



HAL
open science

Regards sur la césarienne : témoignages de femmes originaires d'Afrique subsaharienne

Camille Bras

► **To cite this version:**

Camille Bras. Regards sur la césarienne : témoignages de femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00651482

HAL Id: dumas-00651482

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00651482v1>

Submitted on 13 Dec 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

REGARDS SUR LA CESARIENNE

Témoignages de femmes originaires d'Afrique subsaharienne

**Mémoire présenté par
Mademoiselle Camille BRAS
Née le 18/06/1986**

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2011

REMERCIEMENTS

Je remercie :

Monsieur Yann Benoist, docteur en anthropologie, chargé de cours au département des études de sage-femme de Rouen, pour sa disponibilité, sa patience, ses encouragements, et la richesse de son enseignement,

Madame Hébert, sage-femme enseignante au département des études de sage-femme de Rouen, pour ses conseils précieux, et pour avoir défendu et guider ce travail,

La médiatrice culturelle pour son témoignage enrichissant,

Toutes les femmes qui ont eu une volonté de dialogue permettant cette étude,

Les sages-femmes de PMI sans qui ce travail n'aurait pas été possible,

Ma famille et Raphaël pour leur inestimable soutien.

Sommaire

Introduction	p.1
---------------------------	-----

Revue de la littérature

1^{ère} partie : Les cultures africaines

1. La culture.....	p. 3
1.1.Culture et culturalisme.....	p. 3
1.2.Fonction et importance de la culture pour l'individu.....	p.4
2. Culture et Afrique.....	p.4
2.1.Place des religions au sein des cultures africaines.....	p.4
2.2.L'animisme.....	p.5
2.2.1.Définition.....	p.5
2.2.2.La magie.....	p.5
2.2.3.La mort et la maladie.....	p.5
2.3.La notion de personne en Afrique subsaharienne.....	p.5
2.3.1.L'individu pluriel.....	p.5
2.3.2.Statut d'ancêtre et gérontocratie.....	p.6
2.4.La conception du temps.....	p.6
3. Quelle place pour la femme au sein des cultures africaines ?.....	p.7
3.1.La subordination des femmes.....	p.7
3.2.La fécondité.....	p.8
4. La maternité en Afrique.....	p.8
4.1.Le secret de la grossesse.....	p.8
4.2.Interdits et prescriptions de la grossesse.....	p.9
4.2.1.Fonction des interdits et prescriptions.....	p.9
4.2.2.Sens donné aux interdits et prescriptions.....	p.9
4.2.3.La place du mari.....	p.10
4.2.4.La transgression des interdits.....	p.10
4.3.L'accouchement.....	p.11
4.3.1.Assistance à l'accouchement.....	p.11
4.3.2.La maîtrise de la douleur.....	p.11
4.3.3.Interprétation des complications de l'accouchement.....	p.12
4.4.Les suites de couches.....	p.12
4.4.1.La période de marge.....	p.12
4.4.2.Le statut du nouveau-né.....	p.12

2^{ème} partie : Immigration et maternité en France des immigrées originaires d'Afrique subsaharienne

1. Immigration africaine.....	p.13
1.1.Historique.....	p.13
1.2.Actuellement.....	p.14
2. Immigration et culture.....	p.15
2.1.Impact de la migration sur la culture.....	p.15
2.2.La femme africaine immigrée.....	p.15
3. La maternité des immigrées africaines.....	p.16
3.1.Désir d'enfant en terre d'accueil.....	p.16

3.2.Problèmes rencontrés dans la prise en charge de la maternité à l'hôpital...	p.17
3.3.L'obstétrique appliquée aux femmes d'Afrique subsaharienne.....	p.18
3.3.1.La physiologie du travail.....	p.18
3.3.2.Particularités du fœtus africain.....	p.19
3.3.3.Conséquences sur la pratique obstétricale.....	p.19
3.3.4.Comment expliquer ces taux élevés de césarienne ?.....	p.20
4. Problèmes soulevés par la décision de césarienne chez les patientes originaires d'Afrique subsaharienne.....	p.21
5. Le refus de césarienne.....	p.22
5.1.Les circonstances.....	p.22
5.2.Aspects législatifs.....	p.23
5.3.Aspects éthiques.....	p.24
5.3.1.La culture à l'hôpital.....	p.24
5.3.2.L'ethnocentrisme médical.....	p.24
5.3.3.L'approche interculturelle.....	p.26
Conclusion	p.27

Méthodologie

1. Objectifs de la recherche.....	p.28
2. Choix du type d'enquête.....	p.28
3. Accès à la population.....	p.29
4. Critères de sélection.....	p.30
4.1.Critères d'inclusion.....	p.30
4.2.Critères d'exclusion.....	p.30
5. La réalisation des entretiens.....	p.31
5.1.Durée des entretiens.....	p.31
5.2.Préalable aux entretiens.....	p.31
6. Limites et difficultés de l'étude.....	p.31
7. Grille d'analyse des entretiens.....	p.31
7.1.Profil.....	p.31
7.2.Avant la naissance.....	p.32
7.3.La césarienne.....	p.32
7.4.Le jour de l'entretien.....	p.32

Résultats

1. Profil de la population.....	p.33
2. Les représentations de la césarienne.....	p.33
2.1.La césarienne comme anormalité.....	p.33
2.2.La césarienne comme danger.....	p.33
2.2.1.Un danger pour l'intégrité du corps.....	p.34
2.2.2.Un danger pour la fécondité.....	p.34
2.3.La punition d'une faute commise.....	p.34
2.4.La transmission des représentations.....	p.34
3. Informations relatives à la césarienne délivrées pendant la grossesse.....	p.35
3.1.Par une sage-femme ou un médecin.....	p.35
3.2.Par la préparation à la naissance.....	p.36
4. Déroulement de la césarienne.....	p.36

4.1.L'annonce des césariennes.....	p.36
4.1.1.Les primipares.....	p.37
4.1.2.Les multipares.....	p.38
4.2.Le ressenti.....	p.40
5. Impact de la césarienne.....	p.42
5.1.Relation à l'enfant.....	p.42
5.2.Relation au conjoint.....	p.42
5.3.Relation à l'entourage.....	p.43
6. Qu'est-ce qui leur a permis d'accepter la césarienne ?.....	p.44
7. Si c'était à refaire ?	p.45
8. Le rapport au corps médical.....	p.45
8.1.La confiance.....	p.45
8.2.La méfiance.....	p.45
8.3.Qualité de la relation.....	p.46
8.4.Les refus de césarienne.....	p.46

Discussion

1. Les représentations de la césarienne.....	p.47
2. La pression de l'entourage.....	p.48
3. L'influence du degré d'acculturation dans le vécu de la césarienne.....	p.49
3.1.La première génération d'immigration.....	p.50
3.2.La deuxième génération d'immigration.....	p.50
4. Le rôle d'une préparation psychique à la césarienne.....	p.52
5. L'information aux patientes.....	p.53
6. Alternative.....	p.54
7. Comment améliorer ce vécu.....	p.56
8. Le respect de la physiologie.....	p.57

Conclusion.....p. 59

Bibliographie

Annexes

Introduction

Depuis vingt ans, la césarienne est une pratique en forte progression dans les pays occidentaux. Aujourd'hui, en France, une femme sur cinq accouche par voie haute. Même si elle n'est pas toujours bien vécue, car souvent en rupture avec le projet de naissance qu'élabore les femmes pendant la grossesse, les patientes occidentales ont pu se familiariser avec l'intervention.

Alors qu'en 1994 l'OMS recommandait des taux de césariennes supérieurs à 5%, dans 25 pays d'Afrique subsaharienne, ils étaient encore inférieurs en 2006. (60) Ce faible recours tient aux manques de moyens et de structures sanitaires. La césarienne, rarement accessible, intervient majoritairement dans des situations critiques, en dernier recours, pour sauvetage maternel. Les conditions souvent précaires de réalisation de l'intervention en font une opération à haut risque, et l'associe à un fort taux de morbidité et de mortalité maternel et fœtal. (23) Les patientes immigrées d'Afrique noire emportent donc avec elles des souvenirs tragiques de césariennes.

La culture et la spiritualité de ces femmes codifient de façon précise la grossesse et l'accouchement. La prise en charge très technique qui est proposée en France peut alors entrer en concurrence avec les pratiques et représentations en cours dans le pays d'origine. (2) Dans l'esprit de certaines femmes, la naissance est soumise aux volontés de divinités ou d'ancêtres. Dans ce contexte, comment peut-on pratiquer la césarienne sans offenser leurs croyances ? La littérature souligne les problèmes liés aux refus de césarienne: dans les régions à forte densité de population originaire d'Afrique subsaharienne, on observe fréquemment des conflits entre soignants, patientes, et conjoints. Nos nombreux stages en maternité nous ont permis d'être confrontés à cette rupture entre connaissances scientifiques et préoccupations humaines. La composante fondamentale d'accompagnement des patientes qui caractérise la profession de sage-femme nous soumet à la réflexion.

Par le biais de la revue de littérature, nous avons tenté de retracer le chemin parcouru par nos patientes depuis le continent africain, jusque dans nos maternités. Nous proposons d'abord une ébauche de l'immense diversité culturelle qu'abrite l'Afrique subsaharienne. Nous abordons ensuite la question de la culture en situation de migration, et de son influence sur le projet de grossesse jusqu'à l'accouchement. Nous revisitons la pratique de l'obstétrique appliquée aux patientes africaines. Enfin, nous évoquons la problématique de la césarienne, de son refus, et les modèles de relations soignants-soignés qui se jouent dans ces situations.

Pour tenter de mieux comprendre les implications psychologiques de la césarienne dans la vie de ces femmes, nous avons choisi d'enquêter auprès des premières concernées : les patientes immigrées d'Afrique subsaharienne. Nous avons réalisé une étude qualitative du vécu de la césarienne, à partir d'entretiens semi-dirigés, menés auprès de sept femmes issues de l'immigration subsaharienne de première et deuxième génération, césarisées en 2009 ou 2010 en France. Pour compléter notre enquête, nous avons rencontré une médiatrice culturelle originaire du Sénégal qui a, de nombreuses fois, été sollicitée pour des refus de césarienne, et nous a conté sa riche expérience.

L'objectif de cette étude était de proposer des pistes pour accompagner ces femmes confrontées à la césarienne, sur le plan psychologique, dans le respect de leur culture.

Revue de la littérature

1^{ère} partie : Les cultures africaines

Le continent africain est caractérisé par une très importante diversité culturelle. Mais au-delà des différences, des traits communs à l'ensemble des cultures de la région sont repérables. Ainsi, la maternité est, en Afrique subsaharienne, généralement accompagnée de croyances et de rites relatifs au domaine magico-religieux. Certes, le recours à ces rites, ainsi que leurs formes dépendent du milieu dont est issue la femme. Mais en Afrique plus qu'ailleurs, la situation économique et sanitaire accentue la dimension incertaine et ambivalente de la maternité. Son caractère insaisissable, son association à la mort, à la pathologie, et la peur que suscite l'incertitude, expliquent l'importance des rituels qui rythment tout son processus. La vie des femmes africaines

est en fait, dès leur naissance, conditionnée par la maternité. La migration n'éteint pas les croyances, et la pratique de certaines coutumes persiste dans le pays d'accueil. Mais, en préambule, il semble opportun d'examiner la notion de culture tant elle est délicate à manier, et la manière dont elle se décline sur le mode du genre : culture et femmes africaines.

