Quatre entretiens ont été intégralement retranscrits. Un seul ne l'a pas été car l'enregistrement est de mauvaise qualité. La retranscription a respecté l'intonation et les difficultés d'expression. Ils sont rendus anonymes et joints en annexe VIII.

### **3.4 Recueil des dossiers obstétricaux**

En parallèle, nous avons décidé d'étudier les dossiers des femmes rencontrées. Le but de ce travail est de confronter les renseignements recueillis par les professionnels à ceux exprimés oralement par les femmes. Le recueil des informations a été réalisé après chaque entretien pour ne pas influencer les questions posées. L'accord des patientes a été systématiquement demandé. Il comprenait :

- L'état civil, les renseignements administratifs concernant la patiente
- Les antécédents
- Les principaux événements médicaux survenus lors de la grossesse
- Les modalités de l'accouchement
- Les particularités du séjour mère-enfant et les transmissions ciblées
- Les courriers accompagnant le dossier
- Les antécédents gynéco-obstétricaux importants notés dans les dossiers précédents et non retrouvés dans le dossier actuel.

Les informations psycho-sociales ont été recherchées en priorité. Un récapitulatif de ces dossiers est présenté en annexe VII.

## **4. Analyse**

Pour répondre aux questions posées dans ce mémoire, nous commencerons par présenter les sept participantes et leurs particularités socio-économiques, nous aborderons aussi les précédents accouchements qui ont eu lieu en Afrique. Ensuite, nous verrons comment les femmes ont vécu leur maternité au CHU de Nantes avec les particularités culturelles qu'elles ont ou non exprimées. Puis nous analyserons la constitution des dossiers obstétricaux et l'importance des transmissions écrites. Enfin, nous observerons les particularités de la grossesse de ces femmes, leur compréhension et leur participation au suivi médical. Pour finir, nous chercherons des moyens d'expression qui leur sont propres pour nous aider à mieux les comprendre.

### **4.1 Présentation des sept participantes**

#### **4.1.1 *Présentation générale***

Nous avons référencé les deux femmes ayant participé au groupe de parole et les cinq femmes qui ont eu des entretiens.

La population d'étude est hétérogène. Les femmes viennent principalement d'un pays francophone d'Afrique de l'Ouest, et sont arrivées depuis quelques mois à douze ans pour cause majeure de regroupement familial. Elles ont entre 23 et 37 ans, sont peu qualifiées et sont généralement mariées (vivant en couple). Elles ont accouché de leur premier à quatrième enfant, toutes au CHU de Nantes en 2010. Nous pouvons noter que l'immigration est subie pour cinq femmes sur les six : fuite de la guerre, conflit familial, rapprochement d'époux. Elles sont présentées dans le tableau suivant :

	AGE	STATUT MATRIMONIAL	ORIGINE	CAUSE DE L'EMIGRATION	TEMPS DE SEJOUR EN FRANCE	PROFESSION	PARITE	ACCOUCHEMENTS PRECEDENTS	CIRCONSTANCES DU RECUEIL D'INFORMATION
<b>YELIKHA</b>		Mariée	Guinée Conakry (Afrique de l'Ouest, francophone)	Cette femme a participé au groupe de parole mais n'a jamais accouché en France. Elle ne peut pas participer à l'étude mais son témoignage sur l'accouchement en Afrique nous a beaucoup intéressés.				2 accouchements à l'hôpital public de Donka à Conakry en Guinée	Groupe de parole
<b>SALA</b>	23 ans	Mariée mais vit seule	Guinée Conakry	Fuite d'un conflit familial	9 mois	Couturière en Afrique	G2-P2	1 accouchement à l'hôpital public de Donka	Groupe de parole: venue avec sa fille de sept mois
<b>EVELYNE</b>	34 ans	Mariée (mari présent lors de l'entretien)	Angola (Afrique centrale, anglophone)	Venue rejoindre son mari (réfugié politique arrivé en France depuis 7 ans)	1 an et quelques mois	Sans profession	G3-P2	1 accouchement à l'hôpital public en Angola	Entretien J3 du post partum
<b>AMY</b>	37 ans	Mariée	Sénégal (Afrique de l'Ouest, francophone)	Venue rejoindre son mari (en France pour le travail)	3 ans	Etudiante en DAES	G3-P3	1 accouchement en clinique privée à Dakar au Sénégal	Entretien J1
<b>MYRIAME</b>	37 ans	Mariée	Sénégal	Venue pour les études	12 ans	Agent de service depuis mai 2010	G6-P4	3 accouchements en France (1 à Saint Nazaire, 2 au CHU de Nantes)	Entretien J1
<b>FATOU</b>	32 ans	Mariée (mari présent lors de l'entretien)	Nigéria (Afrique de l'Ouest, anglophone)	Venue rejoindre son mari (en France pour le travail)	4 ans	Sans profession	G2-P2	1 accouchement au CHU de Nantes	Entretien J3
<b>ANISSA</b>	25 ans	Vie de couple	Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest, francophone)	Venue avec sa mère pour fuir la première guerre	10 ans	Sans profession	G2-P1	Pas d'accouchements antérieurs	Entretien J5

#### **4.1.2 Notre rencontre**

Les deux femmes ayant participé au groupe de parole :

- Yelikha n'a jamais accouché en France, elle vient régulièrement aux groupes de paroles portant sur l'excision. Elle nous a rejoints pour partager l'histoire de ses deux accouchements en Afrique. Elle était habillée « à l'occidentale » et coiffée de longues tresses.
- Sala est venue au groupe de parole avec sa petite fille de sept mois dans une poussette. Elle était aussi habillée « à l'occidentale », ses cheveux étaient courts et raides.

Les cinq femmes ayant accepté les entretiens :

- Evelyne, à J3 du post partum, était assise dans son lit en chemise d'accouchée, le bébé était allongé devant elle. Son mari Sibiri, en costume (chemise-veste-pantalon), était présent pour traduire l'entretien.
- Amy, à J1, était allongée dans son lit en chemise d'accouchée. Sa petite fille était hospitalisée aux soins intensifs pour prématurité.
- Myriame, à J1, était très apprêtée. En habit traditionnel, elle était assise sur un siège et donnait le biberon à son bébé.
- Fatou, à J3, était dans son lit en pyjama, le bébé dans son berceau et leur premier petit garçon de 3 ans était présent. Son mari Kaliel, en costume européen, était aussi présent pour traduire l'entretien.
- Anissa, à J5, donnait le sein à sa petite fille. Habillée « à l'europpéenne », elle était allongée sur le lit.

## **4.2 Des difficultés économiques mais surtout sociales**

### **4.2.1 Conditions économiques : ressources, logement, couverture maladie**

Les maris ont tous un emploi peu qualifié : maçon-coffreur, agent de sécurité... Seule Myriame travaille, depuis cinq mois comme agent d'entretien.

Sala est demandeuse d'asile et elle est logée par une association. Les cinq autres femmes ont une adresse personnelle : souvent en appartement dans les quartiers ou à la périphérie de Nantes.

Quatre femmes ont une prise en charge par une mutuelle.

### **4.2.2 Quand la famille est restée au pays**

Myriame a ses neuf frères et sœurs à Nantes dont certains habitent chez elle. Elle était la première de sa fratrie à s'installer en France ; son mari est venu la rejoindre au bout de quelques mois. Anissa a émigré avec sa mère, son frère et sa sœur lorsqu'elle avait 15 ans.

Pour les quatre autres femmes, toute la famille est restée au pays. Le mari est toujours venu le premier, que se soit en tant que réfugié politique ou pour le travail. Amy a des amis proches qu'elle considère comme sa propre famille, les autres ont plutôt des connaissances.

Sibiri explique qu'ils ont « *des connaissances en quelque sorte* » car les africains se cherchent pour recréer « *la communauté* ».

Kaliel parle de la difficulté de faire garder l'ainé le jour de l'accouchement : « *je pense c'est difficile quand accouche, on sait pas où envoyer le petit quoi* », il déplore l'absence des « *mamies ou des papis* ». Ils ont « *des amis voilà* » mais il ne faut pas les déranger car « *y'en a qui travaillent* ».

#### **4.2.3 Et les enfants absents**

Deux des femmes interrogées ont laissé un enfant dans leur pays d'origine. Ni l'une ni l'autre n'a abordé ce sujet lors de l'entretien et nous l'avons appris en lisant le dossier. Le fils de Sala a deux ans et vit avec sa tante paternelle, celui de Sibiri et Evelyne a huit ans et ses parents essaient de le faire venir en France mais les démarches n'ont pas encore abouties. Ce sujet que les femmes n'abordent pas spontanément est probablement douloureux : mettre au monde un enfant lorsqu'on est séparé du premier doit engendrer un fort sentiment de culpabilité.

### **4.3 Témoignage des femmes qui ont accouché à l'hôpital public du pays d'origine**

Quatre femmes ont déjà accouché en Afrique. Amy a accouché dans une clinique privée de Dakar et en garde un bon souvenir. Les trois autres, qui ont accouché dans des structures hospitalières publiques, ont été douloureusement marquées par cette expérience.

#### **4.3.1 Un manque cruel de moyens matériels et financiers**

La sécurité sociale n'existe pas en Afrique. Il faut donc avancer tous les frais de santé, des gants du personnel aux médicaments. Si la famille n'a pas d'argent, la personne malade est laissée sur place, sans soins :

Sibiri analyse : « *nous sommes sous développés donc, nous manquons encore beaucoup de matériel et puis de lait, et beaucoup de gens formés* ». Il explique que pour être soigné en Afrique, il faut avoir de l'argent et payer les soins en avance « *du coup on te traite il faut payer hein ! C'est pas question de dire que la facture te viendra après* ».

Yelikha dénonce l'absence de moyens financiers et ses conséquences sur les soins : « *Chez nous c'est le sou, pas la vie des humains, c'est l'argent !* ».

De plus, les structures hospitalières sont surchargées. Les patientes ayant accouché sont priées de rentrer chez elles immédiatement après la naissance, peu importe la route qu'elles

ont à parcourir. Les suites de couches ont lieu à domicile, c'est la famille qui donne les conseils et qui prend soin de la jeune accouchée et du nouveau-né.

Sibiri explique que sa femme a du rentrer à domicile dès le lendemain de l'accouchement : « *là bas, tu te couches aujourd'hui et puis demain matin, si c'était la nuit demain matin, on te libère* ».

Sala a vécu la même expérience : « *Tu sais chez nous quand tu accouches aujourd'hui, tu sors aujourd'hui* ». Les suites de couches ont lieu à domicile « *parce que nous c'est les personnes âgées qui s'occupent de ça, plus que les gens de l'hôpital hein. Tout ce qui est conseils...* »

#### **4.3.2 Un manque de sécurité**

Ces femmes n'ont pas été prises en charge comme elles l'auraient souhaité. Les pathologies de la grossesse n'ont pas été dépistées, des médicaments ont été donnés à titre systématique... le suivi leur a paru de mauvaise qualité.

Lorsque Sala était malade et allait à l'hôpital, les médecins « *ils consultent pas [...] ils vont pas trouver la maladie, on te dit toujours tu as la fièvre typhoïde* ». Et pour les traitements, « *on te bombarde avec les antibiotiques...* »

Sibiri a également trouvé qu' « *on te met pas les appareils pour savoir comment l'enfant bouge !* »

Les africains interrogés sont conscients des risques que la femme encourt lors de la grossesse. Ils disent qu'en Afrique, tout n'est pas mis en œuvre pour remédier au fléau de la mortalité maternelle.

Yelikha explique qu'après l'accouchement, il faut attendre « *quarante jours* » pour pouvoir dire que « *tu vas pas mourir* ».

Comme on ne dépiste pas les maladies, Sibiri explique « *c'est pour ça il y a beaucoup trop de taux de mortalité de femmes, parce qu'on sait pas s'il a diabète stationnel, rien du tout...* »

Sala imagine que si elle « *risque d'avoir un arrêt cardiaque là bas, ou bien un saignement, ça [la] tue sans que eux ils se rendent compte* ». Elle conclue qu'il y a « *beaucoup de personnes qui est mortes comme ça* ».

#### **4.3.3 Une grande solitude**

Les africaines qui vont accoucher dans ces structures ont non seulement très peur pour leur santé, mais elles doivent affronter ces angoisses seules. La famille n'entre pas dans les maternités, même pas les femmes.

Yelikha a accouché en Guinée : « *la famille est dehors, personne ne rentre* » et les hommes non plus « *ne rentrent pas !* »

Sala s'est sentie très seule, et les passants compatissent : « *les gens qui passent dans la voiture, ils t'entendent crier... ils viennent te dire : faut avoir du courage* ».

Les femmes qui n'ont pas accouché là bas trouvent aussi qu'elles ont la chance d'être accompagnées en France. Myriame était en voyage au Sénégal et est allée consulter lorsqu'elle était enceinte. Elle explique que ni les hommes ni les femmes n'ont le droit de rentrer, s'ils « *n'exercent pas le métier* ».

Tous sans exception ont abordé le sujet de la solitude en salle d'accouchement, Kaliel en est conscient : « *en Afrique, la femme accouche seule, ici vous permettez les maris venir* ».

#### **4.3.4 Un mauvais souvenir des sages-femmes**

Malgré l'angoisse et la solitude de ces femmes, les sages-femmes ne paraissent pas compatissantes. Ceci peut s'expliquer de plusieurs manières : elles n'ont pas de moyens pour prendre en charge convenablement leurs patientes, elles sont mal payées... Mais les femmes, dans leur détresse, ne se sont pas senties épaulées.

Yelikha s'insurge : « *ils prennent pas de temps, ils s'en foutent quoi ! Tu es là, ils sont là, leur tête n'est pas là* ». Les professionnels travaillent uniquement par obligation « *comme c'est le jour de travail, il faut qu'ils soient là* » pour gagner leur vie.