La culture

Culture et culturalisme

Au XIX^{ème} siècle, E. B. Tylor a défini la culture au comme « un tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société ». (5) L'école culturaliste qui voit le jour au milieu du XX^{ème} siècle va faire émerger la notion de *pattern* culturel, c'est-à-dire de « personnalité de base » à partir de laquelle se développent les traits de caractères. Ce courant a pu remettre en cause la thèse évolutionniste, ainsi que ses préjugés sur « l'inégalité des races humaines ». Mais il a connu de fortes controverses dans la mesure où, figeant l'individu comme déterminé par ses *patterns*, il faisait de la culture un système unifié d'attitudes stéréotypées auxquelles les hommes se conformaient et qu'ils se transmettaient sans grand changement d'une génération à l'autre. (5) Le culturalisme a omis de considérer la temporalité et les marges de manœuvre dont dispose l'individu dans son cadre culturel pour le modifier sensiblement. (5, 6, 15) Il convient donc d'éviter ce déterminisme culturel, et considérer la culture comme un élément dynamique. La migration est un des facteurs de remaniement culturel. Aussi, les soignants doivent considérer cette dimension dynamique des référents culturels, et ne pas enfermer les patientes dans des stéréotypes.

Fonction et importance de la culture pour l'individu (6, 64)

La fonction première de la culture est de renforcer la cohésion du groupe en conférant une légitimité aux relations sociales. (5, 15) Elle permet l'intégration des individus dans un groupe. La société confère à l'individu une forme de sécurité impliquant le respect de ses valeurs et de ses normes. Mais la culture est aussi source de distinction, et de conflits. Un groupe social dominant souhaite, bien entendu, maintenir un rapport de force qui lui est favorable. La culture n'est donc pas uniquement un héritage social, c'est également selon P. Bourdieu, un capital que chaque groupe essaye de valoriser. (15) Dans l'immigration, les contacts avec la culture du pays d'accueil agissent sur celle du migrant par deux mouvements : celui de conservation et celui

d' « assimilation ». (5) Le premier consiste à rejeter la culture du pays d'immigration, l'autre à l'abandon de sa culture d'origine, l'individu migrant empruntant à la fois ces deux processus pour finalement créer une culture nouvelle. A partir de quel héritage culturel le migrant façonne-t-il cette nouvelle culture ?

Culture et Afrique

Place des religions au sein des cultures africaines

Selon A. Mbembe : « le champ religieux en Afrique représente un horizon inéliminable et donc incontournable dans l'analyse et la compréhension des sociétés actuelles. » (90) Or, le paysage religieux africain est très complexe. (90, Annexe I)

Le Christianisme et l'Islam ont considérablement « conquis » l'Afrique noire, et ont provoqué des réactions différentes selon les régions : acception, refus, juxtaposition, intégration, réinterprétation, jusqu'à aboutir, avec l'animisme, à de véritables syncrétismes religieux. (38)

L'animisme, dans une conception culturaliste, a été considéré comme étant le fond traditionnel constituant l'héritage commun de l'Afrique noire. Ces interprétations figeaient ainsi les sociétés africaines dans une tradition éternelle et immuable, alors que de nombreuses études ont pu évaluer le caractère mouvant de ces religions dites « traditionnelles ». (38) Cependant, aussi imprécis que peuvent être les contours de la notion d'animisme, il est impossible de ne pas l'intégrer dans le champ de l'étude tant il est impliqué dans les cosmogonies et théologies qu'abrite le continent africain, (11) et prégnant dans les croyances et coutumes relatives à la maternité. Ce dernier peut donc apporter des éléments explicatifs de certains comportements.

L'animisme

Définition

E. B. Tylor a défini l'animisme comme : « ... un système intellectuel qui permet de concevoir le monde comme un vaste ensemble. » Toujours selon E. B. Tylor : « Il comporte aussi un système d'indications relatives à la manière dont on doit se comporter pour dominer les esprits des hommes, des animaux ou des choses... » Il ressort de ces considérations que l'animisme constitue un ensemble cohérent de croyances qui conditionnent l'existence de l'Homme. Dans cette conception, toute existence matérielle ou immatérielle est animée d'une force vitale. La magie tente de la maîtriser. (11)

La magie

La magie intervient dans la vie quotidienne et maints évènements expliqués scientifiquement bénéficient d'une réinterprétation selon la logique animiste. (75) Ainsi, la médecine occidentale et celle des marabouts coexistent en Afrique, le recours à l'un n'empêchant pas la pratique de l'autre. De nombreux africains ont foi en la médecine traditionnelle, et plutôt que d'en priver l'accès, la conjuguer à la médecine moderne ne est une voie pour offrir une plus grande observance des soins. Aussi, les autorités sanitaires commencent à chercher à les potentialiser plutôt que de les affronter. (18)

La mort et la maladie (11, 86)

De la conception animiste des forces invisibles qui animent tout ce qui existe, va découler les conceptions de maladie et de mort. A moins qu'il s'agisse d'un vieillard qui a accompli son cycle et qui, par la mort, gagne le statut enviable d'ancêtre, la mort est considérée comme provoquée. Le mauvais-œil, l'envoûtement, sont incriminés, même si la mort peut très bien s'expliquer par une maladie ou un accident. Ces interprétations sont appliquées également aux pathologies intervenant pendant la grossesse.

Quelle place occupe l'individu au sein de l'animisme ?

La notion de personne en Afrique subsaharienne

L'individu pluriel

L'individu s'inscrit dans un double réseau. Le premier horizontal, le soude aux membres vivants de sa famille et de son lignage. Le second est vertical et l'intègre dans sa lignée d'ancêtres morts, elle-même intégrée dans un continuum qui va jusqu'aux Dieux. L'individu fait partie d'un tout et ce tout, fait partie de lui. (11) Devant ce primat du collectif sur l'individu, ce dernier n'a que peu de valeur, sans les autres. L'individu est considéré comme pluriel, notamment constitué d'une force vitale, qu'il a reçu de ses ancêtres, et qu'il transmet à sa descendance. Selon B. Mabe, « Une partie de Moi participe de l'Autre et de l'Ailleurs ». (51) Il est dès lors facile d'envisager qu'une femme enceinte est soumise aux décisions de l'ensemble du groupe, l'enfant pérennisant l'existence de ce dernier. Notons également que le père n'a pas nécessairement beaucoup plus de pouvoir. Il convient en effet de considérer la diversité des modèles matrimoniaux. Certaines populations fonctionnent sur un modèle matrilineaire. Le géniteur y est peu impliqué dans l'éducation de ses enfants, la figure sociale du père étant représentée par les frères de la mère.

Statut d'ancêtre et gérontocratie

Après sa mort, le vieillard dont la mémoire peut être honorée par une descendance bénéficie du statut d'ancêtre. La mort est un rite de passage, le prix à payer

pour accéder à un statut supérieur. Ces ancêtres peuvent se manifester dans le monde des vivants, par les rêves, par la réincarnation notamment dans l'enfant qui vient de naître et à qui on transmet son nom. (2, 11) Souvent considéré comme un modèle indépassable qui dicte les comportements des générations ultérieures, l'ancêtre est le gardien invisible de la tradition. Les plus aptes à communiquer avec les ancêtres sont ceux qui en sont le plus proches dans le temps, donc les vieillards. Il en résulte logiquement une forte gérontocratie dans les milieux ruraux africains. (86) Dans les croyances animistes, il n'existe ni Jugement Dernier, ni Paradis. Les africains prolongent la vie sur terre près des leurs. En quelque sorte, il n'existe plus de mort ni de naissance, mais des migrations perpétuelles entre ces deux états. (11) Le lien qui unit l'enfant et l'ancêtre destitue la femme de sa liberté quant aux décisions relatives à sa grossesse.

Cette continuité de la vie sur terre après la mort influence l'appréhension du temps.

La conception du temps

Dans de nombreuses situations sociales, le temps est élastique à souhait, le plus important étant d'achever ce qu'on a entrepris de faire. (86) Le respect d'horaires stricts n'est pas une valeur enseignée. (73) Par ailleurs, les notions de risque et d'urgence qui nous intéressent en médecine sont des conceptions très relatives qui peuvent être difficiles à appréhender pour certaines de ces populations. La césarienne intervenant souvent dans des contextes d'urgence, peut susciter des incompréhensions.

Il convient à présent de s'interroger sur la situation de la femme, garante de la perpétuation du groupe, au sein d'une société où la collectivité prime sur l'individu.

Quelle place pour la femme au sein des cultures africaines ?

Le statut de la femme en Afrique subsaharienne dépend des milieux, des régions, des religions, et des traditions. Toutefois, là encore, il est possible d'observer des invariants.

La subordination des femmes

En milieu rural surtout, les femmes africaines ploient sous le travail agricole, les tâches ménagères, auxquelles s'ajoutent les maternités rapprochées. Dans les régimes polygames, qui assurent une reproduction abondante, les femmes sont aliénées par la rivalité. Lorsqu'elle est stérile, la femme ne participe plus au destin du groupe, et peut être reléguée au banc de la société. Lorsqu'elle est féconde, son objectif est de placer

ses enfants dans les faveurs du père. Et plus tard, si ses fils aînés lui procurent une « sécurité sociale », il n'en demeure pas moins qu'elle est sous leur autorité. La plus grande de ses qualités doit être la docilité. (11, 51, 73, 75, 86) Comment expliquer cette subordination sociale persistante de la femme ?

La faiblesse physique ne peut être incriminée, les femmes africaines sont fortes. Elles assurent chaque jour des tâches lourdes : le port de charges énormes, le travail aux champs, les corvées d'eau, etc. Elles sont en réalité le pilier de l'économie domestique rurale, les hommes n'ayant souvent qu'un rôle secondaire. (11)

Mais ce particularisme doit être nuancé, la subordination de la femme étant un trait culturel commun à tous les continents. Françoise Héritier souligne que les hommes, ne disposant naturellement pas du pouvoir d'enfanter, ne peuvent être sûrs d'avoir une descendance. Ce n'est finalement qu'en contrôlant les femmes qu'ils peuvent s'assurer de la pérennité de leur groupe de parenté, du système de parenté dans son ensemble et donc du groupe social. Il s'agit d'inscrire les enfants dans une paternité sociale à défaut de pouvoir les inscrire dans une paternité biologique avérée. Ceux qui n'ont pas le pouvoir biologique ont dû prendre le pouvoir politique. (10)

En Afrique, l'éducation traditionnelle qui exclut les hommes des affaires des femmes, renforce le caractère mystérieux du sexe féminin et entretient une conception ambivalente de la femme. Plutôt que sa faiblesse, c'est sa force qui est redoutée. Elle la constitue en un élément dangereux qu'il convient de maîtriser. L'excision est d'ailleurs souvent un symbole de cette domination de l'homme sur la femme. (11)

L'influence du monde occidental, qui s'exerce notamment par l'intermédiaire des médias, change progressivement les mentalités des jeunes femmes. Longtemps aliénées par un système auquel elles contribuaient, les femmes peuvent à présent comprendre que le pouvoir économique leur garantit une relative autonomie.

La femme étant garante de la survie du groupe, la fécondité occupe une place prépondérante dans sa vie.

La fécondité

Preuve de la féminité de la femme, de la virilité de l'homme, la fécondité constitue une composante essentielle de la vie des Africaines. En effet, le statut social est proportionnel au nombre d'enfants qu'elles ont été capables de mettre au monde. La descendance leur procure un statut au sein de la société. (2, 11, 13, 46, 51)

Dans les croyances animistes des populations d'Afrique subsaharienne, l'enfant est considéré comme étant la réincarnation d'un de ses ancêtres. La fécondation participe au principe d'immortalité des ancêtres. La fécondité assure par conséquent la

pérennité des anciens, leur vie éternelle. La fertilité du couple est donc une exigence cosmique. Elle est favorisée par des rites qui interviennent dès l'enfance. Cette conception est très certainement alimentée par le fait que la mortalité infantile en Afrique subsaharienne soit la plus élevée au monde. (96) Une forte natalité devient alors une exigence sociale permettant la survie du groupe.

La maternité en Afrique

Le secret de la grossesse

Il pourrait paraître contradictoire que dans une société où la maternité est glorifiée, source de richesse, la femme ne se réjouisse pas de son état de grossesse. C'est pourtant, selon L. Bartoli, une constante en Afrique noire. (2)

En effet, lorsque la femme est enceinte, elle perd ses limites individuelles, elle s'ouvre au monde invisible permettant à l'ancêtre sa réincarnation dans l'enfant à venir. Elle est l'intermédiaire entre deux mondes, et est alors vulnérable à l'égard de forces surnaturelles, qu'elles soient bénéfiques ou maléfiques. Ces forces sont capables, selon les croyances, d'influer sur la grossesse, de la gêner, provoquant des fausses couches, des malformations... La grossesse est un état qu'il faut dissimuler le plus longtemps possible, afin de ne pas anticiper la volonté divine, ne pas mécontenter l'ancêtre qui peut choisir de se retirer, ou encore ne pas attiser l'envie de personnes mal intentionnées qui pourraient utiliser la sorcellerie dans l'idée de nuire. (2, 22, 46, 51) Le mari n'est généralement pas inclus dans la confidence. C'est souvent une femme expérimentée de la famille qui partage le secret de la grossesse et prodigue à la femme enceinte ses conseils. Ce secret bien gardé tient aussi à la peur de la honte. Si une fausse-couche survenait, elle serait blessée dans son amour-propre. Par ailleurs, dans certaines sociétés, ce comportement s'explique également par la pudeur des femmes. L'état de grossesse signe l'acte sexuel, un sujet relativement tabou dans des populations où l'éducation sexuelle des jeunes filles est souvent pauvre. La grossesse étant également synonyme de soumission à l'égard du mari dans les sociétés patrilineaires, son annonce est l'occasion pour les femmes de la famille du futur père de rappeler à la parturiente que sa progéniture appartient au lignage paternel. (75) Cela accroît encore pour la femme l'ambivalence de ses sentiments à l'égard de sa grossesse.

La vulnérabilité de la femme vis-à-vis des forces invisibles implique une grande vigilance destinée à ne pas les mécontenter, instituée par une codification des comportements de la communauté toute entière.

Interdits et prescriptions de la grossesse

Fonction des interdits et prescriptions

Les interdits et prescriptions sont toujours destinés à protéger la grossesse, et ne sont pas observés par la femme seule. En effet, c'est toute la communauté qui est concernée. Cela confirme la valeur sociale de la maternité, qui s'inscrit dans une conception de la vie partagée par l'ensemble des individus. C'est le groupe entier qui attend l'enfant et le met sous sa protection. (2,13, 46, 51) Il met tout en œuvre pour que l'enfant soit exempt de toute tare, et que la grossesse soit menée à bien. Plus qu'une valeur prophylactique, les rites de la grossesse ont une fonction symbolique destinée à éloigner le « mal ». (13) Les interdits intéressent surtout le deuxième trimestre de la grossesse.

Sens donné aux interdits et prescriptions

Enumérer ces interdits et prescriptions serait vain tant ils sont nombreux et variables d'une population à l'autre. Ce qui est constant c'est qu'ils opèrent par un rapport analogique ou métaphorique. La femme est essentiellement soumise à des interdits alimentaires et comportementaux. L'idée essentielle est que l'enfant pourrait hériter des caractéristiques physiques et biologiques de l'aliment ingéré, ou encore de ses propriétés surnaturelles. Ces interdits sont relatifs à la quête d'esthétique, et renseignent sur un code implicite du bel enfant, propre à chaque société. (13) Les femmes continuent leurs activités physiques habituelles, souvent rude dans les milieux ruraux, pour entretenir une force dont elles auront besoin pour l'accouchement. Cependant, elles prennent garde ce faisant, à ne pas effectuer certains gestes s'apparentant à la fermeture, au nœud, et par extension à la strangulation. Elles conjurent de la sorte un travail de l'accouchement laborieux, ou des circulaires du cordon ombilical responsables d'hypoxie fœtale. La notion de contamination est très présente. Ainsi, la femme enceinte ne doit pas côtoyer la mort ou une femme récemment accouchée. (2,73)

D'un point de vue extérieur, le mari semble exclu de tout ce qui touche à la maternité, jusqu'au sevrage de l'enfant.

La place du mari

Le mari n'est pas dans la confidence du secret de la grossesse. Il est tenu à l'écart lors de l'accouchement... En réalité, il est extrêmement impliqué et mobilisé dans la vie de l'enfant, dès la fécondation. En témoigne une étude menée sur la population Nzebi du sud-Gabon, qui fait apparaître une véritable pratique de couvade paternelle. (13) La triade mère-père-enfant opère une symbiose dans laquelle rien ne peut être introduit sans danger. Le mari est lui aussi soumis à des interdits et

prescriptions. Il convient que l'entente du couple soit harmonieuse et que le mari réponde à toutes les fameuses envies de grossesse de la femme. Elle doit être préservée de toute dispute. La place des rapports sexuels pendant la grossesse et l'allaitement détermine les rôles respectifs de l'enfant et du père, miroir de cette relation triple à laquelle se mêle le tabou de l'inceste. De façon assez générale, les relations extraconjugales sont jugées néfastes pour la grossesse, qu'elles viennent du père ou de la mère. Le fait de conserver des rapports sexuels pendant la grossesse est très variable d'une population à l'autre (2)

Les hommes sont le plus souvent tenus à distance de l'accouchement, leur présence étant considérée comme néfaste. Enfreindre cette règle ferait courir des risques de complications à la femme. Mais certaines exceptions existent. Parmi elles, un tiers des hommes Bassaris du Sénégal oriental assistent à l'accouchement de leur femme, et coupent le cordon ombilical. (2).

La transgression des interdits

Les complications de la grossesse sont interprétées comme étant la conséquence de la transgression d'un interdit. Cette dernière peut être le fait de la femme ou de l'entourage. Elle peut être consciente ou involontaire. Quoi qu'il en soit, l'ordre des choses a été bouleversé. C'est souvent un ancien, un devin, un détenteur du culte, qui est chargé d'élucider la faute qui a été commise afin de proposer des rites réparateurs. Le recours à un devin peut être très coûteux pour le couple. Lorsqu'une complication voit le jour, le premier réflexe de la femme est de la cacher, car elle peut être suspectée d'en être la cause. Elle ne recourt donc à des soins traditionnels ou hospitaliers que tardivement. (13) Cela peut créer des incompatibilités avec la prise en charge proposée en France, basée sur des notions de risques et de prévention.

L'accouchement

Bien évidemment, l'accouchement, moment d'extrême vulnérabilité où la femme s'en remet aux forces invisibles, à Dieu, au destin, est propice aux rites de protection. Son déroulement est profondément codifié. Le mari, même s'il n'est pas présent auprès de sa femme, se plie de son côté aux rites destinés à favoriser son issue. Parmi ces codes culturels, l'assistance à l'accouchement et la maîtrise de la douleur, ainsi que l'interprétation faite des complications sont relativement constantes.

Assistance à l'accouchement

Dans toutes les régions du monde, l'accouchement a été bien longtemps une affaire exclusivement de femmes. (2, 22, 26, 29, 46, 51) Si dans les pays industrialisés, les hommes se sont relativement imposés en matière de médecine moderne, l'accès à

celle-ci reste très pauvre dans les pays d'Afrique noire. Aussi, peut-être plus encore qu'ailleurs, la norme en matière d'accouchement est l'exclusivité féminine. Il existe quelques exceptions. Par exemple, chez les Bassaris du Sénégal, très rarement, un homme peut être désigné comme accoucheur (2). Ces cas mis à part, en Afrique noire, l'assistance est toujours composée de femmes, le plus souvent expérimentées. (2, 46, 51, 73) Elles font généralement partie de la famille, sinon ce sont des sages-femmes traditionnelles ayant bénéficié d'une initiation qui sont présentes. Les structures hospitalières suscitent toujours une certaine méfiance, notamment parce que les sages-femmes sont parfois accusées de maltraitance envers les patientes, et que le carcan protecteur que représente les rites relatifs à l'accouchement ne sont plus applicables. (73) Par ailleurs, elles ne sont souvent guères accessibles, tant sur le plan géographique qu'économique. C'est pourquoi la plupart des femmes accouchent au village, parfois même en brousse. (2, 22, 73)

Si dans la plupart des populations, une présence féminine est la règle pour que l'accouchement se déroule dans de bonnes conditions, la moitié des femmes bassaris du Sénégal accouchent seules. Il en est de même pour les Baribas du Bénin, qui reçoivent pendant la grossesse un enseignement relatif aux gestes à effectuer pour la naissance, et aux remèdes à préparer pour que la délivrance se fasse rapidement. (2)

La maîtrise de la douleur

L'expression de la douleur est profondément culturelle. En Afrique noire, l'accouchement est considéré comme un combat face à la souffrance et la mort. Verser une larme, exprimer sa douleur pendant l'accouchement peut être un véritable déshonneur. Un courage exemplaire est requis, comme dans toutes les situations de grande fragilité et de vulnérabilité, lors des rites de passage. (2, 22, 46, 51) Chez les Diolas, la femme est menacée d'injures et brimades si elle exprime sa douleur. (2) Le premier accouchement est déterminant et constitue son admission totale dans la vie sociale du village. Une autre interprétation explique ce phénomène, en accord avec tous les interdits et prescriptions de la grossesse : le silence protégerait la mère des mauvais esprits qui pourraient être attirés par ses cris. (2, 46, 51) Enfin, l'enfant né dans le silence hériterait du courage de sa mère. (2) La césarienne peut empêcher cette traditionnelle confrontation à la douleur et peut entraver le passage de ce rite.