Sala est arrivé avec des douleurs « *on te laisse dans une chambre, tu traines là bas, tu es là à crier* », elle a ressenti un manque : « *ils te sourient pas, ils te regardent pas* ».

Sibiri trouve aussi que « *les aides soignantes là bas, vraiment... sont pas vraiment attachées au malade* ».

Dans des conditions difficiles, les femmes ont dû surmonter des épreuves lorsqu'elles ont accouché dans des structures hospitalières publiques africaines. Sans aide morale que ce soit de la part des familles ni du corps médical, elles ont accouché dans la douleur et dans la peur.

### **4.4 Comment est vécue la maternité en France ?**

Lorsqu'elles arrivent en France, elles savent bien que les conditions sanitaires sont très satisfaisantes. Elles n'ont pas peur du côté médical, cependant, quelques éléments sont à souligner quand aux sentiments de ces femmes. Vivre sa maternité en France, même si ceci est plus sécurisant, n'empêche pas quelques manques.

#### **4.4.1 La grossesse n'est pas toujours désirée**

Sur les six femmes, seulement trois ont désiré leur grossesse. Même si Evelyne et Fatou étaient en présence de leur mari, nous pouvons supposer que le désir d'enfant était présent. Myriame le déclare ouvertement : « *Euh j'ai arrêté les pilules...après trois ans de contraception j'ai arrêté pour tomber enceinte, d'un quatrième enfant* ».

Lors de l'annonce de la grossesse, Kaliel raconte : « *On est tous très content parce que on attend ça, parce que le petit là, bientôt trois ans* ».

Pour les trois grossesses non prévues, deux sont dues à une erreur de contraception. Sala a été victime de « rapports forcés en contrepartie » d'un hébergement.

Amy explique que « *c'était pas possible* » car elle était en formation, elle avait « *d'autres projets aussi* ». Mais on peut remarquer dans son dossier qu'elle n'avait pas de contraception avant la grossesse.

Anissa l'exprime aussi : « *C'était pas prévu* ». Comme elle a pris une contraception pendant dix ans, des gens lui avaient dit « *ça met six mois* », elle pensait vraiment que ce ne serait « *pas tout de suite* ». Dans son dossier, on note que cette femme a arrêté sa pilule en août 2009 : « *moi je me disais dans un an enfin [...] parce que ça faisait à peine trois mois* », le début de grossesse est en février 2010, soit cinq mois après l'arrêt de la contraception...

Ces deux femmes n'ont pas l'air d'avoir mesuré les risques de grossesse qu'elles encouraient. De plus, elles ont toutes les deux cru qu'elles étaient malades avant de comprendre qu'elles étaient enceintes :

Amy : « *Pour moi c'est ma collègue qui m'a refilé son rhume. Or c'était pas ça* ».

Anissa : « *Je me suis retrouvée avec euh des vomissements et tout, mais je suis partie chez le médecin et il a dit c'était la gastro* ».

Sala ne parle pas de la conception de sa petite fille, mais il a été noté dans un courrier : « *Hébergée en France par compatriote, en « contrepartie » elle a subit ce que l'on peut qualifier de viol et s'est retrouvée enceinte* ». Elle venait tout juste d'arriver en France (en mai 2009), la grossesse a débuté en juin.

#### **4.4.2 Leurs rapports avec les hommes africains**

Sur les six femmes qui ont accouché en France, cinq sont mariées (Sala est séparée du conjoint), et Anissa vit en couple avec son ami. Tous les couples sont homogènes : la femme et son mari sont toujours de la même origine, même s'ils se sont rencontrés en France. Aussi, les hommes sont toujours plus vieux que leur épouse : ils ont quatre à neuf ans de plus.

Lorsqu'elles parlent des hommes, il semble qu'elles en soient proches, mais elles trouvent que leur implication dans les tâches familiales n'est pas satisfaisante.

Amy : « *Comme ya mon mari qui est proche de moi* ».

Yelikha trouve que « *les hommes africains n'ont pas cette patience aussi pour leurs femmes, pour leurs enfants* ». Il lui semble qu'en France « *quand même, les hommes ils ont le temps pour les enfants* ».

De plus, les entretiens d'Evelyne et Fatou ont été réalisés en présence de leur mari. Au bout de quelques minutes, ils ont parlé au nom de leur femme alors qu'ils étaient censés traduire leur parole.

A la question de la difficulté de l'arrivée en France pour sa femme, Sibiri répond qu' « *elle est déjà habituée parce que lorsqu'elle est venue, souvent elle restait toute seule à la maison* ». Il

lui a expliqué qu' « *elle est obligée, parce que ici c'est l'Europe et donc il faut changer un peu de mentalité* ». Il termine par dire qu' « *elle a compris que seulement c'est la vie de l'Europe* ».

Lorsqu'on a demandé à sa femme si la présence de son mari ne l'avait pas dérangé à l'accouchement, Kaliel a répondu : « *ah non non non...elle est contente que je sois là, ça aide quand même !* ».

Il semble que ces deux femmes respectent les décisions prises par leur conjoint. Nous n'avons pas toujours pu connaître leur ressenti personnel.

Cependant, les hommes ont accompagné leur femme en salle d'accouchement. Seul le mari d'Amy n'y a pas assisté : « *comme il était un peu stressé [...] donc il ne pouvait pas aller en salle d'accouchement. J'y suis allée tout seule* ».

Sibiri était présent, on lui a demandé « *qu'elle soit accompagnée avec quelqu'un... pour bien comprendre le français quoi* ».

Sala, vivant seule, s'est faite accompagnée par un ami masculin.

Les hommes et les femmes interrogés sont pourtant unanimes : en Afrique, les salles d'accouchement sont réservées aux femmes. Les deux hommes rencontrés sont satisfaits d'avoir assisté à l'accouchement même s'ils ont été impressionnés.

Kaliel pense qu' « *il faut une fois...voir les choses* », il a trouvé que c'était « *quelque chose de extra normal* ». Et il le conseillera aux autres s'il « *partage les choses avec les hommes en Afrique* ».

Pour conclure, les femmes ont le sentiment que les hommes africains sont moins investis que les français dans la grossesse de leur femme. Cependant, les hommes assument leur statut en accompagnant leur femme même s'ils n'y sont pas préparés.

#### **4.4.3 La primiparité est un facteur de vécu négatif**

Trois femmes ont vécu leur premier accouchement en France. Qu'elles l'aient exprimé à posteriori pour les multipares ou directement pour la primipare : ils ont été traumatisants. La naissance du premier enfant en situation migratoire a été difficile.

Myriame : « *Ben si justement c'était trop dur parce que, cinq mois de grossesse, dans un pays inconnu...je connaissais pratiquement personne, juste une amie. Donc j'ai pas eu beaucoup le temps connaître le pays...non c'était pas évident* ».

Fatou : « *ici oui, c'est difficile pour la première bébé parce que...il manque pas mal de choses parce que y'a trop de stress, on sait pas comment ça se va passer, comment il va faire* ».

Anissa : « *oh, pas trop bien [...] mais là le plus grand des désagréments, là c'était l'accouchement* ».

Ces femmes ont manqué de repères lors de cette première naissance, Myriame nous explique même qu'elle « *a appris toute seule à être mère* ».

#### 4.4.4 La « gentillesse » du personnel médical

Tous sont satisfaits de l'accueil qu'ils ont reçu à la maternité. Le personnel était très agréable avec eux. Ceux qui ont connus les salles de naissance en Afrique en sont d'autant plus conscients.

Sibiri compare : « *ici tu vois que on te donne un peu de câlins* », pour lui ceci leur « *donne beaucoup d'espoir* ».

Amy estime qu'il y a « *de vrais professionnels, et qui s'occupent bien...qui savent bien s'occuper de la personne humaine* ». Elle s'est sentie très entourée malgré l'absence de son mari en salle d'accouchement: « *entourée de, ouais quatre, quatre sages-femmes* ».

Sala se rappelle que « *ça faisait un peu mal* », mais « *tout le monde était à côté de moi, on me caressait, tout tout tout...* »

Kaliel « *trouve les gens franchement sympas* ». Leur présence les a beaucoup rassurés : ils « *sont là tout le temps* ».

Seule Anissa, qui a été éduquée dans la culture française était mécontente de certaines situations. Lors de sa première échographie, « *elle m'expliquait pas du tout, enfin, elle était pas du tout agréable* ». Concernant le séjour en suites de couches elle est mitigée : « *comme partout y'a des gens aimables qui expliquent, y'a d'autres qu'expliquent pas* ». Mais dans l'ensemble elle a trouvé que « *autrement autour ça va* ». Elle a été traumatisée par son accouchement, très rapide, sans péridurale, et notamment par la suture : « *le plus pas humain ça c'était vraiment l'accouchement...quand elle était en train de me coudre, parce que moi j'avais mal et donc elle rentrait, elle sortait, enfin, voila* ».

Malgré la mauvaise expérience d'Anissa, toutes les femmes et leurs maris ont été très satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé au CHU de Nantes. Ils se sont sentis entourés, écoutés et soignés de manière optimale. Rappelons cependant que les entretiens ont eu lieu au sein de l'hôpital. Les personnes n'ont peut être pas osé exprimer leur ressenti de manière totalement sereine.

#### 4.4.5 Les rituels encore utilisés

Nous avons interrogé les femmes sur les manières de faire propres à chaque pays. Elles ont évoqué plusieurs thèmes : les potions prises pendant la grossesse, le massage du nouveau-né et la période de réclusion.

- Les tisanes :

Plusieurs femmes ont consommé des plantes, sous forme de tisane. La médiatrice traduit les propos de Sala : « *y'a l'infusion... quand t'as mal au ventre, quand t'as mal à la tête, donc chaque type de maux, t'as une feuille qui correspond à ça quoi* ».

Anissa raconte que sa mère lui a ramené « *des médicaments, des plantes africaines* » pendant sa grossesse. Selon elle, les tisanes sont la cause de son accouchement si rapide.

Elles ont différentes vertus, les femmes ne sont pas forcément capables de décrire les herbes utilisées. En effet, Anissa ne les connaît « *pas du tout* », et elle explique que sa mère « *c'est pas qu'elle connaît pas, elle connaîtra pas le nom en Français* ». On les prépare comme des tisanes : « *on le fait bouillir et on boit* », elle en a pris une différente à chaque trimestre de grossesse : « *y'avait pendant les 3 premiers, après jusqu'à 6, après jusqu'à la fin...* »

- Le massage du nouveau-né

Les familles africaines continuent de masser leurs enfants avec du beurre de karité. Le massage, comme expliqué en première partie, permet de tonifier le nouveau-né et de modeler son corps.

Il peut être effectué de manière traditionnelle. Sibiri décrit la façon de masser le nouveau-né : « *quand tu mets les crèmes, il faut vraiment tendre les mains, les pieds [...] pour que les muscles prennent, dès le petit, le bas-âge* ». Mais le massage s'effectue toujours prudemment « *avec toute tendresse* ». Le but de ce geste est d'éviter d'avoir « *des enfants qui ont des...les jambes comme ça hein ! [...] arquées ouais voilà* ».

Cependant, Myriame est prudente : « *Ici on dit que les bébés secoués c'est...mais là bas, moi les personnes quand elles font c'est impressionnant* ». Elle a « *peur, donc [elle] fait avec beurre de karité comme ça tout doucement mais pas comme font [ses] grands-parents...* ».

- La période de réclusion

La période où les femmes sont prises en charge par la communauté est la seule coutume abordée dans tous les entretiens. Elles la décrivent toutes comme une période de repos bien mérité, où les tâches ménagères sont assurées par les autres femmes de la famille.

Sala dit que c'est une période où « *tu as juste le temps de la tétée à ton enfant. Laver on te fait, prendre on te fait, changer...tout ! Juste si tu donnes la tétée...* »

Sibiri explique qu'en Afrique, on « *vit toujours dans la famille restreinte, donc c'est-à-dire on a des cousines tout ça* ». Ceci permet de « *faire appel à un ou deux* » pour qu'ils viennent apporter leur aide : « *on te donne l'assistance totale...* »

- Autres coutumes évoquées

Une famille parle de la particularité du prénom du nouveau-né :

La fille de Kaliel et Fatou s'appelle Rahina, « *elle a double prénom : Rahina-Awa... Awa c'est nom de ma mère qui a décidé* ». Les grands-parents sont donc impliqués dans le choix du prénom.

Anissa donne de l'importance au sexe du bébé : en Côte d'Ivoire, avoir une fille en premier « *c'est un signe de bonheur* ». Elle préfère préciser que cette notion lui vient de sa mère.

Nous ressentons dans tous les entretiens des allusions à la culture d'origine. Les femmes gardent toutes, quelque soit le temps vécu en France, des manières de faire particulières. Ces techniques de maternages les relient au pays d'origine.

#### **4.4.6 Le retour à domicile : un réel besoin d'Afrique**

Lorsque le bébé est né, la femme se trouve confrontée à des manières de faire qui lui sont étrangères. Elle doit s'occuper de son bébé toute seule, sans la famille. De plus, le mari n'est pas forcément très investi ni très soutenant. Les suites de couches à l'hôpital permettent à la femme de se reposer et de considérer le corps médical comme soutien.

Le retour à la maison est la période où l'absence de la famille se fait le plus sentir.

Sala est fatiguée : « *ici 24heures sur 24heures tu es avec ton enfant* ». Et même si elle n'a qu'un seul bébé, elle aurait « *envi de dormir jusqu'à demain soir* ».

Myriame « *trouve que l'accouchement...on se donne à fond quoi !* » Elle mérite d'être soutenue après cette épreuve, qu'on s'occupe de son bébé, qu'on lui « *prépare tous les bons plats du monde* », qu'on la « *chouchoute* »... Elle insiste plusieurs fois : « *c'est ce côté de l'Afrique qui me manque* ». Heureusement pour elle, ses sœurs sont présentes. Ensemble, elles essaient de reproduire la période de réclusion: « *elles le font pas pendant quarante jours parce que les réalités sont là, elles travaillent aussi mes sœurs donc le planning c'est pas évident. C'est pas tous les jours qu'elles le font mais bon c'est déjà beaucoup...* »

Pour les autres, les rapports téléphoniques sont présents et nous pouvons supposer que le soutien moral est très important. Amy en a besoin : « *voilà, même s'ils sont loin, y'a le téléphone [...] ouais ça aide ! Ça soulage* ».