Interprétation des complications de l'accouchement

Interprétée selon une logique animiste, une obstruction du travail peut être assimilée à la transgression d'un interdit. Ainsi, certaines traditions obligent la femme à confesser ses fautes lorsque l'accouchement se complique. (2)

Les suites de couches

La période de marge

Le couple mère-enfant connaît, après la naissance, un temps de réclusion qui, selon les coutumes, peut aller de quelques jours à plusieurs mois. (2, 22, 46, 51) Caractéristique des rites initiatiques, cette période de marge s'explique notamment par l'idée que le sang de l'accouchement est impur, le retour à la norme implique des rites de purification. (2, 22, 46, 51) La femme et son nouveau-né sont complètement pris en charge par des femmes du village qui leur procurent des soins particuliers. L'évacuation des lochies est surveillée et favorisée par des boissons chaudes. Des plats spécifiques sont proposés à la mère afin de restituer ses forces, ainsi que des massages à souhait. (2, 46, 51) Elle ne se consacre qu'à son enfant, son allaitement, et l'instauration d'une relation symbiotique entre eux. La rupture entre la vie intra-utérine et le monde extérieur n'est ainsi pas immédiate. Cette union fusionnelle, où la corporalité est exacerbée, protège l'enfant dans ses premiers mois de vie.

Le statut du nouveau-né

Le fœtus, puis le nouveau-né représentent un pont entre le monde des vivants et des morts. Réincarnations d'un ancêtre qui n'est pas nécessairement décidé à rester, l'enfant oscille entre ces deux états. Il n'est alors pas considéré comme une personne et n'a pas d'existence sociale. Une appellation provisoire renforce cette notion. Il bénéficie parfois même de noms dépréciatifs, destinés à tromper la mort. Cette croyance peut être vue comme un moyen de se protéger face à une mortalité néonatale extrêmement élevée. (17, 46, 48, 51) Mais lorsque cette conception est confrontée à la possibilité de sauver l'enfant par la césarienne, elle peut avoir pour conséquence un refus, afin de respecter l'ancêtre qui a choisit de ne pas rester.

Il est impossible d'ériger une liste exhaustive des rites et croyances relatifs à la grossesse et l'accouchement étant donné la multiplicité des aires culturelles que regroupe l'Afrique noire. Chaque société, chaque clan, voire chaque famille propose son schéma explicatif. L'élément fondamental qui en ressort, est la composante sociale des prescriptions qui, respectées par l'ensemble de la communauté, tend à instaurer une atmosphère sécurisante autour de la maternité. Cette extrême diversité culturelle rappelle l'hétérogénéité de l'Afrique noire, continent en pleine mutation, qui tente de composer avec tradition africaine et occidentalisation.

2^{ème} partie : Immigration et maternité en France des femmes originaires d'Afrique subsaharienne

Du pays d'origine à l'accouchement dans les maternités françaises, les immigrées africaines connaissent des parcours de vie souvent sinueux et marqués d'ambivalence.

Immigration africaine

Historique (26, 50, 68, 73, 75)

L'immigration noire africaine s'est faite en trois vagues successives.

La première s'étend de l'entre-deux guerre aux années 1960. Il s'agissait d'un petit nombre d'individus, embauchés sur des navires marchands et qui ont pu s'installer dans les grandes villes portuaires de France, dont Rouen et le Havre faisaient partie. Cette migration provenait essentiellement de deux régions d'Afrique : le bassin du fleuve Sénégal (Sénégal, Mali, Mauritanie) comprenant des Soninkés et des Toucouleurs, la Casamance peuplée par les Diolas et Manjak. Ces populations avaient des modes de vie très différents. Les originaires de la Casamance étaient généralement monogames ce qui a favorisé le regroupement familial. Le rôle économique et la relative liberté individuelle de la femme, lui ont permis de s'insérer dans le monde du travail. Les originaires de la vallée du Sénégal avaient une organisation beaucoup plus communautaire et étaient plus fréquemment polygames. Ils ont préféré le regroupement entre personnes issues du même village en foyer. Cette vague d'immigration a constitué une main-d'œuvre non qualifiée. (21)

La deuxième vague d'immigration, de 1960 à 1975, a été essentiellement un phénomène d'amplification des migrations issues de la vallée du fleuve Sénégal. (21)

A la fin des années 1970 commence une immigration beaucoup plus hétérogène, avec trois grandes catégories : les étudiants dont le retour au pays n'est pas systématique, les demandeurs d'asile, et le regroupement familial. Cette dernière catégorie a vraiment pris de l'ampleur à partir de 1976 dans le milieu des travailleurs. (21) La présence de foyers polygames et d'enfants confiées par des familles alliées restées au village a posé de nombreux problèmes administratifs et juridiques. (36)

Actuellement (26, 36, 50, 68)

L'immigration venant d'Afrique subsaharienne vers la France est certes en forte progression : multiplié par 27 entre 1962 et 2004. Elle reste cependant minoritaire par rapport aux autres provenances : 12% de l'immigration totale en 2004. En généralisant, il est possible de décrire trois modèles familiaux des populations originaires d'Afrique subsaharienne : (21)

Un modèle patri-lignager qui comprend surtout les familles d'origine sahélienne. Elles entretiennent un lien étroit avec le pays d'origine. Elles ont une organisation fortement hiérarchisée sur le principe de la séniorité. L'homme a souvent un pouvoir décisionnel exclusif. Les femmes, récemment arrivées, n'ont pour beaucoup pas connu de scolarisation. Si la polygamie est depuis 1993 interdite en France, elle continue à être pratiquée de façon officieuse. Ce phénomène n'en est que plus difficile à évaluer, et place les femmes dans des situations de précarité sociale importante.

Un modèle matri-lignager, plutôt issu de Côte d'Ivoire, du Bénin, du Ghana. Une forte proportion de foyers monoparentaux caractérise ces familles. L'investissement du père est peu fréquent car traditionnellement ce sont les frères et oncles de la femme qui l'assistent dans l'éducation des enfants. La mère détient une autorité importante, mais son isolement en situation de migration la rend vulnérable tant sur le plan économique que psychologique.

Certaines familles tendent à s'apparenter au modèle binaire que connaissent les sociétés occidentales, avec une répartition plus égalitaire des tâches entre l'homme et la femme. Cela concerne surtout les Diolas et Manjak du Sénégal et de Guinée-Bissau. C'est parfois le prolongement d'un processus entamé au pays d'origine, ou l'effet du contact avec la société d'accueil. La femme, première bénéficiaire de ce changement de mentalité en est souvent le moteur. Très active, elle est médiatrice entre sa famille et les structures du pays d'immigration.

L'immigration d'Afrique noire, à l'image du continent, est très hétérogène. Il n'existe alors pas un profil de femmes immigrées d'Afrique noire, mais une diversité importante de caractéristiques culturelles et sociales qui est difficile à mesurer. En effet, les parcours relatifs à la migration, les milieux, les aires culturelles d'origine, engendrent des personnalités toutes singulières.

Immigration et culture

Impact de la migration sur la culture (6, 16, 65, 66, 70)

L'immigration opère chez les migrants, ainsi que dans la société d'accueil, des restructurations culturelles dépendantes notamment de rapports de domination entre les deux populations. L'immigration entraîne une nouvelle mise en perspective de l'identité. Les réponses à des situations de changements culturels sont diverses. Elles empruntent des logiques qui sont soit de l'ordre de la rationalité, soit de l'ordre des bénéfices psychologiques, ou de la défense réactionnelle. L'adaptation d'un individu à un nouvel environnement peut emprunter divers chemins menant à l'« assimilation », à

l'« intégration » ou encore à la « marginalisation ». L'expérience migratoire conditionne ce processus acculturatif, selon qu'elle est nécessaire ou volontaire, temporaire ou définitive. Le rejet d'un apport culturel venant du dominant peut permettre de conserver une identité culturelle menacée. Les modalités d'accueil du pays d'immigration, la politique d'immigration, les critères d'admissibilité vont également l'influencer. En quelque sorte, les comportements des immigrants dépendent aussi des possibilités laissées par la société d'accueil, de la manière dont celle-ci considère l'immigration.

Le chemin psychologique de la migration est donc marqué d'ambivalence. Si la région d'où est issu l'immigré fait l'objet de représentations et de stéréotypes dévalorisants, comment se plier aux règles de la société d'accueil, comment abandonner certains aspects de sa propre culture sans légitimer cette dévalorisation? La migration peut mettre en péril l'unité de l'individu et de sa communauté. Le conflit interculturel va être particulièrement palpable au sein d'institutions où la personne immigrée est confrontée aux règles de la société d'accueil. Les structures sanitaires sont en première ligne. Proposant une potentielle amélioration des conditions de vie, elles peuvent cependant être en contradiction avec les conceptions traditionnelles du recours au soin, et à ce titre rejetées.

La femme africaine immigrée (26, 68)

La migration peut représenter pour les femmes un moyen de s'élever pour revendiquer un statut plus égalitaire par rapport aux hommes. Leur voix s'élèvent avec force, notamment au sein d'associations, contre la polygamie, l'excision, les violences conjugales... Si la migration leur est fréquemment imposée, elles n'en sont pas moins conscientes du bénéfice qu'elle leur procure, et sont bien souvent le moteur de l'intégration de leur communauté. Mais elles doivent composer entre deux mouvements contradictoires : améliorer leur statut en faisant pression sur le système culturel communautaire, tout en conservant le sentiment de sécurité psychologique attenante à la cohésion du groupe. Aussi sont-elles, surtout parmi les femmes les plus âgées, les plus sûres gardiennes de la tradition. Au cours de leur maternité, ce phénomène est particulièrement prégnant. (65) La migration n'arrête pas intégralement la perpétuation des représentations.

La deuxième génération d'immigration est marquée par une réussite scolaire plus importante chez les filles. En effet, les garçons sont rapidement sollicités pour subvenir aux besoins du foyer et entrent jeunes sur le marché du travail. Les filles, dont le destin social, selon les traditions, est davantage orienté vers la vie conjugale, sont

maintenues dans les études, ce qui favorise finalement leur épanouissement social, voire professionnel. Ce phénomène, source de conflits générationnels, accentue cependant un processus acculturatif dynamisé par les femmes. (58) Aussi est-il envisageable de penser que la deuxième génération aura des relations plus aisées avec les institutions, y compris l'hôpital, et une familiarisation croissante avec la médecine occidentale. Comment composent-elles alors entre la conception traditionnelle de leur maternité et la prise en charge proposée dans les structures hospitalières en France ?

La maternité des immigrées africaines

Désir d'enfant en terre d'accueil

Le caractère initiatique de la grossesse remet en mémoire les appartenances mythiques, culturelles, fantasmatisques. L'arrivée de l'enfant conforte la femme dans sa fonction sociale traditionnelle. Porteur de l'immortalité symbolique du groupe, l'enfant entérine l'ancrage culturel du couple fragilisé par la migration. Il assure une fonction réparatrice de la blessure occasionnée par le déracinement. (53, 75)

Parallèlement, l'enfant confronte la femme aux institutions du pays d'immigration : les structures sanitaires, sociales et éducatives. En cela, il est un catalyseur du processus acculturatif. L'enfant devient le support du projet structuré et personnel de l'existence de la femme en France. (53)

L'ambivalence inhérente aux processus psychiques de la migration se rejoue au sein du désir d'enfant. Selon Reveyrand-Coulon, « dans le projet d'enfant, la femme s'enracine dans son passé, elle anticipe l'avenir, elle s'insère dans le présent ». (16)

Problèmes rencontrés dans la prise en charge de la maternité à l'hôpital

La grossesse est une période de transparence psychique, où des fragments du préconscient et où l'inconscient viennent facilement à la conscience. (24) La réactualisation de conflits internes, dont ceux occasionnés par l'exil, favorise l'expression des émotions. La manifestation de ces processus psychiques possède une dimension culturelle considérable. Cet aspect est mal intégré dans les dispositifs de soins et de prévention en France. Les pratiques médicales peuvent être ressenties comme violentes, impudiques, traumatiques, surtout si elles sont réalisées sans préparation. (53) En outre, l'ignorance de la culture de l'autre conduit à une forme d'ethnocentrisme. Le médecin projette sur sa patiente des valeurs et un système de pensée qu'elle ne partage pas, ce qui est parfois délétère pour la relation thérapeutique.