Anissa a vu sa famille se déplacer du pays d'origine pour venir voir le nouveau-né : « *Enfin y'a ma tante là qui est arrivée d'Abidjan et qui retourne, enfin qui est venue me voir hier* ».

Globalement, les femmes vivent leur maternité de manière positive. Elles se sentent en sécurité à l'hôpital et même particulièrement « chouchoutées ». Elles sont certes accompagnées par leurs maris ce qui les rend heureuses, mais elles auraient fortement besoin de la présence d'autres femmes après l'accouchement. Le soutien d'un groupe de femmes, comme « au pays », leur permettrait de récupérer leurs forces, pour s'occuper pleinement des enfants ensuite.

#### **4.5 La constitution des dossiers obstétricaux**

Observons maintenant les dossiers obstétricaux des femmes interrogées. En analysant ces dossiers de façon rétrospective, nous ne prenons en compte ni le manque de temps des professionnels, ni les particularités de la relation entre eux et la femme. Nous allons donc remarquer quelques éléments, sans pour autant les critiquer, car nous savons comme la constitution d'un dossier est délicate.

#### **4.5.1 Par qui le suivi de grossesse est-il effectué ?**

Les femmes interrogées ont toutes accouché au CHU de Nantes, cependant leurs parcours de suivi de grossesse diffèrent. Sala a été suivie entre la PASS<sup>3</sup> et l'UGOMPS. Deux femmes ont été suivies par un gynécologue de l'hôpital : Anissa ne présentait aucune pathologie, Fatou consulte en raison d'un antécédent de périnée complet. Les trois autres femmes ont effectué leur suivi en ville, Myriame par un gynécologue, Evelyne et Amy par un médecin traitant ; elles ont rencontré des sages-femmes à la maternité du CHU pour les huitième et neuvième mois.

Seule Fatou a bénéficié d'un entretien prénatal précoce dont voici les conclusions :

*« L'entretien est difficile car Mme F [Fatou] comprend mal le français. Je la renseigne toutefois sur les conseils d'hygiène de la grossesse. Les cours de PNP<sup>4</sup> me semblent difficiles du fait de la barrière de la langue. Face à des douleurs ligamentaires je lui prescris Magné B6. En définitive, je n'ai pas identifié de risque particulier sur le plan médical (hormis un antécédent de périnée complet), social et psychologique ».*

Notons que lors de sa première grossesse, Fatou avait participé à des cours de préparation à l'accouchement dont elle était satisfaite. La sage-femme paraît avoir répondu aux problèmes physiques de la femme : elle lui a prescrit un traitement pour les douleurs... Cependant, Fatou a une expérience de périnée complet lors de son premier accouchement, et a souffert d'une infection dans les suites. Mais nous ne savons pas comment Fatou a vécu sa première expérience de maternité, ni si elle a des angoisses particulières concernant le futur accouchement.

Cet exemple illustre bien la différence de culture qui existe entre ces deux interlocutrices. D'un côté la culture de non-dit : une femme qui n'ose pas parler de sa souffrance et de ses angoisses car elles sont difficiles à exprimer. De l'autre la culture scientifique : une sage-femme hospitalière qui répond à une logique médicale par une prescription médicamenteuse. De ce fait, un temps de dialogue existe pendant l'entretien prénatal précoce mais l'échange paraît extrêmement difficile.

#### **4.5.2 La migration n'est pas prise en compte**

Seul le dossier de l'UGOMPS nous renseigne sur l'histoire de la migration de Sala : date d'arrivée, cause du départ, enfant resté en Guinée, conditions de vie en France, papiers...

Qu'ils aient été constitués par des médecins ou des sages-femmes, les cinq autres dossiers ne nous renseignent pas sur la durée du séjour en France, ni sur la cause de l'immigration. L'origine géographique de la femme et celle du mari sont les seules données inscrites dans le dossier. Pour Evelyne, on apprend en plus que son premier fils est resté en Angola. Pourtant, nous avons vu précédemment que la vulnérabilité des femmes migrantes dépend de certains

---

<sup>3</sup> Permanence d'Accès aux Soins de Santé

<sup>4</sup> Préparation à la Naissance et à la Parentalité

de ces facteurs, notamment la cause de l'immigration et l'ancienneté de la migration par rapport à la naissance de l'enfant.

#### **4.5.3 Grossesse et accouchement : le suivi médical est complet...**

Il est évident que ces femmes sont suivies de manière optimale du point de vue médical. Il n'est fait aucune différence avec les autres femmes enceintes. Lors des entretiens, les femmes n'ont dévoilé aucune nouvelle information qui aurait pu influencer leur prise en charge médicale. Il a cependant été intéressant de noter quelques discordances entre les dossiers précédents et celui nouvellement constitué.

Dans le dossier actuel d'Amy, concernant son accouchement de 2004, il est noté : « *pas d'épisio* ». Dans le dossier précédent, le contraire est inscrit : « *épisiotomie* ».

Pour Fatou, nous retrouvons dans le précédent dossier : « *Transfusion de 3CG après accouchement / Abcès de la cicatrice d'épisio un mois après l'accouchement* ». Ces éléments, absents dans le dossier obstétrical actuel, peuvent influencer sa prise en charge médicale.

Pourquoi Fatou n'a pas parlé de ces éléments importants ? Ceci mène à s'interroger sur la valeur donnée aux éléments médicaux, mais aussi sur sa compréhension de la question posée lors de l'interrogatoire.

#### **4.5.4 ... mais des éléments psycho-sociaux sont absents**

Des éléments importants concernant l'histoire de la migration des femmes ne sont pas renseignés dans leurs dossiers. De plus, l'item des aides financières n'est pas souvent rempli. Nous savons aussi que les personnes migrantes ont parfois des difficultés de logement. Il serait intéressant d'avoir une idée de leurs conditions de vie matérielles (appartement, chambres personnelles, chauffage, ascenseur...) pour analyser les risques de menace d'accouchement prématuré ou encore préparer au mieux l'arrivée de l'enfant...

Amy a vécu difficilement les contraintes liées à ses conditions de vie matérielle : « *comme j'habitais au quatrième étage, sans ascenseur... le fait d'aller chercher les enfants à l'école, les ramener, tout ça, ça faisait quand même quelque chose* ».

Sur les six femmes, seule Fatou n'a pas l'air d'avoir été interrogée sur le problème des violences. Nous savons que pour les femmes africaines, il est primordial d'aborder la question de l'excision. Cependant cette femme était à chaque consultation en présence de son mari, nous pouvons imaginer que le soignant ait été mal à l'aise pour aborder cette question.

Seule Sala a assisté à des cours de préparation à l'accouchement, c'est pourtant celle qui venait d'arriver en France. Deux femmes n'y ont pas assisté car elles n'en ressentaient pas le besoin : Amy était trop fatiguée, Myriame attendait son quatrième enfant. Mais ces cours n'ont pas été proposés aux trois autres femmes, dont Anissa, primipare et maîtrisant

parfaitement le français : elle a « *vu les affiches* » mais lorsqu'elle a voulu s'y inscrire, « *les dates étaient déjà passées* ».

Sibiri répond : « *non, on nous a pas proposé* ».

#### **4.5.5 Suites de couches : les sages-femmes utilisent peu les feuilles de transmissions ciblées**

Les classeurs du service de suites de couches paraissaient étonnamment vides. Sala a une histoire très particulière et qui est décrite dans son dossier, mais la question de son retour à domicile n'est pas abordée. En effet, sa sortie à eu lieu au mois de février, elle est certainement rentrée avec son bébé à l'hôtel (qui n'est pas chauffé) et elle a probablement continué à prendre ses repas aux Restos du cœur... Mais seule l'information concernant l'éventuel vaccin contre l'hépatite B du nouveau-né a été abordée dans les feuilles de transmissions ciblées.

Pour les autres femmes, deux n'étaient qu'au premier jour du post-partum lors de l'entretien. Les trois autres ont été rencontrées entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. Dans les fiches de transmissions ciblées de leurs dossiers, il n'est rien écrit pour l'une, pour les deux autres ceci ne concerne que la santé des nouveau-nés.

Le bébé d'Anissa a été suivi par une puéricultrice et des transmissions concernant l'allaitement sont notées :

« J4 : *maman perdue, n'arrive pas à reconnaître les signes de faim//signes du besoin de succion. Pense ne pas avoir de lait. Stimule bébé ++ pour le sein et n'appelle pas pour dextros. Maman veut faire du mixte. Essai de lui expliquer.* »

J5 : *mère souhaite A. mixte mais enfant vomit car trop plein* ».

Ces informations laissent penser qu'une relation conflictuelle s'installe entre Anissa et le personnel. La question de l'allaitement maternel paraît particulièrement sensible. Chaque partie (puéricultrices-Anissa) a des convictions précises en la matière, mais semble avoir du mal à les partager.

Il est évident que des informations ont pu être transmises par voix orale mais il n'en reste aucune trace écrite dans les dossiers. Rétrospectivement, nous avons l'impression que le temps du séjour en suites de couches n'a pas été utilisé pour préparer un retour à domicile dans les meilleures conditions possibles.

#### **4.6 L'histoire médicale de leur grossesse racontée par les femmes**

Les problèmes médicaux de la grossesse n'ont été abordés par les femmes qu'en fin d'entretien. A la question « *la grossesse s'est bien passée ?* », elles répondaient toujours « *très bien* ». Mais il fallait prononcer les mots « *problème médical* » pour avoir une réponse positive. Ceci démontre que les questions d'ordre médical peuvent paraître secondaires aux yeux de ces femmes. Elles sont abordées après la question de la migration, les difficultés à l'arrivée dans le pays d'accueil ou encore le vécu de la maternité.

#### 4.6.1 Des sujets tabous

Lors des entretiens, nous avons décidé de laisser les femmes s'exprimer, sans influencer leurs réponses par des questions trop précises. Ceci dans le but de reproduire au mieux les échanges entre les professionnels et ces femmes. Voyons les sujets qu'elles abordent spontanément, et ceux qu'elles occultent. En effet, nous avons pu remarquer que certains n'ont jamais été abordés par ces femmes, et nous allons essayer d'en comprendre les causes.

##### - Les grossesses arrêtées

Les femmes qui ont subi des IVG n'en parlent pas, même lorsqu'elles racontent l'histoire de leurs différentes grossesses dans le temps. Mais ceci ne concerne que deux femmes et ce sujet peut sembler inapproprié au moment où nous parlons de la naissance d'un enfant. La même observation est faite pour la femme qui a fait une fausse couche.

##### - La grossesse

Le temps de la grossesse était souvent limité à une courte phrase. Les femmes abordaient ensuite rapidement le moment de l'accouchement. Evelyne a commencé par répondre : « *la grossesse ça c'est passé très bien* ».

Amy parle tout de suite de son accouchement : « *bien que j'ai accouché avant terme* », mais elle précise ensuite que « *ça c'est très bien passé* ».

Pour Myriame aussi la grossesse « *s'est passée super bien* ». Elle évoque « *des hauts et des bas en fait, des symptômes de grossesse* », mais reprend immédiatement : « *mais sinon pour tout, ça c'est bien passé* ».

La grossesse paraît être une période dont les femmes parlent peu. Nous savions qu'il fallait éviter ce sujet au moment où la femme était enceinte mais il semble rester tabou après l'accouchement.

##### - Le périnée

Le plus surprenant est l'absence totale de mots des femmes concernant leur périnée. Aucune d'entre elles, lorsqu'elle parle de ses accouchements précédents, n'évoque l'épisiotomie ou encore la déchirure. En effet, les cinq femmes qui ont déjà des enfants ont eu au moins une épisiotomie, l'une d'entre elles s'est compliquée d'un périnée complet. De plus, toutes ont eu une déchirure pour l'accouchement présent et une épisiotomie a été pratiquée. La cicatrice est souvent douloureuse dans les premiers jours des suites de couches, mais aucune des femmes ne nous en a parlé...

Ce sujet a été abordé lors du groupe de parole. Sala parle de son premier accouchement en Guinée : « *quand la tête de bébé arrive comme ça, il prend le ciseaux, il te déchire... quand ils recourent ça...tu vas mettre des années...des années...tu peux même pas avoir de rapports sexuels* ». Sala précise que « *jusqu'à présent ça fait mal [...] quand je touche la pointe de ce truc là, ça...ça fait mal* ».

Nous pouvons penser que le groupe de parole a permis à ces femmes d'aborder des sujets qu'elles n'auraient pas osé évoquer toutes seules.

#### **4.6.2 L'analgésie péridurale**

La notion d'accouchement dans la douleur ne semble pas être une obligation pour ces femmes. En effet, toutes ont envisagé de demander la péridurale, et quatre en ont bénéficié.

Anissa avait rendez-vous « *le mardi avec l'anesthésiste* », il lui a « *donné le papier* » pour qu'elle le signe. Elle ne pensait pas accoucher sans péridurale. Sala se souvient aussi avoir « *signé un document pour la péridurale* ».

Kaliel pense que « *y'a pas péridurale, y'a rien* ». Il raconte que l'anesthésiste n'a pas eu le temps de poser la péridurale : « *le monsieur il est là pour programmer tout...et y'a le bébé qui sort* ». Cependant, l'analgésie péridurale a été posée, mais vingt minutes seulement avant l'expulsion. Dans le dossier, nous trouvons l'information : « *analgésie efficace* ».

Pour ses trois enfants, Amy n'a jamais bénéficié d'une analgésie péridurale car « *c'était rapide, donc y'avait pas le temps de poser ça* ».

Cependant, les avis sur son efficacité sont mitigés, certains en sont très satisfaits, d'autres sont peut-être déçus compte tenu des effets qu'ils attendaient :

Sibiri pensait : « *de ce que moi j'ai compris, avant on disait que quand tu pris la péridurale, tout est facile, on va rien sentir* ». Pourtant il a vécu les choses différemment, il trouve que « *les douleurs étaient baissées* » mais il a « *senti qu'elle criait* » et sa femme a vraiment senti qu'elle était « *en train d'accoucher* ».

Pour la première fois, Myriame a ressenti les effets de la péridurale : « *pour cette grossesse oui ça m'a soulagée* ». Mais elle insiste sur le fait que pour ses « *deux péridurales* », elle n'a « *pas trouvé la grande différence* » avec l'accouchement sans analgésie.

A l'inverse, Sala a été totalement soulagée : « *j'ai accouché sans savoir que mon bébé était là dehors ! Et je causais avec mon ami* ».

Et dans la majorité des cas, elles sont contentes de ne pas y avoir eu recours et ne recommenceront pas forcément pour le prochain accouchement.

Kaliel pense qu' « *à la fin elle est très contente de accouche naturellement* ».

Même Sala qui a été très satisfaite nous confie : « *moi deuxième enfant, je prends pas la péridurale* ». Elle explique cette décision car elle sent dans son dos « *que c'est gonflé et puis ça [lui] fait mal jusqu'à présent* ».

Les six femmes ont toutes envisagé d'avoir recours à la péridurale pour leur accouchement. Deux sur les quatre qui en ont bénéficié sont satisfaites de son efficacité, dont une préférerait s'en passer pour un accouchement futur. L'accouchement était trop rapide pour celles qui ont accouché sans.

#### 4.6.3 *L'allaitement maternel*

Toutes les femmes ont donné le sein à leur bébé. Deux méthodes d'allaitement ont été principalement utilisées : l'allaitement mixte jusqu'à la montée de lait suivi de l'allaitement maternel exclusif ; et l'allaitement mixte en continu... La durée d'allaitement dépasse toujours six mois pour les enfants précédents : de sept à dix-huit mois selon les femmes. Les familles interrogées préfèrent toutes compléter le nouveau-né avec du lait artificiel avant la montée de lait car elles trouvent que le sein ne fournit pas suffisamment de lait pendant cette période.

Sibiri justifie la prise d'un complément car « *c'était dur pour sortir, le lait ne sortait pas* ».

Myriame utilise des biberons « *le temps que la montée de lait se fasse* ». Elle trouve que pour l'instant « *il demande toutes les cinq minutes, toute l'heure il s'énerve* », donc sa méthode est la suivante : « *je donne un coup le sein un coup ça. Et dès que la montée se fait, j'arrête* ».

Kaliel aussi nous explique qu'ils utilisent « *le sein oui, le biberon, les deux* ». Ils fonctionnent un peu différemment puisqu' « *elle change chaque trois heures* ».

Anissa utilise l'allaitement mixte car « *c'est l'allaitement qui [la] fatigue* ». Donner un biberon lui permet de se reposer car « *quand [sa fille] prend un biberon, elle dort* »

A priori les femmes ont géré leur allaitement comme elles l'entendaient puisqu'il n'en est pas question dans les dossiers. Seule la mise en route de l'allaitement d'Anissa a été problématique. En effet, elle se plaignait de crevasses et des pleurs incessants de son bébé, tandis que les puéricultrices avaient du mal à lui faire comprendre que son enfant était trop richement nourri lorsqu'il prenait un biberon en plus. Ceci peut s'expliquer car Anissa n'avait pas le désir d'allaiter. C'est la pression de son entourage qui l'a faite changer d'avis :

« *Déjà moi j'avais prévu de même pas allaiter, à la base. Après les copines, euh, les gens... j'ai dit bon dans ce cas le premier mois* ». Mais désormais elle se sent obligée de continuer « *j'ai dit au médecin bah pendant trois mois quoi* » car « *à partir du moment où ça gonfle, là j'ai plus le choix, je suis obligée de continuer* ». Elle insiste tout de même sur sa première motivation : « *moi et mon conjoint on voit pas l'utilité, enfin, c'est pas qu'on voit pas l'utilité, c'est vrai que c'est important, mais en France voilà, faut travailler et tout* ».

L'allaitement maternel reste un élément très culturel, les cinq premières femmes ne se sont même pas posé la question de l'allaitement. Dans certains pays d'Afrique, on donne un complément à l'enfant (de l'eau sucrée ou du lait artificiel) avant la montée de lait, et on masse les seins pour les stimuler. Ensuite, l'allaitement est généralement exclusif pendant au moins six mois. Les femmes ont l'air de reproduire ce schéma en France, en utilisant les

biberons avant la montée de lait. Et éventuellement, elles continuent l'allaitement mixte car cela paraît plus facile et plus reposant.

Sibiri trouve plus pratique de « *mélanger un peu le lait* », notamment s'ils font « *une sortie peut-être quelque part* ». Si la mère et son bébé sont en dehors du domicile, le couple a choisi de donner un biberon. Ne pas exposer l'allaitement en public semble être une volonté d'adaptation à la société d'accueil.

#### ***4.6.4 Dans l'ensemble, les femmes ont compris la nécessité des soins qui leur ont été prodigués***

Comme nous l'avons dit auparavant, les femmes se sentent en sécurité lorsqu'elles sont suivies au CHU de Nantes, et l'empathie du personnel qui les prend en charge ne fait qu'améliorer ce sentiment.

Bien qu'elles aient confiance en l'hôpital, ont-elles réellement compris les indications de leur suivi médical ? Voici quelques exemples qui montrent que le motif des examens pratiqués leur a été expliqué de manière compréhensible.

Trois femmes ont présenté un diabète gestationnel, elles n'ont abordé cette particularité qu'en fin d'entretien en ayant précisé avant que la grossesse s'était très bien passée.

Sibiri aborde spontanément la question des pathologies. Il cherche le terme médical : « *dans son cas il y a eu un peu de...quoi là...diabète euh...on appelle ça comment ? diabète euh [...] ouais stationnel* ».

Amy répond qu'elle a « *fait du diabète, diabète gestationnel* ».

Kaliel associe la pathologie à un symptôme : « *A la fin de grossesse, je pense il a prendre le poids et du coup y'a...euh diabète* ».

Amy a accouché prématurément : « *oui je dois accoucher le mois prochain...donc c'est venu plus tôt* ».

En arrivant aux urgences, les femmes ont bien compris ce qui se passait, elles décrivent parfaitement ce moment :

Myriame explique qu'il y avait « *les contractions, et ça devenait de plus en plus insupportable* », elle est donc allée aux urgences et a été « *examinée : à première vue la sage-femme n'était pas convaincue que c'était le travail* ». On l'a « *gardée en surveillance* », puis on a voulu la renvoyer à domicile lorsque la sage-femme « *a vu que le monitoring commençait, le cœur du bébé commençait à battre faiblement* ». La sage-femme l'a donc réexaminée et a dit : « *là je pense c'est bon, donc vous allez partir la porte à côté* », car le bébé « *cherchait à sortir* ».

Chez elle, Anissa a eu « *une petite poche d'eau, à 17 heures* ». Elle a continué ses activités et quand elle est arrivée aux urgences « *la dame, quand elle a mis sa main elle a dit bah...elle est déjà à 8 !* »

Sibiri explique qu'ils avaient déjà consulté aux urgences pour contractions. Plus tard, il décrit qu'« *à chaque cinq à dix minutes ça revient* ». Du coup il explique : « *on a suivi les consignes,*

*les femmes sages nous a donné que : si vous, vous voyez que ça continue de temps en temps, de cinq à dix minutes, il faut que vous, il faut revenir. Alors nous sommes revenus ».*

Kaliel et Fatou qui avaient rendez-vous pour une version par manœuvre externe : *« La tête du bébé était en haut, on est venu jeudi matin et la tête est tournée en bas. On arrive le matin, ils ont fait une échographie, c'est pas la peine hein, le bébé la tête il est déjà en bas ».* Quelques jours plus tard, à 37 SA<sup>5</sup>, on a décidé une *« maturation Propess pour diabète gestationnel, macrosomie, RCF<sup>6</sup> peu oscillant »*, voici comment Kaliel explique la situation : *« du coup ils ont dit le bébé il a du, comment dirais-je il a presque quatre kilos donc il a pas beaucoup de place pour bouger donc on peut pas te laisser rentrer chez toi...Ils ont dit bah madame, madame va rester à l'hôpital. Partir de là ils ont pris décision pour provoquer accouchement ».*

Grâce à ces exemples, nous pouvons affirmer que les soignants s'efforcent de se faire comprendre des femmes. Les explications sont adaptées puisque les femmes sont capables de nous réexpliquer les grandes caractéristiques de leur suivi médical.

#### **4.6.5 Une confiance totale envers le corps médical**

Si les femmes ont globalement compris les enjeux médicaux de leur grossesse et de leur accouchement, elles ont parfois du mal à expliquer la nécessité de certains examens. Elles savent qu'ils sont effectués pour contrôler leur santé et celle du bébé.

Sibiri : *« on lui a expliqué que toutes ses prises de sang pour contrôler exactement l'évolution de la grossesse, comment évolue, à cause des maladies aussi... »*

Myriame : *« tous les mois j'ai fait des prises de sang, pour voir si...si ya rien d'alarmant ».*

Kaliel : *« Moi je trouve bien être ici parce que franchement vous êtes...en sécurité, vous pouvez savoir tout suite c'est quoi le problème...de votre bébé ou votre femme [...] voir les maladies c'est quoi ».*

Sibiri essaie d'expliquer le dépistage de la trisomie 21, il paraît penser que la naissance d'un enfant handicapé est puni par la loi : *« ils avaient les B21...euh non [...] trisomie 21 voilà...ouais c'est, pour savoir déjà en avance si, comme la loi le combat, c'est le bébé, il évolue comment, comment il est formé ».*

S'ils ont compris que les examens étaient réalisés à la recherche de maladies, et pour le bien du couple mère-enfant, les hommes et les femmes interrogés préfèrent probablement laisser le corps médical gérer leur santé. Ils ont confiance et se sentent en sécurité.

---

<sup>5</sup> Semaines d'Aménorrhée

<sup>6</sup> Rythme Cardiaque Fœtal

#### 4.6.6 La volonté de respecter les prescriptions

De plus, comme ils ont la chance d'évoluer dans un système de santé compétent, il leur tient à cœur de respecter les prescriptions médicales. D'ailleurs, ils ont parfois eu l'impression d'être contrôlés dans leur participation.

Amy nous confie : *« je suivais mon régime, j'étais très stricte »*, elle en mesure les conséquences car les *« taux qu'ils étaient vraiment normaux »*. Elle insiste : *« j'ai respecté »*.

Kaliel répond que la grossesse s'est *« très bien passée »* car ils ont *« passé toutes les analyses »*. L'issue de cette grossesse a été favorable car ils ont *« respecté les règles c'est-à-dire faire régime »*.

Sibiri aussi explique qu'ils se sont impliqués pleinement : *« on faisait tout on écrivait, après sage-femme passait à la maison pour contrôler. Pour voir participation »*.

Anissa respecte ce que *« les femmes elles ont dit »* : il fallait qu'elle fasse *« d'abord l'allaitement parce que y'a la montée de lait et tout »*.

La participation des personnes interrogées est primordiale pour le bon déroulement de la grossesse. Traditionnellement, les malheurs qui surviennent pendant une grossesse sont imputés à la femme. Il est probable que ces personnes transposent ce fait à celui de respecter scrupuleusement les prescriptions. De plus, nous pouvons expliquer cette volonté de participation par la nécessité pour eux d'apparaître les plus conformes possibles aux normes du pays. Ces deux explications sont complémentaires et démontrent bien l'importance du respect des prescriptions pour les femmes africaines.

Même s'ils ont l'impression de respecter ce qu'on leur demande, le personnel médical n'est pas toujours satisfait de leur participation :

- Dossier d'Anissa : *« Pense ne pas avoir de lait. Stimule bébé ++ pour le sein et n'appelle pas pour dextros »*.
- Dossier de Fatou, 35 SA à l'UGO<sup>7</sup> : *« pas de surveillance glycémiques »*
- Dossier de Sala, sixième mois de grossesse : *« pas venue, pas prévenue »*
- Dossier de Myriame : *« n'a pas convoqué la SFAD<sup>8</sup> »*

Ceci confirme les incompréhensions qui existent entre les soignants qui ont l'impression d'un défaut d'adaptation de la part des personnes migrantes. De l'autre côté les migrants veulent bien faire pour s'intégrer au mieux à la société d'accueil.

La différence de culture s'exprime encore ici. Chacun à l'impression de bien faire : le monde médical pense que si la femme n'a pas compris l'explication elle va poser des questions, tandis que la femme africaine pense qu'elle doit obéir sans forcément comprendre.

A quoi sont dues ces petites incompréhensions ? Nous ne pouvons pas affirmer qu'il s'agit d'un défaut d'explication. Est-ce un défaut de compréhension ? Ces personnes qui ne

---

<sup>7</sup> Urgences de Gynécologie et Obstétrique

<sup>8</sup> Sage-femme à domicile

maîtrisent pas parfaitement la langue française doivent rapidement saisir ce qu'on leur demande, et surtout lorsque le vocabulaire est technique. A l'inverse, en Afrique on répète souvent plusieurs fois la même chose.

#### **4.7 Quelques particularités dans l'expression**

Sibiri : « *Si tu travailles, il faut que tu sois vraiment humble quoi...devant tous tous les gens. Tous les gens de tous types euh, nationalités ou comme religions il faut savoir s'adapter, faut pas s'énerver inutilement parce que peut-être...c'est manque de compréhension parce que la langue française aussi c'est une langue, vous-même vous savez que c'est pas facile aussi à maîtriser* ».