La littérature fait état de certains thèmes récurrents faisant l'objet d'inadéquation entre conceptions médicale et traditionnelle (93).

La déclaration de naissance a lieu au premier trimestre. Officialisant la grossesse, elle peut être très mal vécue par ces femmes qui mettent tout en œuvre pour cacher leur gravidité le plus longtemps possible. Elles perdent leur carcan protecteur et sont la proie du mauvais œil. Les femmes originaires d'Afrique noire sont généralement très assidues concernant le suivi de leur grossesse, mais il apparaît dans certaines études que la première consultation est plus tardive que la moyenne. Serait-ce un moyen de répondre à l'exigence de dissimuler la grossesse ? Cela peut occasionner un retard de dépistage des grossesses à risque. (75, 93)

La réalisation des échographies fait également l'objet d'incompréhensions entre le monde médical et ces migrantes. Mettre à jour ce que Dieu ou des forces occultes cachent précieusement peut signifier un affront à ces derniers. De nouveau, la vulnérabilité de la femme peut s'en trouver majorée. Ainsi, les échographistes proposant à la femme de regarder les images peuvent interpréter leur réticence comme un manque d'investissement à l'égard de la grossesse, alors qu'il ne s'agit que d'un moyen de se protéger. Parfois, l'échographie constitue un bénéfice pour ces femmes impatientes de connaître le sexe de l'enfant, notamment s'il s'agit d'un premier enfant ou si elles n'ont eu que des filles avant. (75, 84)

Le décalage manifeste entre la prise en charge en France et dans la plupart des pays africains peut leur sembler aberrant étant donné le grand nombre d'exams paracliniques demandés. Par exemple, les prélèvements sanguins répétés provoquent le scepticisme de certaines femmes. Elles sont souvent anémiées, et peuvent penser que leur prendre davantage de sang pourrait majorer cette anémie. (66, 75, 93)

L'accouchement particulièrement médicalisé peut mécontenter certaines femmes qui se sentent dépossédées de ce moment essentiel de leur existence. L'immobilisation sur la table d'accouchement, « attachée » au cardiocotocographe et à la perfusion, l'absence d'une assistance par les femmes de la communauté, la possible imposition de la péridurale, la présence d'hommes, l'épisiotomie ... que d'éléments qui contrastent tant avec la conception africaine de ce rite. (35, 66, 73, 93)

Il ne serait, bien entendu, pas acceptable sur le plan éthique de priver ces femmes des techniques médicales à disposition. Cela contribuerait par ailleurs à leur marginalisation. Il s'agit d'adapter la prise en charge, dans son versant psychologique, pour que ces actes n'opèrent plus comme des effractions psychiques. (93)

L'obstétrique appliquée aux femmes d'Afrique subsaharienne

La physiologie du travail

Les populations africaines ne sont pas homogènes du point de vue du morphotype. En effet, si les Soninkés sont classiquement grandes et élancées, les Pygmées se caractérisent par une petite taille. (73) Mais les populations présentes en France, majoritairement issues de la région sahélienne, correspondent davantage aux premières. Elles sont souvent en hyper lordose, ce qui a pour conséquence une antéversion prononcée de l'utérus. Associée à un détroit supérieur vertical, cela modifie les angles de progression du fœtus lors de l'accouchement et peut gêner son engagement. (52)

Le bassin osseux des Africaines est réputé comme étant transversalement rétréci. Il s'avère que le détroit supérieur est de type anthropoïde. Le diamètre transverse utile se trouve à la limite inférieur par rapport aux normes des bassins des caucasiennes. Ces caractéristiques ont pour effet un allongement de la dilatation et de l'engagement. Cependant, les détroits moyen et inférieur sont vastes. Il en résulte une phase d'expulsion extrêmement brève, dans 75% des cas dans un délai inférieur à 10 minutes après l'engagement. (35, 52)

Cette physiologie particulière du travail des africaines s'accroît proportionnellement avec la parité. (35) Or, les femmes africaines dans leur projet marital sont souvent dans une optique de famille nombreuse. Leur parité s'en trouve augmentée par rapport aux femmes de culture française.

Enfin, il faut être attentif à la plus grande prévalence des maladies osseuses telles que la poliomyélite et le rachitisme à l'origine de bassins viciés, chez les femmes nées et ayant vécu en Afrique subsaharienne.

Particularités du fœtus africain

Plusieurs études ont rapporté une différence de maturité des nouveau-nés africains par rapport aux nouveau-nés caucasiens. Le terme serait avancé d'environ une semaine. Par ailleurs, en référence aux courbes de Leroy et Lefort qui ont été élaborées à partir de populations françaises, les nouveau-nés africains présentent un poids de naissance inférieur et un diamètre bipariétal diminué de 5%. Ces mensurations ne sont pas associées à une majoration des troubles liés à l'hypotrophie. (57, 59, 72) Le diagnostic de retard de croissance in utero ne doit pas être posé de façon hâtive. Ces caractéristiques sont naturellement en accord avec celles du détroit supérieur du bassin des Africaines. Il faut ajouter à cela une capacité de modelage très importante de la tête fœtale, propre aux fœtus africains, caractérisée par un fréquent craniotabès. (52) Les

nouveau-nés présentent souvent une bosse séro-sanguine ainsi qu'un chevauchement des sutures, témoin d'un remodelage céphalique important. L'amointrissement accentué favorise l'engagement qui pouvait paraître à priori compromis.

Le rythme cardiaque fœtal des fœtus africain a fait l'objet d'une étude rétrospective en 2010 au CHU de Rouen, montrant un rythme micro-oscillant sur 36,4% des tracés des parturientes africaines, versus 17,3% des tracés de parturientes européennes. Cette donnée n'est pas associée à un état néonatal moins bon chez les nouveau-nés africains. (76)

Conséquences sur la pratique obstétricale

La physiologie du travail des africaines s'éloigne de l'eutocie telle qu'elle est enseignée en obstétrique en France. Des stagnations de la dilatation ou des retards à l'engagement, un bassin cliniquement étroit, un rythme cardiaque fœtal souvent serré, une bosse séro-sanguine, une maturité fœtale avancée à terme, un retard de croissance diagnostiqué par excès... autant d'éléments qui, associés à une parité élevée et ses complications, dressent un tableau de probable dystocie et de pathologie. Plusieurs études menées en France, dans les années 1980, ont montré un taux de césariennes chez les africaines significativement plus élevé que dans la population générale. Les professionnels se sont trouvés interpellés devant ces chiffres complètement discordant avec les taux de césariennes pratiquées en Afrique subsaharienne (inférieur à 5%), certes expliqués par le manque de moyens, mais aussi avec la répétition d'exemples de femmes africaines accouchant par voie basse, à domicile, sans complication, après avoir eu une ou plusieurs césariennes pour disproportion fœto-pelvienne sur des enfants de poids inférieur. (29, 39, 57) A la suite de ces travaux il a été proposé d'adopter vis-à-vis de ces patientes en travail, en l'absence d'hypoxie fœtale, une attitude plus attentiste. L'étude de Pigné montre un recul des césariennes itératives de 6,7% à 1,8% entre 1980 et 1982 pour les populations originaires d'Afrique noire, et un recul des césariennes pour bassin rétréci de 7,8 à 3,7%. (57) Tous ces éléments concourent à penser que la physiologie du travail, pour ces patientes, doit être considérée de façon sensiblement différente afin d'éviter des attitudes iatrogènes. Au vue des connaissances acquises au décours de ces différentes études, il paraît concevable de modifier ses pratiques en toute sécurité. (52, 57) Néanmoins, les taux de césariennes chez les Africaines restent hauts. En 1999, une étude toulousaine montrait un taux de césariennes deux fois plus élevé chez femmes originaires d'Afrique noire que chez les Françaises d'origine (33,9% versus 18,6%). (39) Une étude menée au CHU de Rouen entre septembre 1998 et juin 2000 sur 100 cas a montré un taux de césariennes chez les africaines de 38% versus

19,71%. (73) Dans ce même hôpital, une autre étude comparative menée sur des parturientes à bas risque entre 2000 et 2009 montrait un taux de césarienne trois fois plus important chez les noires africaines que chez les européennes (19,86% versus 6,02%). (76)

Comment expliquer ces taux élevés de césariennes ?

Ces taux de césariennes évoquent deux phénomènes.

Les soignants adhèrent massivement à l'idéologie médicale, à tel point qu'ils n'imaginent pas que leurs prescriptions puissent avoir des effets délétères. (7) Des études ont montrés que même dans des situations qui exigeraient une prise en charge particulière, les soignants peuvent continuer à appliquer des procédures standardisées. (3) Il est ainsi probable que certains soignants se persuadent à priori de l'importance d'une césarienne sans tenir compte des propriétés du travail des femmes africaines.

Le mode de financement des hôpitaux et des cliniques peut influencer les décisions des soignants. La T2A, notamment, les encourage à pratiquer des interventions chirurgicales car celles-ci contribuent à augmenter le budget de la structure. Des études ont montré que ces modes de financement majoraient significativement le taux de césarienne dans les cliniques. (40) Les femmes africaines, que les soignants savent plus souvent césarisées, sont susceptibles d'être particulièrement concernées par ce phénomène.

Problèmes soulevés par la décision de césarienne chez les patientes originaires d'Afrique subsaharienne

L'adage « césarienne un jour, césarienne toujours » s'est longtemps justifié par le risque, rare mais dramatique pour la mère et l'enfant, de rupture utérine. Aujourd'hui, les obstétriciens tolèrent, dans des conditions favorables, une tentative d'accouchement voie basse après une césarienne. Cependant, le risque d'une deuxième césarienne reste majoré. Dans la plupart des maternités, après deux césariennes, l'accouchement voie basse n'est médicalement plus envisageable. A chaque nouvelle grossesse consécutive à une césarienne, augmente indiscutablement le risque de rupture utérine, d'où une limitation du nombre de grossesses possibles pour une femme porteuse d'un utérus bicatriciel. Cela peut aller à l'encontre de l'épanouissement de la femme à travers sa maternité, sa nombreuse progéniture. (26, 29, 34, 57, 66) Le projet marital du couple s'en voit affecté, et la femme peut craindre, si elle est issue d'une société polygame,

l'arrivée d'une seconde épouse pour pallier à cet obstacle. (75) Dans le pire des cas, certaines femmes, dont le sort est complètement entre les mains du conjoint, peuvent se voir répudiées, renvoyées au pays d'origine, sans leurs enfants. (73) La césarienne, peut ainsi être vécue comme un drame familial, mettant socialement en danger la femme. La perte d'un enfant peut être considérée comme moins grave que la limitation des naissances ultérieures. (26, 29, 66)

La cicatrice laissée par la césarienne, stigmate de l'incapacité de la femme à enfanter, peut constituer un véritable complexe, une blessure narcissique face à sa communauté. (34, 66) La femme peut craindre les moqueries de ses consœurs. (26, 29) En plus d'être le mobile d'une humiliation, un échec, la césarienne est souvent vécue comme une intervention lourde, invalidante, associée à la peur de voir son ventre se « ré-ouvrir » au moindre effort. (34) Cela va à l'encontre du rôle tenu par les femmes dans les sociétés rurales d'Afrique noire, où le laborieux travail qu'elles assument implique une intégrité physique en désaccord avec cette cicatrice. (19, 26, 29) Or, certaines femmes sont susceptibles de retourner vivre en Afrique, surtout au vu de la restriction des délivrances de carte de séjour dont la France fait l'objet actuellement.

L'image que véhicule la césarienne pour ces femmes souffre des conséquences qu'a cette intervention en Afrique. Peu y ont accès, que ce soit géographiquement ou économiquement. Les femmes arrivées récemment, peu au courant des pratiques obstétricales occidentales, peuvent craindre pour leur vie lorsqu'elles sont confrontées à une décision de césarienne. (29) L'anesthésie est aussi très redoutée, associée à la peur de ne jamais se réveiller lorsqu'il s'agit d'anesthésie générale. (34, 75) Par ailleurs, les femmes susceptibles de retourner au pays et d'y accoucher dans des conditions de sécurité médicale médiocres ont, pour beaucoup, une conscience aiguë des risques qu'elles encourent lorsqu'elles sont porteuses d'un utérus cicatriciel, ce qui majore la méfiance à l'égard de la césarienne. (26, 34)

Les femmes africaines sont bercées dans l'idée que la maternité est naturelle, dans l'ordre des choses. (29) L'issue d'une grossesse est déterminée par la volonté divine, ou la force des ancêtres. (19) L'intervention humaine n'est pas en accord avec la modestie que l'homme doit adopter face à Dieu. Dans des milieux fortement imprégnés de traditions, une attitude fataliste facilite le deuil de l'enfant décédé en couches, situation trop fréquente en Afrique. Que représente la décision d'un médecin à côté de celle de Dieu ou des ancêtres? Si l'enfant doit mourir l'Homme n'y pourra rien. De ce point de vue, la césarienne n'a pas lieu d'être. (29) La religion musulmane conforte cette position. (75) Par ailleurs, la composante invasive de la césarienne détruit le

caractère inviolable et sacré de l'enveloppe corporelle. La douleur des contractions utérines fait partie intégrante du rite de passage qu'est l'accouchement pour la femme. La césarienne avant travail prive la femme de cette initiation. Certains considèrent l'obstruction du travail comme la conséquence d'une faute commise par la mère. (19)

Le statut d'immigrée a également une influence importante. Pour ces femmes, l'immigration peut s'apparenter à une rupture, un deuil. Selon les circonstances et les causes de départ, la situation à l'arrivée, et la personnalité de la personne concernée, ils peuvent se compliquer par un état dépressif. Ces femmes sont donc dans une période de restructuration identitaire, qu'elles doivent parfois assumer seules, dans une situation socio-économique précaire. (91) La survenue d'un événement tel que la césarienne, qui rompt totalement avec leurs conceptions traditionnelles, peut être supposé comme très délétère sur le plan psychique. Le sentiment d'insécurité que peut engendrer la migration est susceptible de renforcer l'attache du migrant à ses traditions et ses croyances, majorant le risque d'un refus. (66)

Le refus de césarienne

Les circonstances (19, 30)

De nombreux éléments interviennent dans la représentation que se font les femmes originaires d'Afrique subsaharienne de la césarienne. Souvent péjorative, cette conception pousse certains couples à refuser catégoriquement l'intervention. (26) Pour des césariennes programmées, cela peut se traduire par un accouchement à domicile ou une arrivée in extremis à la maternité pour l'enfantement. L'absence d'assistance médicale à l'accouchement est peu envisageable dans une société conditionnée par la notion de risque. Pour cela, ces attitudes sont difficilement concevables pour les professionnels de santé. Lorsque la césarienne est décidée en urgence, l'incompréhension des deux parties peut amener à des conflits parfois violents. (73) Les notions de risque et d'urgence sont mal appréhendées par les Africains, car la conception du temps est différente. Ils comprennent difficilement pourquoi il n'est pas laissé à la femme une chance d'accoucher voie basse, en attendant plus longtemps. Certains expriment l'idée que les obstétriciens français font facilement des césariennes, soit par impatience, soit à des fins lucratives. Dans l'imaginaire de certains Africains, la césarienne serait faite dans la consciente finalité de diminuer la capacité de procréation de ces femmes, ce qui sous-tendrait une idéologie raciste de la part des médecins français. (35) Du côté des soignants, le fatalisme de ces populations face à l'éventuel décès du fœtus, ou de l'enfant, est souvent incompris. La remise en cause de leur

compétence peut également être mal vécue et figer les positions. Ces situations de négociation laborieuse peuvent mettre en péril la vie de l'enfant, parfois de la mère. Il faut considérer également que la femme prend rarement sa décision seule, et se soumettra souvent à celle de son mari, lui-même étant parfois contraint de consulter certains membres de la communauté. (29)

Ces attitudes mettent en relief une certaine contradiction entre la confiance qu'ont ces femmes à l'égard de la médecine occidentale, certaines venant en France afin de bénéficier de la sécurité médicale, et la méfiance qu'elles entretiennent face aux décisions obstétricales.

Aspects législatifs

Conformément au Code Santé Publique, le consentement éclairé par une information loyale, claire et appropriée apparaît comme un droit du patient et une obligation du médecin. (81) Le droit au refus de soin assure la liberté du consentement et consacre l'autonomie du patient ainsi que le respect de la dignité de la personne. (85) Cependant, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables, en lui donnant une information alourdie sur les conséquences de son choix. (85) Mais certaines situations d'urgence ou d'inconscience peuvent faire reculer le principe d'autonomie. Une césarienne peut être réalisée pour sauvetage maternel contre la volonté de la patiente. (30) A l'inverse, l'abstention mettant en danger la mère, expose le professionnel à une faute médicale et aux peines prévues pour non-assistance à personne en danger. (82) Il existe par ailleurs un vide juridique pour l'enfant à naître, il ne peut pas être « sauvé contre la volonté des parents ». Le Procureur de la République à qui l'équipe peut faire appel pour un enfant déjà né, ne peut prendre aucune décision lors d'un refus de césarienne. Légalement, il est impossible de faire une césarienne contre la volonté des parents pour sauvetage fœtal : il n'y a pas ici de non-assistance à personne en danger. (29) La négociation devient alors la seule alternative pour réaliser la césarienne. Elle peut intervenir dans des situations où le facteur temps est primordial.

Aspects éthiques

La culture à l'hôpital

La France est un pays laïc, permettant la liberté de croyance de chacun. (14) Ainsi, selon la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées : « L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies... » (78) Cette notion est reprise dans l'article 8 de la Charte du patient hospitalisé (Annexe II). L'article R.4127-305 du Code de déontologie des sages-

femmes stipule que : « La sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quels que soient son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminées, son handicap ou son état de santé, sa réputation ou les sentiments qu'elle peut éprouver à son égard, et quel que soit le sexe de l'enfant. » (80) Cette même notion est présente dans le Code de déontologie médicale. (79)

Parallèlement au principe de non-discrimination, le personnel soignant se doit d'intégrer la dimension spirituelle dans la prise en charge globale du patient, le corps et l'esprit étant intrinsèquement et indissociablement mêlés au cours de la vie. Dans des moments aussi importants que la naissance, la maladie ou la mort, l'accompagnement spirituel peut être considéré comme un soin à part entière. Afin de répondre à la notion de prise en charge globale, l'équipe médicale doit se tenir informée des caractéristiques culturelles des patients. (14) Au vu de la représentation de la césarienne chez les populations africaines et de ses possibles conséquences, la considération du versant spirituel dans la prise en charge des patientes originaires d'Afrique subsaharienne apparaît comme fondamentale.

L'ethnocentrisme médical

Intégrer la culture à la prise en charge médicale des patients, certes, mais dans quelle mesure ? Dans la problématique que constitue le refus de césarienne, une position est à éviter : l'ethnocentrisme. Selon G. Ferreol :

Reposant sur une forte identification de l'individu à son groupe et sur la certitude de la supériorité d'un certain nombre de valeurs, de croyances ou de représentations, l'ethnocentrisme est une attitude ou une disposition mentale consistant à se référer à ses règles et à ses normes habituelles pour juger autrui et opérer ainsi une démarcation entre « barbares » et « civilisés » au nom, très souvent, de la préservation d'un idéal de « pureté » ou d'authenticité. (6)

Ce dernier peut se manifester de deux manières opposées : le rejet de la culture de l'autre, ou le relativisme culturel.

Certains soignants n'appréhendent pas la dimension culturelle des prises en charge thérapeutiques qu'ils proposent. Déterminées par des protocoles, elles apparaissent à leurs yeux comme les manières les plus efficaces de soigner. Conformément au Code de Déontologie médicale, le médecin doit élaborer « ... son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés. » (79) Si le médecin a pris la décision de césarienne, c'est souvent qu'il l'estimait, en son âme et conscience, indispensable à la sauvegarde de la santé de la mère et/ou de l'enfant.

Mais la médicalisation importante des sociétés occidentales peut être vécue comme une agression pour une personne issue d'une autre culture. La médecine moderne brandit l'étendard de la rationalité, au nom de connaissances scientifiques. Mais cette rationalité n'a de sens que dans un cadre culturel défini, et le refus de césarienne peut apparaître comme tout autant rationnel dans le cadre culturel de la patiente. La médecine occidentale oublie parfois que les connaissances scientifiques ne peuvent en aucun cas abolir la composante subjective et symbolique à laquelle elle vient se substituer. Selon Canguilhem : « L'acte médico-chirurgical n'est pas qu'un acte scientifique car l'homme malade qui se confie à la conscience plus encore qu'à la science de son médecin n'est pas seulement un problème physiologique à résoudre, il est surtout une détresse à secourir. » (9)

Certains soignants peuvent aussi concevoir la migration sur un modèle assimilationniste, estimant ainsi que le migrant doit s'adapter aux structures du pays d'immigration, voire s'estimer heureux de pouvoir y accéder. Dans cette perspective, il y a négation de la culture d'origine du migrant et sous-estimation de l'importance des conflits engendrés par la rupture opérée avec cette culture.(12) Or, selon Leman et Gailly, « La plupart des recherches concluent le plus souvent qu'une assistance qui n'entre pas en phase avec le monde socio-culturel du client est vouée à l'échec. » (8) Négliger l'appartenance culturelle de la patiente peut conduire à des incompréhensions qui compromettent le déroulement de la prise en charge. Dans une population où la mixité culturelle et sociale est de plus en plus prégnante, persister dans la voie de l'ethnocentrisme médical condamne les institutions à une forme de discrimination. Par ailleurs, cet ethnocentrisme n'est pas l'apanage du monde médical, les patients eux aussi peuvent en faire preuve. C'est le cas de ceux qui pensent que les médecins français réalisent volontairement plus de césariennes aux africaines dans l'objectif conscient de limiter leurs capacités de procréation. C'est pourquoi il est indispensable de rétablir une confiance réciproque grâce au dialogue.