##### **4.7.1 Le français n'est pas leur langue maternelle**

Bien que la majorité des personnes interrogées parlent couramment le français, cette langue est apprise après la langue parlée dans leur pays (dioula, bambara...etc. en Afrique de l'Ouest). Nous avons pu constater quelques erreurs de prononciation mais qui n'ont pas fortement perturbé la compréhension des entretiens. Nous pouvons noter l'absence du vouvoiement et la difficulté d'employer les temps du passé. Nous savons bien que la langue française est difficile à maîtriser et les nombreuses conjugaisons ne la facilitent pas. De plus, les langues africaines n'utilisent pas le vouvoiement, elles ne font pas non plus de distinction entre passé et présent. Même si la barrière de la langue influence la compréhension, derrière cela la différence de codes culturels et expressions y participe grandement.

##### **4.7.2 Des difficultés avec la temporalité**

Nous avons parfois eu l'impression que les personnes interrogées avaient du mal à se retrouver dans les dates et les heures. L'une se trompe de deux mois quant à son début de grossesse, l'autre ne se souvient plus du mois de naissance de sa fille, et les heures de certaines actions sont souvent confondues. Nous savons qu'après la naissance, les accouchées et leurs maris sont souvent déboussolés, mais nous remarquons que ces erreurs sont fréquentes.

Sala : « *comme c'était un mois de décembre, euh non c'était pas décembre...février, mois de février, il faisait froid* ».

Myriame : « *j'ai accouché euh hier, le 21.10 je crois...euh ouais 21.10* »

Kaliel : « *C'est le 4 avril... non 4 février* »

La notion de temps est particulière dans les pays industrialisés, les horaires sont très importants à respecter... Il n'est pas facile pour quelqu'un qui n'a pas appris cette rigueur de se plier à ce mode de fonctionnement. Parfois, les administrations l'ont compris et prennent en compte ces difficultés. Voici l'exemple de Kaliel et Fatou : « *un jour on a un rendez-vous, et on sait pas si c'est cette jour ou cette jour après donc...ils ont appelés ma femme pour leur*

*dire : vous avez madame rendez-vous, vous pouvez venir ».* L'appel téléphonique a eu lieu à 13h alors que le rendez-vous était prévu à 11h30. L'interlocuteur a quand même proposé : « *vous pouvez venir madame ».*

## **5. Conclusion**

Malgré un faible nombre d'entretiens réalisés, ne permettant certainement pas d'obtenir un échantillon représentatif des populations africaines présentes à Nantes, nous avons pu extraire les grandes idées qui ressortent de ces témoignages. La principale difficulté a été d'avoir un sujet extrêmement vaste à traiter. Nous n'avons pas pu approfondir chaque thème comme nous l'aurions souhaité. Par l'exemple, « les femmes africaines et la péridurale » aurait pu constituer un sujet à part entière. Cependant, nous avons tenté une approche globale qui a permis d'extraire de nombreuses informations.

Pour conclure, les six femmes qui ont participé à cette étude étaient satisfaites de leur prise en charge au CHU de Nantes. Elles se sont senties en sécurité, ont globalement compris leur suivi et ont eu le sentiment de respecter les prescriptions. D'un autre côté, les différences culturelles n'ont que légèrement entravé les relations soignant-soigné : les dossiers obstétricaux montrent la volonté du personnel d'accompagner ces femmes au mieux, malgré un accompagnement peut-être trop peu psycho-social. Les éléments qui peuvent être retenus particuliers à ces femmes sont qu'elles n'abordent pas la question de l'excision ou des déchirures périnéales, que l'allaitement maternel est différent selon chaque femme, qu'elles préfèrent se passer de la péridurale même si elles ne se l'interdisent pas, et que le sentiment de solitude est constant après l'arrivée du bébé.

Pour répondre aux interrogations de départ :

**Les différences culturelles et linguistiques entraînent-elles des difficultés de communication entre les femmes africaines et les soignants ?**

Quelques difficultés de communication existent malgré un effort évident des deux parties à se faire comprendre de l'autre. Elles sont principalement liées à des codes culturels particuliers à chacun. Les femmes africaines veulent paraître conformes aux normes de la société d'accueil, elles acquiescent aux explications même si elles n'ont pas tout compris. De plus, elles n'osent peut-être pas faire répéter le soignant, déjà si attentif. Les quelques différences d'utilisation de la langue française peuvent rendre plus difficiles certaines explications techniques.

**Les problèmes de communication influencent-ils la prise en charge médico-psycho-sociale de ces femmes ?**

Le souci d'équité du soignant est démontré ici : la prise en charge médicale des femmes migrantes est optimale. Cependant, nous avons la sensation que les éventuelles vulnérabilités psycho-sociales de ces femmes n'ont pas toujours été recherchées.

**Comment les femmes africaines vivent-elles leur maternité au CHU de Nantes ?**

Les jeunes mères interrogées ont toutes vécu leur maternité de manière positive, et encore plus si elles ont accouché en Afrique précédemment. Elles continuent timidement d'utiliser quelques techniques de puériculture africaine. La période post-natale est cependant la plus difficile à vivre puisque le groupe soutenant est absent. Les femmes se retrouvent seules face à leur bébé et ne se sentent pas épaulées. Le sentiment de solitude qui les habite n'est pas toujours comblé par l'hôpital qui répond d'abord à une nécessité médicale.

#### **IV. PERSPECTIVE D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES MIGRANTES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

L'idée de réaliser ce travail a mûri au cours de nos rencontres avec les femmes migrantes. Nous avons souvent ressenti une volonté d'échange et d'expression de la part de la femme qui n'était pas forcément entendue par le professionnel. Nous nous sentions impuissants dans cette situation où la position la plus facile était l'évitement. Nous avons donc voulu nous renseigner sur les différentes cultures pour évacuer nos idées reçues et espérer pouvoir engager un dialogue avec ces femmes. Nous nous sommes centrés sur une population précise. Les femmes d'Afrique subsaharienne ont été choisies parce qu'elles sont nombreuses à Nantes et que nous sommes fascinés par les couleurs de leur culture.

Voici deux situations vécues en stage qui ont influencé notre choix :

- *Lors du tour effectué avec la sage-femme dans le service de suites de couches, nous frappons à la porte de la chambre d'une femme africaine. Elle a accouché depuis trois jours, les volets sont fermés, elle est assise sur son lit en chemise d'accouchée et tourne le dos au berceau dans lequel son bébé dort. Nous lui demandons si tout va bien, elle répond « oui » et nous partons.*

Nous aurions aimé entrer en contact avec cette femme qui paraissait en détresse, mais nous ne savions comment engager le dialogue.

- *Lors d'un encadrement à la toilette du nouveau-né, une femme africaine paraît mal à l'aise et a du mal à porter le bébé comme nous le lui demandons. L'auxiliaire lui propose donc de faire comme elle le sent, de nous montrer comment elle faisait avec son premier enfant dans le pays. La femme nous sourit et nous explique que l'eau stagnante est dangereuse pour le nouveau-né : elle préfère lui donner une douche. Ensuite, elle nous demande si elle peut masser son bébé avec du beurre de karité.*

Ce moment d'échange a été une expérience très enrichissante qui nous a donné envie de sortir parfois des protocoles pour permettre le dialogue.

## **1. Réflexion sur nos pratiques**

Bien que les femmes africaines interrogées soient satisfaites de leur accompagnement, notre étude montre qu'elles ne s'autorisent pas forcément à exprimer leur singularité. Pour permettre à ces femmes de vivre leur maternité pleinement et ainsi instaurer un lien mère-bébé de qualité, nous allons proposer quelques pistes de réflexion en vue d'une amélioration de nos pratiques.

### **1.1 Tenir compte des singularités de la femme africaine**

#### ***1.1.1 Réflexion autour de certaines pratiques culturelles qui peuvent interpeller le personnel médical***

Les personnes migrantes peuvent être influencées par des coutumes et croyances. Leurs pratiques traditionnelles peuvent représenter pour elles un bienfait. Cependant le personnel, qui est dans une logique de sécurité et de normes à l'hôpital, peut avoir du mal à accepter certaines pratiques.

L'apparent désintérêt pour l'enfant est une situation que l'on rencontre régulièrement. La femme ne le regarde pas trop et ne veut pas le prendre dans ses bras. Rappelons-nous que cette coutume permet de protéger l'enfant en évitant d'attirer la jalousie. Il serait intéressant d'expliquer à la mère que nous avons pour habitude de poser l'enfant sur son ventre immédiatement après la naissance, et lui demander si cette manière de faire lui convient. De plus, évitons de complimenter la mère sur la beauté de son bébé mais félicitons-la plutôt sur la réussite d'un bel accouchement... En agissant ainsi, le soignant s'allie à la femme pour protéger l'enfant [43].

En Afrique, la mise en place des liens précoces passe beaucoup par la relation au corps du bébé [15]. Le regard est moins utilisé, au profit du toucher. La sage-femme peut encourager la mère à utiliser les techniques de massage pour promouvoir la mise en place de cette relation précoce.

La loi française nous impose de prénommer l'enfant dans les trois jours qui suivent la naissance. En Afrique, on ne divulgue pas le prénom du nouveau-né avant sept jours. Le personnel doit ainsi faire attention à ne pas dévoiler le prénom de l'enfant aux visiteurs pour respecter le délai imposé par les coutumes. Même si les parents effectuent la déclaration de naissance, ils peuvent garder le prénom secret pendant plusieurs jours.

L'allaitement maternel est une source de désaccord fréquente. La femme africaine pense ne pas avoir de lait et elle a peur d'empoisonner son bébé avec le « premier lait ». Ceci s'oppose à la notion médicale des bienfaits du colostrum. Il serait bon d'ouvrir le dialogue avec la femme afin de comprendre ses convictions. Il est primordial d'encourager l'allaitement maternel exclusif dès la naissance mais il est possible d'accepter de donner quelques biberons si cela permet aux parents d'être rassurés.

Nous devons laisser aux mères la possibilité d'avoir recours aux pratiques de puériculture traditionnelles, elles leur permettent de prendre confiance en elles et de construire leur identité de mère. Ceci participe à l'élaboration d'un lien mère-enfant de qualité. Cependant, il est primordial de ne pas enfermer la personne dans sa culture : il existe une multitude de manières d'être parents, qui dépendent de la culture mais aussi de nombreux autres facteurs. Il paraît préférable d'engager le dialogue et d'échanger sur les différentes manières de faire pour aboutir à une prise en charge métissée et acceptable par tous.

### ***1.1.2 Particularité d'expression : quelques éléments pour améliorer la communication***

Pour éviter les malédictions ou encore par habitude culturelle, les femmes ne se plaignent pas beaucoup, et encore moins pendant la grossesse. Cette culture de non-dit [44] doit nous obliger à entendre la moindre plainte comme une ouverture vers un problème qui pèse sur la femme.

Il ne faut pas prendre le retard ou l'absence à un rendez-vous comme un manque de respect envers l'hôpital. La difficulté à respecter les horaires s'explique ainsi : la notion de temps est totalement différente entre nos sociétés. Il ne faut pas hésiter à téléphoner à une femme avant un rendez-vous pour lui faire confirmer sa venue ; et si cela est possible, accepter une certaine souplesse sur les horaires des rendez-vous.

Le personnel médical et notamment la sage-femme devient un interlocuteur privilégié de la femme qui n'a pas sa famille avec elle. L'absence des femmes qui donnent les conseils peut se traduire par un investissement important de la relation avec le médecin ou la sage-femme. Si l'interlocuteur n'est pas à l'écoute, soit par manque de temps, soit par manque de connaissances, la femme pourrait se fermer d'avantage.

## **1.2 Certaines de nos attitudes et de nos pratiques peuvent dérouter les femmes**

### ***1.2.1 La première rencontre***

Dans nos sociétés, les rapports entre les hommes sont plutôt réservés, on ne communique pas spontanément avec une personne inconnue. Les migrants qui viennent de pays où les relations humaines sont très chaleureuses peuvent rapidement s'inhiber en terre d'accueil. Ils ont du mal à entrer spontanément en contact avec une autre personne car ils ignorent les codes culturels de ces relations [45].

### ***1.2.2 La prise en charge lors du suivi de grossesse***

La médicalisation du suivi de grossesse et de l'accouchement est indispensable et les femmes migrantes l'acceptent volontiers car la sécurité médicale est primordiale. Si les femmes acceptent la médicalisation de leur grossesse et de leur accouchement, certains actes médicaux peuvent leur paraître étonnants, notamment si elles ne les ont pas intégrés comme bénéfiques. Il est donc primordial de les expliquer pour qu'ils prennent sens aux

yeux des femmes, elles pourront ainsi les accepter. Car le bénéfice d'un geste est non seulement lié à son action directe, mais aussi à l'effet d'apaisement qu'il entraîne.

En France, un toucher vaginal est effectué chaque mois. Il peut être vécu comme une violation de l'intimité. Pour les femmes excisées il peut être très douloureux, non seulement physiquement mais aussi moralement en analogie avec l'expérience vécue.

### ***1.2.3 L'accouchement***

La présence du mari en salle de naissance peut représenter une habitude étrange aux yeux des femmes africaines. Cependant, cette pratique à l'air plutôt bien acceptée puisqu'elle permet à la femme d'être accompagnée, et le mari est parfois la seule personne de la famille à être présente. Il serait cependant intéressant de préparer le mari avant d'effectuer certains gestes, et par exemple lui proposer de sortir de la pièce lors de l'examen vaginal de sa femme. Aborder son souhait d'être présent ou non au moment de l'expulsion paraît aussi être une question importante.

Les femmes africaines ne sont pas toutes réticentes à bénéficier d'une analgésie péridurale, abordons la question avec elles et essayons de répondre à leurs interrogations concernant cet acte. Aidons-la à rester active pendant son travail malgré le monitoring et l'analgésie.

Le travail d'une femme africaine peut être très lent. La présentation fœtale reste haute très longtemps avant de s'engager. Ceci est expliqué en partie par l'effet de l'angoisse sur la rapidité du travail [22]. De plus, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal a une particularité chez les femmes africaines : il présente plus souvent des oscillations réduites. Ceci entraînerait une augmentation du nombre de césariennes chez ces femmes. Il paraît nécessaire de leur demander si elles ont consommé des tisanes avant de conclure à une hypoxie fœtale [46].

## **2. Comment repérer les femmes les plus vulnérables ?**

La recherche des vulnérabilités de la femme migrante africaine paraît nécessaire pour permettre une prise en charge médico-psycho-sociale de qualité.

### **2.1 Les bénéfices de l'entretien prénatal précoce**

Selon le plan périnatalité 2005-2007 : l'entretien prénatal précoce s'inscrit dans les mesures qui visent à assurer « plus d'humanité » dans le déroulement de la grossesse. Cet entretien doit être proposé à toutes les femmes en début de grossesse. Il permet aux futurs parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance et leurs craintes éventuelles afin de les aider à préparer dans les meilleures conditions possibles la venue au monde de leur enfant. Il sert aussi à repérer avec la femme ou le couple, des vulnérabilités ou des potentialités à faire valoir [47]. C'est le moment idéal pour établir un contact avec la femme et instaurer une relation de confiance durable.

Selon l'HAS<sup>9</sup>, ses objectifs sont :

- Identifier les besoins d'information et définir les compétences parentales à développer
- Apprécier la santé globale de la femme enceinte, faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance
- Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père
- Orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement si nécessaire, transmettre des informations aux professionnels susceptibles d'apporter une aide [47].

Ce temps d'échange est probablement le moment idéal pour prendre en compte la dimension culturelle de la maternité. Les interlocuteurs pourront engager une réflexion sur les désirs d'accompagnement des parents et sur les possibilités de les réaliser au sein de l'hôpital.

Dans un second temps, les éventuelles vulnérabilités de la femme seront repérées. Pour en faciliter la recherche, nous avons préparé une fiche de vulnérabilité (annexe VI). La sage-femme pourra donc s'appuyer dessus pour dépister les risques que cette femme est susceptible d'encourir : difficulté à l'instauration de la relation mère-enfant, dépression du post-partum...

Pour que ce temps d'échange soit le mieux utilisé, l'invitation d'un interprète serait bénéfique. Que la femme parle français ou non, cette tierce personne permettra de créer un lien entre les deux cultures qui ont parfois du mal à se comprendre.

## **2.2 Repérer des facteurs de vulnérabilité chez la femme africaine**

*« 16% des femmes d'Afrique subsaharienne se sont senties mal ou très mal lors de leur grossesse contre 8% des françaises ou des européennes » [49]*

La revue de la littérature et l'analyse de nos entretiens permettent de prêter une plus grande attention à certains « clignotants » qui doivent nous inciter à une vigilance particulière.

### **L'origine géographique de la femme :**

A Nantes une grande population guinéenne est installée. Dans ce pays, le poids des traditions est très important : 96 % des femmes sont excisées [4], elles sont soumises à des mariages précoces et forcés... De plus, la femme vient-elle d'un milieu rural ? Les traditions y sont plus respectées.

### **L'ancienneté de la migration :**

Le nombre d'années vécues sur le territoire nous renseigne sur l'adaptation à la société d'accueil. Les femmes qui viennent d'arriver en France n'ont pas eu le temps de créer un réseau de connaissances.

---

<sup>9</sup> Haute Autorité de Santé

**La cause de la migration :**

Si la femme à émigré contre sa volonté, elle peut avoir des difficultés à s'ouvrir à un nouveau mode de fonctionnement et être réticente envers certaines pratiques.

**Les ressources économiques et le logement :**

La femme, le couple, sont-ils bénéficiaires de minima sociaux ? Quelles sont leurs conditions de vie ? Comment sont-ils logés ? Ils ne sont plus en mesure de se projeter dans l'avenir, la situation de précarité occupe toute leur pensée et leur énergie. De plus, ils doivent entreprendre de nombreuses démarches auprès des organismes susceptibles de les aider [50].

**La parité :**

Plusieurs études montrent que la multiparité augmente le risque de dépression du post-partum [49 ; 51]. Paradoxalement, la notre montre que la naissance du premier enfant en situation migratoire a été la plus difficile. En effet, les trois femmes ayant accouché pour la première fois en France ont vécu cette expérience de manière très négative.

**La solitude :**

La présence du mari, de la famille ou encore d'amis représente des soutiens essentiels. Certains parents ont du laisser un enfant au pays. Une étude a montré que vivre seule est corrélé à un ressenti négatif de la maternité [49].

**En conclusion :**

Si une femme est primipare, si elle est arrivée récemment sur le territoire français, si elle est isolée et en situation de précarité, elle devra faire l'objet de toute notre attention.

Nous devons l'encourager à mobiliser les personnes de son entourage faisant fonction de figure maternante : une sage-femme de PMI<sup>10</sup>, une voisine qui a l'expérience de la maternité, une sœur... Il faut faire appel à ses ressources positives.

### **3. Quelles adaptations au niveau de l'hôpital ?**

#### **3.1 Encourager la formation des étudiants et du personnel**

A Nantes, les étudiants sont sensibilisés au phénomène des mutilations génitales féminines. Ceci leur permet de mieux dépister les femmes excisées et de prévenir la reproduction du geste sur les petites filles. Permettre aux étudiants et au personnel de santé une formation générale sur les traditions et coutumes de la maternité en Afrique, ainsi que leur signification, c'est améliorer la prise en charge de ces femmes qui demandent une attention particulière. En effet, les conflits sont souvent dus à un manque de connaissances réciproques.

---

<sup>10</sup> Protection Maternelle et Infantile

### **3.2 Favoriser le travail en réseau**

A l'hôpital, les équipes sont souvent pluridisciplinaires, il est possible de travailler en collaboration avec l'assistante sociale ou encore la psychologue. Pour certains cas difficiles, souvent accueillis à l'UGOMPS, des concertations pluridisciplinaires ont lieu et permettent de construire, en prénatal, un projet de suivi pour une femme particulière. Les médecins et sages-femmes de la consultation « plus conventionnelle » peuvent aussi y avoir recours, car favoriser le dialogue entre professionnels permet souvent de mieux comprendre une situation et de la gérer plus sereinement.

Mais les femmes migrantes peuvent être suivies en dehors de l'hôpital, que ce soit à la PASS ou à la PMI de leur quartier, ou encore par un médecin ou une sage-femme libérale. Si une femme a plusieurs interlocuteurs, les transmissions entre eux permettent une continuité des soins et ainsi une cohérence dans le suivi.

Pour les femmes qui ne connaissent pas la PMI, l'hôpital peut les orienter vers ses services : une sage-femme peut faire le relais en allant rencontrer la femme à son domicile, et ainsi lui permettre de sortir de l'isolement. Ce mode de fonctionnement est intéressant car le relais post-natal est plus aisé : la sage-femme a souvent présenté sa collègue puéricultrice qui effectuera le suivi du nouveau-né après le retour à domicile. Par ce biais, la femme est encouragée à aller vers le centre médico-social de son quartier.

Les transmissions entre les différents professionnels et la présence de professionnels de proximité vont permettre à la femme de se sentir contenue et d'être portée par un corps médical cohérent et soutenant.

## **4. Perspectives d'avenir pour l'accueil des femmes d'Afrique subsaharienne**

### **4.1 Des expériences intéressantes**

Dans certains hôpitaux français, des projets ont vu le jour. Ils ont tous montré un bénéfice en matière d'accueil des femmes migrantes dans leur globalité, et d'amélioration des conditions de travail pour les professionnels qui les prennent en charge.

Les réunions de *l'Arbre à Palabre* existent depuis 1996 à la clinique mutualiste des Bluets à Paris. Elles sont animées par un médecin et une sage-femme, et sont proposées aux femmes africaines enceintes ou ayant déjà accouché. Ces dernières peuvent donc exprimer leurs incompréhensions et ce qui peut les choquer, les perturber voire les traumatiser dans le suivi médical. Elles peuvent expliquer calmement pourquoi telle ou telle pratique médicale ne leur convient pas, exprimer les interrogations qu'elles n'osent pas formuler en d'autres circonstances. C'est aussi l'occasion de confronter des représentations différentes : chacun tente de comprendre et d'accepter comment l'autre se représente la naissance. Lieu de soutien et d'accompagnement, cette réunion est devenue un lieu de rencontre pour ces

femmes autour de l'expérience de la maternité. Ceci permet de rompre l'isolement qu'entraîne souvent la situation migratoire [52].

A la maternité de Montpellier, dans le service de suites de couches existent des « lits vulnérabilité »: des chambres sont réservées pour l'accueil des mères vulnérables et leur nouveau-né. Des professionnels formés en relations transculturelles en ont la charge. Ceci permet aux femmes d'être écoutées, comprises et même encouragées à pratiquer leurs techniques de maternage. La relation mère-enfant est encadrée et ainsi construite sur des bases solides.

## 5.2 Quelles possibilités à Nantes ?

A Nantes, des groupes de parole ouverts aux femmes africaines ont été largement initiés par la collaboration entre l'UGOMPS et l'ASAMLA. Depuis quatre ans un médecin et une interprète-médiatrice engagent le dialogue sur le thème de l'excision. Les femmes africaines qui le souhaitent viennent s'informer et partager leurs expériences. Ils ont un but de prévention et d'information. Des parcours de reconstruction génitale ont été initiés grâce à ces réunions. Il existe aussi des groupes de discussion dans le service de Grossesses à Haut Risque, organisés par les psychologues.

Mais en ce qui concerne la grossesse et l'accouchement, aucun lieu d'échange n'existe actuellement. Des groupes de parole pourraient être organisés en suites de couches sur des thèmes variables, en fonction de la demande des patientes. De temps en temps, une réunion pourrait être réservée aux femmes africaines, ensuite à l'allaitement maternel ou encore aux femmes ayant eu une césarienne... Ces réunions pourraient être animées par une sage-femme et une auxiliaire de puériculture volontaires, et un interprète-médiateur pourrait être invité si nécessaire...

L'idéal serait de créer un espace de parole, où les parents et futurs parents pourraient se rencontrer, échanger autour de leurs angoisses et de leurs désirs, s'enrichir de leurs expériences multiples, construire des liens sociaux qui rassurent... Dans ce lieu seraient organisées des réunions incluant des professionnels (médecins, sage-femme, psychologue, assistante sociale, puéricultrice, aide-soignante, cadre de service et intervenants extérieurs...) et les femmes ou les couples qui souhaitent y participer.

Lors des différents entretiens effectués, nous avons posé la question aux hommes et aux femmes interrogés s'ils aimeraient rencontrer d'autres personnes de la même origine durant la période de maternité. Voici leurs réponses :

Sibiri trouve que « *c'est une idée, parce que comme on ne sait pas si y'a des connaissances, enfin si y'a des femmes africaines ici* ». Mais il précise que ce serait pour « *toutes les femmes, pas uniquement pour les femmes africaines* ». Ceci permettrait de « *savoir s'entraider* » et comprendre comment ils s'occupent de leurs enfants.

Amy trouve qu'après l'accouchement « *on se sent un peu isolée* » et que « *ce serait bien, au lieu de rester chacun dans son petit coin* ». On pourrait discuter « *des affaires de femmes, de l'allaitement, tout ça, ça aide un peu* ». Et cela permettrait aussi de se « *donner des petites astuces, et des astuces pour les bébés* ».

Myriame voit un bénéfice à ces réunions, il « *permet de ne pas se sentir toute seule, parce que parfois on a l'impression qu'on est toute seule à faire ça...qu'on n'est pas normale* ».

Lors du groupe de parole organisé pour notre étude, Yélikha nous a confié : « *moi je suis motivée, chaque fois y'a quelque chose, je viens... ça fait du bien de parler* ». Sala a répondu : « *c'est intéressant, moi c'est la première fois je venu, je vais continuer à venir ! Comme ça tu connais pas des choses, tu vas apprendre avec les autres* ».

## **Conclusion**

La grossesse est une période de fragilité pour toutes les femmes. Des remaniements psychiques vont permettre à la femme de créer son identité de mère. Les femmes d'Afrique subsaharienne ayant migré vers la France ont une histoire personnelle qui peut les avoir fragilisées. La survenue d'une grossesse en pays étranger souligne l'absence d'un groupe soutenant, d'une culture chargée de symboles.

La rencontre des femmes migrantes enceintes avec les services de maternité est cependant bien vécue par ces femmes qui se satisfont d'une sécurité médicale rassurante. La prise en charge médicale est d'ailleurs de qualité ce qui nous confirme l'existence d'une communication satisfaisante entre ces femmes et les soignants. Mais leur culture de non-dit et leur volonté de paraître conforme, rendent difficile la verbalisation de leurs désirs quant à leur maternité. Si le personnel ne les y invite pas, elles essayeront timidement de pratiquer quelques coutumes dans l'intimité de leur chambre d'hôpital. Ces patientes expriment toutes un fort sentiment de solitude après leur accouchement.

Les différences culturelles qui existent entre les femmes d'Afrique subsaharienne et les soignants occidentaux ne doivent pas constituer une barrière mais plutôt une porte ouverte vers un échange mutuel.

L'explication et la préparation aux soins sont primordiales pour permettre leur acceptation. S'ouvrir aux pratiques de puériculture étrangère et partager les siennes incitent à créer des techniques de maternage métissées et acceptables par tous. Tout ceci permet aux femmes migrantes de se sentir comprises et soutenue dans leur rôle de mère. Cela permet aussi au personnel d'aborder la grossesse et la naissance sous un angle nouveau et toujours plus enrichissant.

L'entretien prénatal précoce nous offre un temps d'échange privilégié, profitons-en pour élaborer avec les femmes leur projet de naissance, et pour repérer des « clignotants de vulnérabilités ». La situation qui paraît la plus à risque de difficultés, est celle où la femme est primipare, récemment arrivée en France, isolée et en situation de précarité. Cette personne devra faire l'objet de toutes les attentions.