A côté de la négation de l'autre, l'ethnocentrisme peut prendre une deuxième forme plus subtile : le relativisme culturel. L'individu serait totalement conditionné par sa culture d'origine et l'on ne pourrait comprendre ses conduites de l'extérieur. Le relativisme culturel postule alors l'acceptation aveugle de tout comportement au nom de cette culture. L'exemple éloquent de l'excision a permis une remise en question de cette conception. Dans le cas de la césarienne, il est bien entendu inacceptable, sur le plan éthique, de renoncer à sa réalisation sous le prétexte qu'elle n'entre pas dans le code culturel de la patiente. Cela s'apparenterait par ailleurs à une discrimination, et

contribuerait à la marginalisation de ces femmes. (53) Il ne s'agit donc pas de légitimer des choix dangereux sous prétexte de respecter les différences culturelles. Il y a une nécessité d'adhésion à un certain nombre de valeurs telles que la tolérance, l'esprit de dialogue, la non-imposition à autrui de ce qu'il n'accepte pas en conscience... (12) Le refus de la césarienne est souvent la conséquence de la subordination de la femme, dont le rôle est confiné à la procréation. Dans ce cas, le conjoint, même indirectement, en est à l'origine. En ce sens, le refus de l'intervention ne s'inscrit pas dans ces valeurs dont fait partie l'égalité entre les sexes.

L'approche interculturelle

Face à la problématique posée par le refus de césarienne, l'approche interculturelle propose une alternative. Le conflit affectif amorcé par la rencontre entre deux cultures fait prendre conscience de la relativité de l'identité culturelle propre. Les soignants qui se trouvent interpellés par les inadéquations entre les soins qu'ils proposent et la façon dont certains migrants peuvent les ressentir de façon parfois violente, vont pouvoir remettre en question leurs propres conceptions. Sollicitant l'empathie du professionnel, et une grande écoute, l'approche interculturelle est, selon Abdallah-Preteille, davantage un travail sur « les rapports que le « je » entretiens avec autrui que sur autrui proprement dit ». (84) Selon Leman et Gailly : « Tant que nous n'admettons pas le caractère culturel de nos propres conceptions, et la relativité qui dès lors les affecte, nous ne pourrons approcher celle des autres sans préjugés et nous resterons incapables d'ajuster dans notre travail les modèles allochtones et autochtones. » (8) Pour interagir de manière constructive avec l'Autre, le soignant doit donc se décentrer de son « habitus » d'origine, c'est-à-dire ne plus considérer comme naturels les croyances et conduites induites par l'ensemble de la société dans laquelle il vit. L'approche interculturelle en médecine doit tendre à rendre les soins administrés acceptables pour les patients dans leur dimension culturelle. Cela passe par une relative connaissance de l'Autre, ce que devraient apporter les cours d'anthropologie délivrés aux futurs soignants.

Conclusion

Cette revue de la littérature nous a permis d'appréhender l'extrême diversité culturelle du continent africain, notamment en ce qui concerne les représentations relatives à la maternité. L'immigration engendre des remaniements culturels, à la fois dans le sens de la conservation, et de l'« assimilation », qui donnent naissance à une nouvelle culture. Nombreux facteurs vont déterminer l'ancrage culturel qui subsiste

dans le phénomène migratoire. L'enfantement est un rite de passage qui réactualise les appartenances culturelles de manière ambivalente. Ces dernières peuvent être en désaccord avec la prise en charge médicale proposée dans les maternités françaises. La césarienne constitue le summum de la médicalisation de la naissance et peut engendrer des situations conflictuelles entre personnels médicaux et couples immigrés, mettant en danger la femme et son enfant. Pour ces femmes, que l'exil place dans une situation de fragilité psychologique, l'attitude des soignants s'avère fondamentale. Alors que l'ethnocentrisme, que ce soit dans la négation de la culture ou dans le relativisme culturel, apparaît comme délétère dans la relation thérapeutique, l'approche interculturelle semble apporter une ouverture intéressante.

Afin de favoriser ce type de relation, notre enquête a consisté à récupérer le témoignage de femmes immigrées récemment confrontées à la césarienne en France. Cela pour nous permettre de mieux appréhender les représentations qu'elles s'en font, les conséquences psychologiques qu'elle peut avoir, et proposer des pistes quant aux attitudes à adopter en tant que soignant pour rendre acceptable cette intervention pour ces patientes, sur le plan culturel.

Méthodologie

Objectifs de la recherche

L'immigration originaire d'Afrique noire est en forte progression. Nous sommes donc de plus en plus amenés, dans nos pratiques professionnelles, à rencontrer des femmes qui en sont issues, dont les référents culturels peuvent présenter des incompatibilités avec les modalités de prise en charge que nous proposons dans les maternités en France. Dans l'idée de nous approcher d'une relation interculturelle, l'objectif de notre étude était de connaître et de resituer le ressenti des patientes originaires d'Afrique noire sur leur césarienne. Nous avons cherché à comprendre pour quelles raisons leur vécu pouvait être bon ou mauvais, quelles étaient les implications culturelles de leur ressenti, et ce qui les a finalement amenées à accepter la césarienne. Le but final de l'étude était de proposer des pistes pour mieux accompagner ces patientes sur le plan psychologique, et peut-être éviter des refus.

Notre hypothèse de départ était que pour ces femmes, le sentiment de sécurité médicale primait sur le poids des traditions.

Choix du type d'enquête

Cherchant à connaître le ressenti des femmes sur leur césarienne, il nous fallait recueillir un discours le plus libre possible, tout en maîtrisant le cadre discursif, ce que permet l'entretien semi-dirigé. Notre étude a été prospective. Elle a recueilli les témoignages de femmes sur l'évolution de leur ressenti relatif à l'intervention qu'elles ont subi sur une période allant de 2009 à 2010. Notre étude a été qualitative et multicentrique. En effet, les femmes ont été recrutées via plusieurs centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile), elles ont donc accouché dans diverses maternités de la région (Rouen et le Havre). Afin qu'elles se sentent le plus à l'aise possible, ce que peut procurer la maîtrise de l'environnement, nous avons pris le parti de nous entretenir à leur domicile, aux horaires qui les arrangeaient au mieux. Nous avons enregistré et retranscrit les entretiens, cela nous a permis de préserver l'authenticité des discours produits. Une femme a refusé l'enregistrement.

Afin de suivre le parcours des femmes jusqu'à l'acceptation de la césarienne, nous avons tenté de les amener à retracer l'évolution de leur ressenti de façon chronologique. La grille d'entretien contient quatre rubriques. (Annexe III) Chacune d'elles commence par une invitation à s'exprimer sur un thème, à donner son point de

vue, de façon libre, dans un cadre discursif prédéfini. Nous avons également prévu des questions de relance au cas où l'interviewée n'abordait spontanément pas les sujets qui nous intéressaient.

L'objectif de la première rubrique était de dresser un profil de l'interviewée. Les autres rubriques proposait à l'interviewée d'explicitier son ressenti de la césarienne au cours des trois étapes suivantes: avant la naissance, le jour de la naissance, le jour de l'entretien.

Accès à la population

Nous espérions obtenir 10 entretiens pour un éventail assez large de témoignages permettant de dégager des tendances. Malheureusement, nous avons rencontré des difficultés, et n'en avons obtenus que 7. Notre étude ne prétend aucunement à des valeurs statistiques. Cependant, de l'hétérogénéité de notre population a découlé une certaine richesse dans les représentations recueillies.

Nous avons réfléchi à quels réseaux nous pouvions emprunter, et avons pensé aux associations de femmes africaines au sein desquelles elles sont particulièrement actives. Nous avons pris contact à plusieurs reprises avec 6 associations différentes dont les sièges se situaient à Rouen et au Havre. Ces associations n'ont pu donner suite à notre demande, souvent par impossibilité d'identifier les femmes correspondant potentiellement à notre population. Cependant, cette démarche nous a mis en contact avec deux médiatrices culturelles. Toutes deux ont cherché dans leurs réseaux des femmes césarisées, mais n'ont essuyé que des refus. Sollicitées dans des situations critiques, nous avons présumé que les médiatrices venaient en aide à des patientes souvent en situation de fragilité psychologique et/ou sociale, et que cela ne disposait guère ces dernières à répondre à nos attentes. Néanmoins, la médiatrice culturelle du Havre, originaire du Sénégal tout comme la plupart des femmes de notre population, nous a proposé son témoignage sur notre sujet, ayant été de nombreuses fois sollicitée pour des refus de césarienne. Nous disposons donc, à travers son regard, de l'histoire de plusieurs autres femmes qui nous a permis d'enrichir considérablement le support de notre analyse.

Notre volonté de passer par les associations ayant échoué, nous nous sommes tournées vers les centres de PMI. Disposant des dossiers médicaux des patientes, il leur a été plus aisé d'identifier les femmes répondant à nos critères. Nous avons donc pris contact par téléphone ou email avec trois centres médico-sociaux (CMS) de Rouen et trois du Havre. Sur Rouen, une sage-femme de PMI a pu nous transmettre les

coordonnées de 5 femmes à priori d'accord pour des entretiens. Mais l'une d'elles a quitté Rouen, et une autre n'a pu nous recevoir, son mari n'étant pas d'accord. Les CMS du Havre ont pu nous mettre en contact avec 3 femmes. A la fin du troisième entretien, l'interviewée nous a proposé de contacter sa sœur qui, elle aussi, avait été césarisée dans l'année. Nous sommes donc arrivés au nombre de 7 entretiens.

Critères de sélection

Nous avons fait le choix d'une population assez large, pour obtenir un échantillon suffisant, et pour refléter l'hétérogénéité de la population immigrée d'Afrique subsaharienne.

Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'interviewer des femmes originaires d'Afrique noire francophone, afin de ne pas être gênée par la barrière de la langue, et ne pas inclure dans l'entretien une tierce personne qu'aurait été un interprète. La césarienne a eu lieu sur 2009 ou 2010, en France. Nous avons inclus les première et deuxième générations d'immigration pour mettre en avant une acceptation éventuellement facilitée de la césarienne chez les femmes nées en France. Nous avons inclus les femmes en couple avec des conjoints non africain, pour montrer une ouverture potentiellement plus grande vis-à-vis de l'intervention. Aucun critère d'exclusion n'était relatif au terme d'accouchement, au caractère urgent ou programmé de la césarienne pour analyser le rôle d'une éventuelle préparation psychologique à la césarienne. Nous avons intégré également les femmes ayant déjà eu des césariennes, cela permettant d'évaluer si l'expérience antérieure favorisait un meilleur vécu. Nous avons inclus les deux types d'anesthésie pour montrer l'impact de celles-ci sur le ressenti.