Dans un but de prévention et encore d'amélioration du vécu de la maternité par les femmes africaines migrantes, il paraît intéressant de favoriser les temps de dialogue. Différentes expériences ont fait leurs preuves dans des structures françaises. Elles diminuent considérablement les risques de difficultés, notamment lors de l'instauration de la relation mère-enfant. En conséquence, une amélioration de la santé physique et mentale des femmes et de leurs enfants à plus long terme est recherchée.

Mais les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne ne sont pas les seules à éprouver des difficultés durant leur maternité. Il est essentiel de promouvoir l'humanité des relations entre les soignants et leurs patients, quelles que soient leurs particularités, pour défendre le « prendre soin » dans toutes ses dimensions.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] PITTE J-R, AMAT-ROZE J-M, BANGARA A et al. Atlas de l'Afrique, les éditions du Jaguar, 2009. 255p.
- [2] HAMPATE BA Amadou. Aspects de la civilisation africaine : personne, culture, religion. Édition Présence Africaine, 1995. 140p.
- [3] OMS. Une nouvelle étude montre que la mutilation génitale féminine expose les mères et les bébés à des risques majeurs à l'accouchement (2006) :  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/fr/index.html>
- [4] Excision : étendue géographique du phénomène. [www.sexophysio.com/excision.php](http://www.sexophysio.com/excision.php)
- [5] GONCALVES Manuela. Mutilations sexuelles féminines : quelle prise en charge en maternité ? Mémoire sage-femme : Nantes, 2007. 64p.
- [6] COUCHARD Françoise. L'excision que sais-je ? Editions Presses Universitaires de France, 2003. 124p.
- [7] SOW Fatou, CODOU Bop. Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique. Notre corps, notre santé : la santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne. Édition l'Harmattan, 2004. 364p.
- [8] GILLETTE Isabelle. La polygamie et l'excision dans l'immigration africaine en France, analysées sous l'angle de la souffrance sociale des femmes. 1997. 342p.
- [9] Populations et sociétés n°438, octobre 2007, les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France :  
[http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/30995/telechargement\\_fichier\\_fr\\_438.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/30995/telechargement_fichier_fr_438.pdf)  
(consulté en janvier 2011)
- [10] [http://cerc-congres.com/20080521\\_AssisesSF/CR\\_Marseille\\_2008.pdf#page=73](http://cerc-congres.com/20080521_AssisesSF/CR_Marseille_2008.pdf#page=73)
- [11] Larousse, dictionnaire de langue française, 2006
- [12] Polygamie et religion. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Polygamie#Polygamie\\_en\\_France](http://fr.wikipedia.org/wiki/Polygamie#Polygamie_en_France)
- [13] Les cahiers de l'URACA. Les familles africaines en France déstabilisées : les relations hommes-femmes face aux mutations de L'exil. Avril 2001  
[http://www.uraca.org/download/editing/cahiers/Uraca\\_cahier11.pdf](http://www.uraca.org/download/editing/cahiers/Uraca_cahier11.pdf) (consulté en novembre 2010)
- [14] DELPY Catherine-Juliet. Graines de vie, édition Bébé d'ici bébé d'ailleurs
- [15] MORO Marie-Rose, DE LA NOE Q, MOUCHENIK Y et al. Manuel de psychiatrie transculturelle, travail clinique, travail social. Éditions La pensée sauvage, 2004. 397p.

- [16] BARTOLI Lise, Venir au monde, les rites de l'enfantement sur les cinq continents, éditions Payot et rivages, 2007. 264p.
- [17] ROLLET Catherine, MOREL Marie-France, Des bébés et des hommes, Traditions et modernité des soins aux tout-petits, éditions Albin Michel, 2000. 365p.
- [18] Notes de formation : Soins interculturels aux enfants issus de familles migrantes, 2008
- [19] BAHUAUD Marie, La mortalité maternelle en Guinée, mémoire sage-femme : Nantes, 2005. 61p.
- [20] BOULARD Christian, DUTILH Pascale, MESTRE Claire, Devenir parent en exil, collection Mille et un bébés, éditions Eres, 1999. 74p.
- [21] LEVY Isabelle, Soins, cultures et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux, 2008. 239p.
- [22] MORO Marie-Rose, NEUMAN Dominique, REAL Isabelle. Maternités en exil : mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle, 2008. 211p.
- [23] DE VILLEPIN Hélène, Une naissance, des religions, mémoire sage-femme : Nantes, 2008. 60p.
- [24] EKOUE Léokadie, Le lait et le lien, éditions La pensée sauvage, 2004. 7p.
- [25] FONTANEL Béatrice, D'HARCOURT Claire, Bébés du monde, éditions de la Martinière, 1998
- [26] Dossier mortalité maternelle en Afrique. Journal de Gynécologie Obstétrique et biol reprod, Vol 31, n°1, février 2002
- [27] JAFFRE Yannick, DIALLO Yveline, VASSEUR Patricia et al. La bataille des femmes : analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétriques d'Afrique de l'Ouest. Editions Faustroll Descartes, 2009. 276p.
- [28] DE BROUWERE Vincent, VAN LERBERGHE Wim. Les besoins obstétricaux non couverts, éditions L'Harmattan, 1998. 205p.
- [29] La mortalité maternelle se réduit trop lentement. Communiqué de presse commun OMS/UNICEF/ Le Fonds des Nations Unies pour la population, FNUAP /Banque mondiale. 12 octobre 2007. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr56/fr/>
- [30] Femmes d'ici et d'ailleurs, regards : la parentalité. Sept-oct 2005 n°105 FIA/ISM
- [31] Populations et sociétés n°472, novembre 2010, le nombre et la part des immigrés dans la population : comparaisons internationales :

[www.ined.fr/fichier/t.../telechargement\\_fichier\\_fr\\_publici\\_pdf1\\_472.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t.../telechargement_fichier_fr_publici_pdf1_472.pdf) (consulté en janvier 2011)

[32] Infos migrations n°10, octobre 2009, la population étrangère résidant en France : [http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/29231/telechargement\\_fichier\\_fr\\_im10popetr\\_angere06.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/29231/telechargement_fichier_fr_im10popetr_angere06.pdf) (consulté en janvier 2011)

[33] Populations et sociétés n°452, janvier 2009, les migrations de l'Afrique subsaharienne en Europe, un essor encore limité : [www.ined.fr/fichier/t.../telechargement\\_fichier\\_fr\\_publici\\_pdf1\\_452.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t.../telechargement_fichier_fr_publici_pdf1_452.pdf) (consulté en janvier 2011)

[34] Histoire de la migration : <http://www.atlas-ouestafrique.org/spip.php?article77> (consulté en novembre 2010)

[35] Entretien avec Mame KEITA : interprète-médiatrice de l'ASAMLA à Nantes. Juin 2010.

[36] MESTRE Claire, Grossesse et naissance en migration, la solitude des femmes. Champs, psychopathologie et clinique sociale, vol.2, printemps 2006

[37] DAVOUDIAN Christine, Accoucher en terre étrangère, à propos d'un groupe de parole de femmes enceintes migrantes en situation de grande précarité. Séminaire d'introduction à la clinique interculturelle : « périnatalité et interculturalité », janvier 2007

[38] SALATHE Anne, L'étranger à l'hôpital : quelle prise en charge psychologique ?, mémoire de DESS de psychologie : Paris 8, 2001

[39] VIEILLARD-BARON CHAUVET Agnès. La prévention globale en périnatalité : quelle place pour un entretien prénatal précoce ? Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en gynécologie-obstétrique. 2007

[40] PETIT Line. Formation des étudiantes sages-femmes : l'attachement. octobre 2010.

[41] Rencontre avec Marie-Rose MORO : la passion de l'autre, Profession sage-femme n°141, décembre 2007/janvier 2008

[42] Glossaire multilingue de la Banque de Données Santé Publique (cf référence 39)

[43] BA Marième. La dépression du ventre : réactions dépressives après l'accouchement chez des femmes immigrées, originaires d'Afrique de l'Ouest. Extrait de : L'enfant ancêtre (NATHAN Thobie, ADOHANE Taoufik, BA Marième et al.) Editions La pensée sauvage, 2000

[44] Les cahiers de l'Uraca, n° 11 : Les familles africaines en France déstabilisées : Les relations hommes-femmes face aux mutations de l'exil [http://www.uraca.org/download/editing/cahiers/Uraca\\_cahier11.pdf](http://www.uraca.org/download/editing/cahiers/Uraca_cahier11.pdf)

- [45] MESTRE Claire, La société d'accueil doit donner à l'autre la possibilité d'être métis. Entretien de Virginie Andriamirado, novembre 2006
- [46] FIRTION Céline, GRAEFF Catherine, JEHL Astrid et al. Rythmes cardiaques fœtaux réduits chez les femmes d'Afrique subsaharienne : mythe ou réalité ? <http://www.em-consulte.com/article/115318>
- [47] BOURDARIAT Agnès, EMERY Laure, EQUY Véronique. L'entretien prénatal précoce.
- [48] Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques professionnelles. La préparation à la naissance et à la parentalité. 2007
- [49] BROCAS Anne-Marie. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes et résultats n°552. Janvier 2007
- [50] LE MAITRE Véronique. La précarité : une nouvelle culture pour les bébés. Extrait de : bébés et cultures (sous la direction de Michel DUGNAT).
- [51] Dépistage des états dépressifs du post-partum à la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina-Faso, Journal de Gynécologie Obstétrique et biol reprod, vol 27, n°6, octobre 1998
- [52] TERRIEN Louisa. Des parturientes d'origine africaine et leur maternité en France : les réunions de l' « Arbre à palabres », lieu d'expression interculturelle, 2003-2004

# **ANNEXES**



## 2. Colonisation et Afrique actuelle

### La colonisation européenne (1914)



### L'Afrique du XXIe siècle



Afrique de l'Ouest : Mauritanie, Sénégal, Gambie, Mali, Burkina-Faso, Niger, Nigéria, Bénin, Togo, Ghana, Côte d'Ivoire, Libéria, Sierra Léone, Guinée-Bissau, Guinée Conakry

## Annexe II : Les mutilations génitales féminines

### 1. Différentes formes de mutilations

Selon l’OMS, les mutilations sexuelles féminines se classent en quatre catégories:

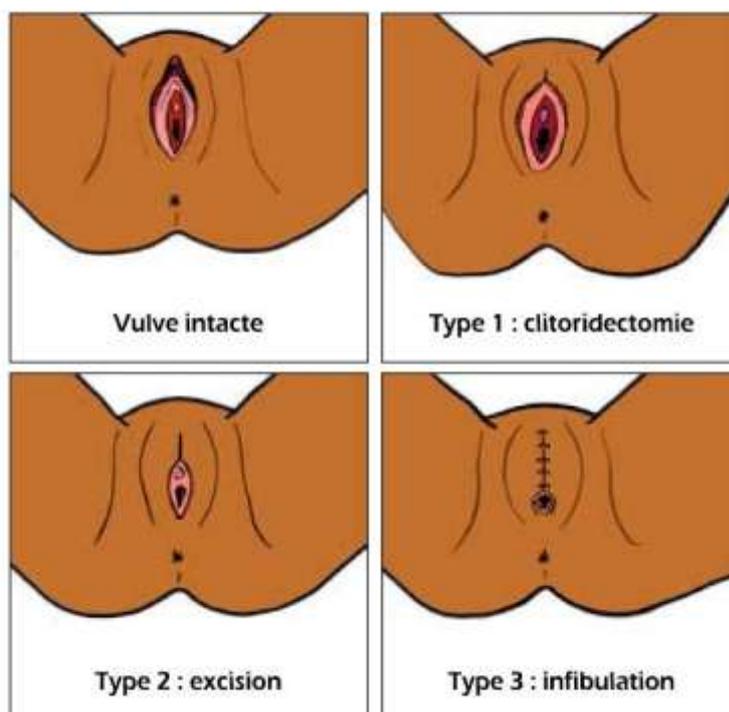
**I. La clitoridectomie:** ablation partielle ou totale du clitoris (petite partie sensible et érectile des organes génitaux féminins) et, plus rarement, seulement du prépuce (repli de peau qui entoure le clitoris).

**II. Excision:** ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (qui entourent le vagin).

**III. Infibulation:** rétrécissement de l’orifice vaginal par la création d’une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris.

**IV. Autres:** toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et cautériser les organes génitaux.

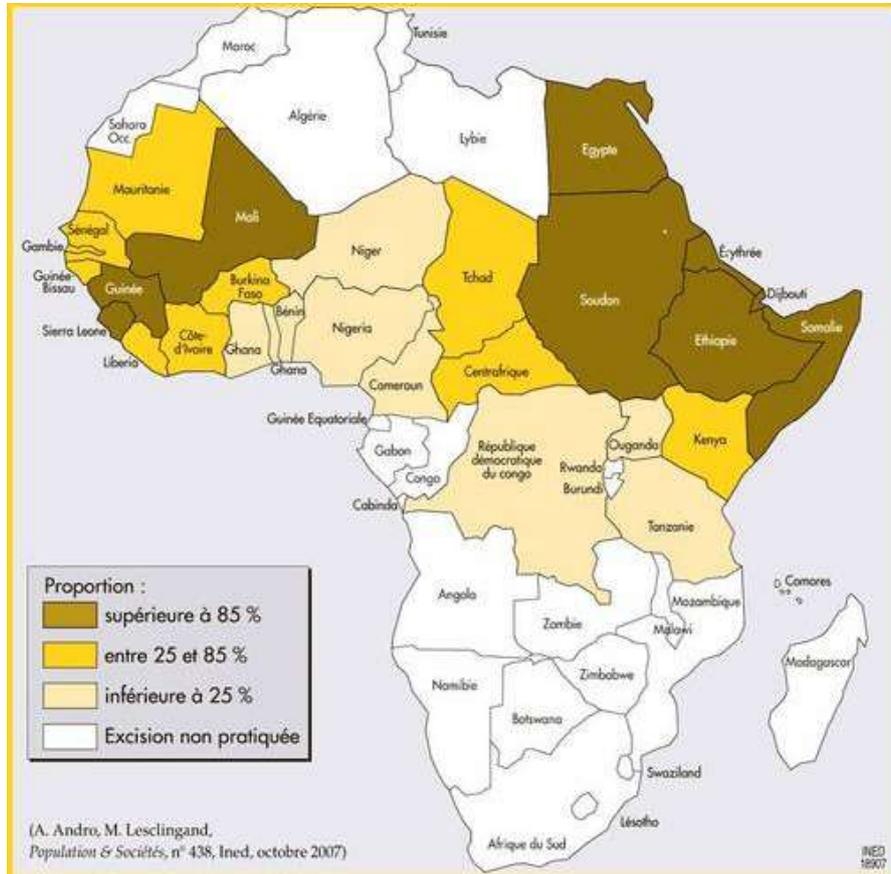
**Figure 5 : Les différents types de mutilations génitales féminines**



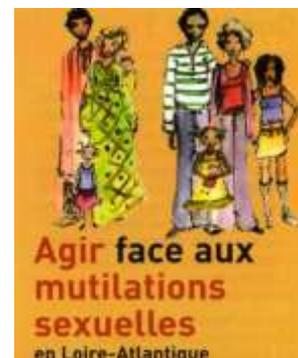
Sources : Dessins de Dimi Dumo ([www.dimidumo.be](http://www.dimidumo.be)) d'après des croquis de F. Richard.

## 2. Fréquence de l'excision en Afrique

Proportion de femmes de 15 à 49 ans ayant subi des mutilations sexuelles selon le pays d'Afrique (situation au début des années 2000)



## 3. Campagnes de lutte contre les mutilations



## Annexe III : Evolution de la politique d'immigration en France

**1945** : apparition de la notion de politique d'immigration en matière de migration de travail

**1974** : suspension de l'immigration de travailleurs, développement de la politique de regroupement familial

**1980** : loi Bonnet : entrée et séjours irréguliers de viennent des motifs d'expulsion

**1981** : suspension des expulsions, régularisations des étrangers titulaires d'un contrat de travail (132000)

**1984** : une nouvelle carte de résident permet une installation durable, sur tout le territoire national

**1986** : loi Pasqua : l'expulsion des étrangers en situation irrégulière est facilitée

**1993** : deuxième loi Pasqua : limitation du droit d'asile et des conditions de régularisation

**1997** : loi Debré : strict encadrement des régularisations de « sans papiers »

**1998** : loi Chevènement : possibilité de séjour d'un an en cas de liens familiaux ou de graves problèmes de santé. Parallèlement, 80000 régularisations sur critères divers (conjointes et parents de français ou d'étranger en situation régulière, risque de traitements « inhumains ou dégradants » en cas d'expulsion, santé)

**2003** : loi Sarkozy : renforcement de la lutte contre l'immigration clandestine. Loi Villepin : suppression des dispositions de 1998 sur le critère des risques en cas d'expulsion : la loi énumère les « pays sûrs ».

**2005** : remplacement de l'ordonnance de 1945 par le CESEDA : « Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile »

**2006** : deuxième loi Sarkozy : loi sur l'immigration « choisie ». Pendant l'été, 7000 régularisations de sans papiers (parents d'enfants scolarisés)

## Annexe IV : Associations nantaises venant en aide aux femmes migrantes d'Afrique subsaharienne

Ces associations sont locales pour certaines et nationales pour d'autres. Elles ont toutes vocation à venir en aide aux personnes migrantes ou aux professionnels qui les prennent en charge.

### 1. Pour les immigrés en général

**CIMADE** (Comité Inter Mouvement Auprès Des Evacués) : droits des migrants et réfugiés

33 rue Fouré 44000 Nantes

02 51 82 75 66

**ACSE** (Agence National pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances) : mise en œuvre des orientations gouvernementales en matière de politique de la ville, de lutte contre les discriminations et d'égalité des chances

01 40 02 77 01

**FASTI** (Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs Immigrés) : permanence femmes, domiciliation, alphabétisation

24 rue Fouré, 44 000 Nantes

02 40 47 00 22

**AMI Nantes** (Accompagnement Migrants Intégration) : propose aux demandeurs d'asile mais aussi à des personnes en situation irrégulière, du soutien scolaire, de l'alphabétisation, du sport, de l'informatique, des cours de cuisine, du bricolage

AMI, 34 route Sainte-Luce, 44300 Nantes

02 40 77 52 63

**Une famille un toit 44** : aide à l'hébergement

38, avenue Charles Henri de Cossé Brissac, 44540 Saint-Mars-la-Jaille

02 40 97 08 68

**CHRS de Loire-Atlantique** (Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale) : établissements sociaux intervenant dans le domaine de l'accueil, de l'hébergement et de la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation d'exclusion.

Il en existe 22 en Loire-Atlantique : SOS Femmes, Centre Anjorant...

### 2. Pour les femmes migrantes

**AIDA** (Association accueil et Information pour les Demandeurs d'Asile) : domiciliation, suivi social et juridique

12 bis rue Fouré, 44000 Nantes

**SOS Femmes** : écoute, accueil, hébergement des femmes victimes de violences conjugales et familiales

11 rue du Marchix, 44000 Nantes

02 40 12 12 40

**CIDFF Nantes** (Centre National d'Information sur le Droit des Femmes et des Familles) : information juridique

5 rue Maurice Duval, 44000 Nantes

02 40 48 13 83

### 3. Pour la santé

**UGOMPS-CHU** (Unité de Gynécologie et Obstétrique Médico-Psycho-Sociale) : consultations gynécologiques, suivi de grossesse, prise en charge des victimes de violences

7 quai Moncoussu, 44093 Nantes cedex1

02 40 08 30 32

**PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) : accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social

Bat. Le Tourville, 5 rue Yves Bocquien, 44093 - Nantes Cedex 1

02 40 08 42 16

**Médecins Du Monde Nantes** : Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation

33 rue Fouré, 44000 Nantes

02 40 47 36 99

**GAMS** (Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles)

**ASAMLA** (Association Santé Migrants de Loire-Atlantique) : interprétariat, médiation, écoute pour les populations immigrées, prévention et accès aux soins

51 chaussée de la Madeleine, 44000 Nantes

02 40 48 51 99

**PMI** (Protection Maternelle et infantile) : suivi pré et post-natal, accompagnement des femmes en difficulté. Toutes les adresses sont sur le site du Conseil Général

**MFPF** (Mouvement Français pour le Planning Familial) : accueil, information, contraception, IVG, violences sexuelles

16 rue Paul Bellamy, 44000 Nantes

02 40 20 41 51

### 4. Pour les professionnels souhaitant s'informer

**CID** (Centre Interculturel de Documentation) : centre documentaire, formation d'acteurs pour encourager les initiatives associatives dans l'interculturalité, séminaires, conférences et formations spécifiques

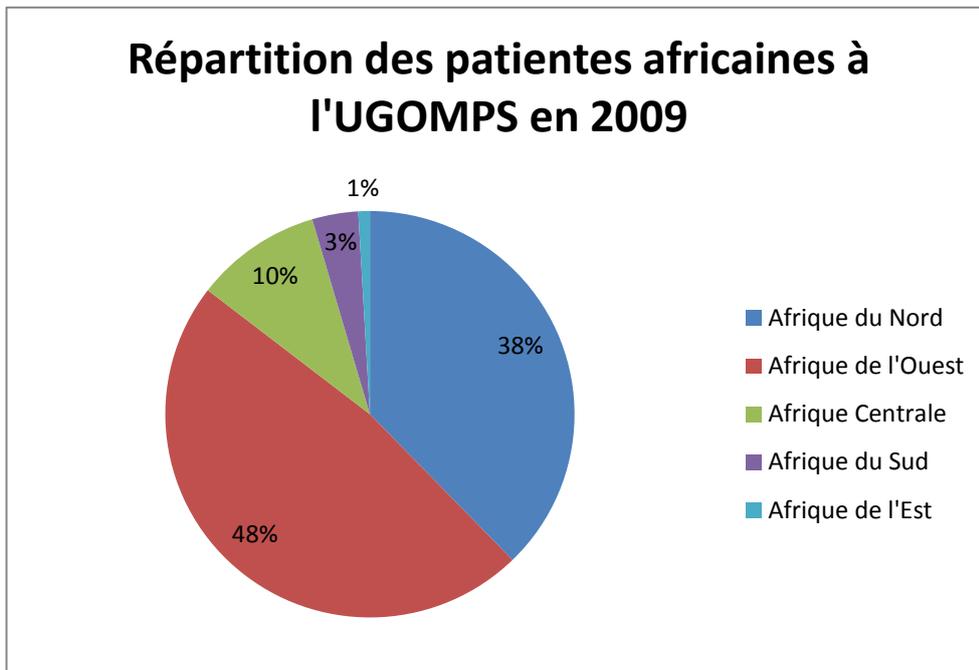
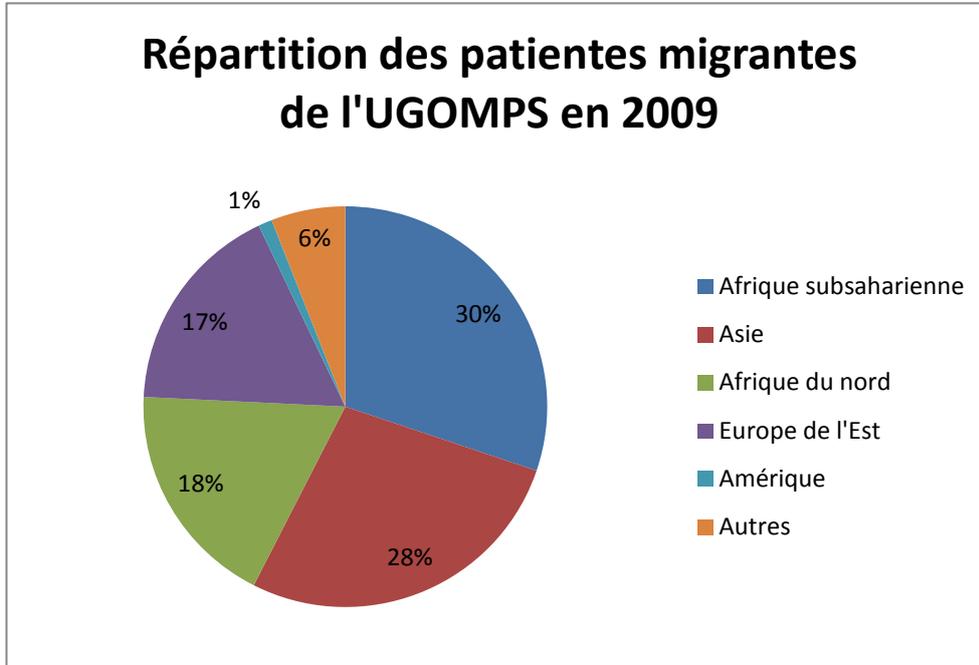
Bat. « Ateliers et chantiers de Nantes », 2bis Bd Léon Bureau, 44200 Nantes

02 40 47 88 36

**GSF** (Gynécologie Sans Frontières) : promouvoir la femme son développement, sa dignité et sa santé dans la société. Organisation d'une formation : Gynécologie Obstétrique Humanitaire.

Faculté de Médecine de Nantes : 1, rue Gaston Veil, 44053 Nantes cedex 1

## Annexe V : Origine des patientes de l'UGOMPS en 2009



Données regroupées par la secrétaire

## **Annexe VI : Recherche des vulnérabilités de la femme migrante d'Afrique subsaharienne**

- Origine géographique
- Contexte de la migration
  - ✓ Date d'arrivée en France
  - ✓ Cause de la migration
  - ✓ Papiers
- Conditions de vie en France
  - ✓ Logement
  - ✓ Ressources financières
  - ✓ Famille
  - ✓ Amis
  - ✓ Premiers enfants
- La grossesse
  - ✓ Parité
  - ✓ Contraception antérieure
  - ✓ Grossesse désirée
  - ✓ Présence du père
- Désirs concernant cette grossesse
  - ✓ PNP
  - ✓ Rituels : tisanes, alimentation
  - ✓ Angoisses particulières
- Accouchement
  - ✓ Accompagnement
  - ✓ APD
- Suites de couches
  - ✓ Allaitement
  - ✓ Pratiques de maternage

### **🔦 CLIGNOTANTS VULNERABILITE**

- ❖ ARRIVEE RECENTE
- ❖ MIGRATION SUBIE
- ❖ PRECARITE
- ❖ ISOLEMENT : ABSENCE DU PERE, FIGURE MATERNANTE
- ❖ PRIMIPARITE
- ❖ GROSSESSE NON DESIREE

## **DES NAISSANCES AUX COULEURS DE L'AFRIQUE**

Quelle communication entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel médical ? Quel vécu de la maternité en terre étrangère ?

En Afrique, toute une symbolique entoure la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Chaque rituel effectué vise à protéger la mère et son futur bébé. Le groupe de femmes tout entier s'unit pour favoriser le déroulement heureux de cette maternité.

Mais lorsque la femme africaine quitte sa terre natale pour un pays occidental, de nombreux bouleversements surviennent. Mettre un enfant au monde en terre étrangère est une épreuve pour ces femmes.

Les objectifs de notre travail sont d'évaluer la qualité de la communication entre les femmes d'Afrique subsaharienne et le personnel soignant des maternités. Grâce à cela, nous pourrions promouvoir l'humanisation des relations à l'hôpital et le vécu positif qui en découle. Ceci dans le but de favoriser l'instauration de liens précoces de qualité entre la mère et son enfant.

### **Mots clefs :**

femme africaine ; vécu ; communication ; sage-femme ; vulnérabilités