Critères d'exclusion

Afin d'obtenir un échantillon relativement homogène sur le plan culturel, il nous a semblé légitime d'exclure les îles et les pays géographiquement très éloignés de l'Afrique occidentale à savoir : les Comores, Djibouti, Madagascar et les Seychelles. Nous n'avons pas inclus les femmes métisses, pour que l'empreinte culturelle ne soit pas trop éloignée.

La réalisation des entretiens

Durée des entretiens

Nous avons envisagé des entretiens d'environ 45 minutes. Cependant, la moyenne et la médiane de durée des entretiens se sont avérées être d'une heure.

Préalable aux entretiens

La sage-femme proposait dans un premier temps l'entretien à la femme en lui exposant notre thème. Nous la contactons ensuite par téléphone pour la renseigner davantage sur notre étude et ses objectifs. Nous lui exposons les modalités d'entretien, et convenions finalement d'un créneau horaire.

Limites et difficultés de l'étude

Notre approche est qualitative, concerne un nombre restreint d'individus, et nos résultats ne peuvent faire état de règle générale. Par ailleurs, nous n'avons pas de femme en situation de très grande précarité. Or, c'est le cas de nombreuses immigrées africaines, par exemple les réfugiées ou victimes d'un réseau de prostitution, sans papier. Notre population n'est donc pas représentative. Les femmes interviewées étaient volontaires pour s'entretenir avec nous ce qui témoigne d'une certaine volonté de dialogue avec le corps médical, que n'auraient peut-être pas toutes les immigrées d'Afrique noire, particulièrement les femmes refusant la césarienne. Pour preuve, les deux médiatrices, qui ont cherché dans leur entourage des femmes volontaires pour répondre à nos questions, n'ont essuyé que des refus.

Nos études de sage-femme nous assimilant inévitablement au monde médical, cela a pu brider les femmes dans leur discours. Par ailleurs, leurs réponses ont pu être influencées par les différences culturelles qui nous séparaient. En effet, certaines discordances dans leurs propos nous font supposer une éventuelle gêne à s'exprimer.

Grille d'analyse des entretiens (Annexe III)

Profil

Nous avons tenté de dresser un profil de notre population.

Nous avons complété ces informations par nos observations personnelles au domicile concernant : le type de logement, la tenue vestimentaire de l'interviewée.

Nous avons analysé la suite de l'entretien par thématique. Sur chaque question, nous avons dégagé les similitudes et différences de discours.

Avant la naissance

Nous avons cherché à savoir ce que représentait la césarienne pour les femmes avant qu'elle ne se produise. Nous les avons interrogées sur ce qui, éventuellement, pouvait avoir modelé cette représentation, à savoir ce qu'elles en avaient entendu dire en Afrique, et dans leur entourage.

Nous avons ensuite demandé si la grossesse avait été l'occasion, pour elles, de discuter avec le corps médical de la césarienne, en consultation ou par la préparation à la naissance, et si cela avait pu modifier leurs représentations.

La césarienne

Nous avons commencé par resituer le contexte de la césarienne : la date, le terme, en urgence ou programmée. Nous les avons ensuite invitées à nous raconter le déroulement de l'annonce de la césarienne. Par leur discours, nous avons pu évaluer leur degré de compréhension des circonstances de la césarienne. Nous avons cherché à connaître leur satisfaction sur le niveau d'information reçu.

Nous avons ensuite abordé la question de leur réaction face l'annonce, et de celle de leur accompagnant. Nous avons demandé si la césarienne avait été faite contre leur volonté.

Le jour de l'entretien

Cette rubrique avait pour objectif d'évaluer l'évolution de leur représentation de la césarienne, ainsi que les conséquences qu'elle avait pu avoir sur leur psychique, leurs relations avec le corps médical, leur conjoint, leur enfant, et leur famille.

Enfin, nous les avons invitées à réfléchir sur l'idée de réunions de femmes originaires d'Afrique noire, en présence d'un médecin et/ou d'une sage-femme, et de femmes-relais, où elles pourraient exprimer leurs appréhensions vis-à-vis de la prise en charge de la naissance à l'hôpital en France.

Résultats

1. **Profil de la population** (Annexe IV)

Quatre femmes ont entre 27 et 29 ans. Les trois autres sont plus âgées : entre 34 et 43 ans. Elles vivent toutes en couple. Excepté une femme logeant dans un pavillon, elles vivent toutes en HLM. Deux femmes n'ont pas fait d'études et sont sans emploi. Les autres ont suivi une formation, et quatre d'entre elles travaillent.

Elles sont majoritairement originaires du Sénégal. Les autres origines retrouvées sont le Togo, le Mali, la Mauritanie et le Congo-Brazzaville. Excepté la congolaise, elles sont toutes originaires d'Afrique de l'ouest. Quatre femmes sont issues d'une première génération d'immigration, trois d'une deuxième. Les motifs de la migration sont les mêmes pour toutes : un regroupement familial faisant suite à une immigration de travail. Nous retrouvons dans notre population cinq musulmanes, et deux catholiques. Cinq femmes sont habillées traditionnellement au moment de l'entretien.

Tous les conjoints sont issus d'une première génération d'immigration, excepté deux : un d'origine française, un métisse ivoirien-français. Ils sont de la même confession religieuse que leur conjointe, sauf un qui est sans-religion. Un seul homme est sans emploi.

Parallèlement aux entretiens menés auprès de ces femmes, nous avons obtenu de précieuses informations par la médiatrice culturelle.

Certains propos, les plus marquants, ont été placés en annexe.

2. **Les représentations de la césarienne**

2.1. La césarienne comme anormalité

Toutes les femmes, excepté Mme E, ont insisté sur le caractère anormal de la césarienne, la déception et l'échec que représente le fait de ne pas avoir « accouché normalement ». (Annexe V) Pour Mmes D et G, la césarienne est une chose dont on ne parle pas avec les proches. Cela laisse supposer une certaine dimension taboue de la césarienne sur laquelle a insisté la médiatrice culturelle.

2.2. La césarienne comme danger

Mmes F et G, ainsi que la médiatrice culturelle, ont reconnu que chez les Africains, la césarienne était particulièrement mal vécue. (Annexe V) Selon la médiatrice, ce n'est pas l'apanage des anciennes. Elle ajoute que cela touche aussi bien les Gabonaises que les Sénégalaises, et tous les milieux socio-économiques.

Les femmes ont peur de la césarienne car elle est vécue comme un danger.

2.2.1. Un danger pour l'intégrité du corps

Toutes les femmes ont déclaré qu'elles avaient peur de la césarienne avant l'intervention. Nous leur avons demandé de préciser cette peur. Mmes E et F ont exprimé la peur de mourir à cause de l'opération. (Annexe V) Mmes D, G et F ont évoqué celle de l'ouverture du corps, et Mme B celle de la douleur.

Mme F a exprimé la peur d'avoir une cicatrice importante. En effet, une femme qu'elle connaissait lui avait montré la sienne : « Elle était carrément ouverte de gauche à droite. Ca m'avait fait très peur. Elle m'a dit : « N'accepte jamais qu'on te fasse une césarienne sinon ils vont te faire ça ! » » La médiatrice a mis l'accent sur la représentation de la cicatrice : « Il y a cette cicatrice qui reste toujours gravée. Ça, on ne peut pas l'enlever. Les femmes ça les marque beaucoup. » Elle nous a raconté alors qu'elle connaissait une femme césarisée il y a vingt ans et qui se plaignait toujours de sa cicatrice. La médiatrice s'est demandé s'il n'y avait pas une composante psychologique à cette sensation.

2.2.2. Un danger pour la fécondité

Mmes B, C et F pensaient que si elles avaient une césarienne un jour, elles n'accoucheraient plus que par césarienne. Mmes C, E et F ont abordé spontanément la question de la limitation des naissances liée à la césarienne.

Il y a bien sûr des exceptions : Mme C nous a rapporté que l'accouchement voie basse lui faisait plus peur que la césarienne.

2.3. La punition d'une faute commise par la femme

La médiatrice culturelle nous a fait part d'une histoire montrant que la césarienne peut être perçue comme la punition d'une faute. En effet, il s'agissait d'une femme ayant eu une grossesse hors mariage. Sa famille lui a fait comprendre que c'était pour cela qu'elle avait eu une césarienne : « De toute façon tu as fait une mauvaise chose, ça ne pouvait que se passer mal ». Nous n'avons pas constaté cette représentation dans notre population.

2.4. La transmission des représentations

Mmes C, E et F ont entendu dans leur entourage que lorsqu'on avait une césarienne, c'était comme si on n'avait pas accouché, notamment parce que la césarienne empêche de ressentir la douleur des contractions et le passage de l'enfant. Cela confirme le caractère anormal de la césarienne évoqué par les femmes. Mais paradoxalement, pour l'entourage de Mmes A et B, la césarienne était associée à la douleur.

Lorsque nous avons demandé aux femmes ce qu'elles avaient entendu dire de la césarienne en Afrique, Mmes A, D, F et G ont évoqué la rareté de l'intervention dans leurs pays d'origine. Parmi elles, trois ont rappelé le manque de moyens qui faisait de la césarienne une intervention dangereuse. Selon Mme C : « La médecine de là-bas, pourtant je suis fière de mes origines et tout... elle n'est pas avancée comme celle d'ici. » Elle a précisé : « C'est vrai que beaucoup de femmes au pays, quand il faut faire une césarienne, elles y restent. » Pour Mme G : « Au Congo, on fait des césariennes que si ça ne va vraiment pas, pour sauver la mère. »

Mme F a exprimé la peur de la césarienne qui est véhiculée dans son entourage : « J'ai des copines, la panique qu'elles ont, elles ont une peur bleue de la césarienne. » Elle a élargi cette peur à toute intervention chirurgicale : « Quelqu'un va se faire opérer du dos, c'est la fin du monde. On a un pied dans la tombe. » Elle a illustré son propos par une anecdote : « Il y a quelques années de ça j'ai perdu une copine suite à une césarienne, les gens ils disent c'est à cause de la césarienne. Elle avait 35 ans. » Elle a ajouté : « Cette image là renforce l'idée de certains africains comme quoi la césarienne c'est très dangereux. » Que ce soit en Afrique ou en France, l'intervention est représentée comme dangereuse, peur que nous avons retrouvé dans le discours des femmes.

Mmes C et F ont mis l'accent sur le fait que, dans leur entourage, on craignait la césarienne dans la mesure où ça limitait le nombre de grossesses possibles. Elles nous ont confié que, dans leur entourage, circulait l'idée que les médecins faisaient des césariennes pour limiter le nombre de grossesses chez les femmes africaines.

3. Informations relatives à la césarienne délivrées pendant la grossesse

3.1. Par une sage-femme ou un médecin (Annexe VI)

Nous distinguons sur cette question les primipares et les multipares.

Parmi les trois primipares, une seule femme a eu l'occasion de discuter de la césarienne avec un médecin. Sa césarienne était programmée. Elle a estimé qu'on lui avait bien expliqué en quoi cela consistait. Les deux autres primipares ont été césarisées en urgence, et disaient ne pas avoir reçu d'informations relatives à la césarienne pendant leur grossesse, en dehors de la préparation à la naissance pour l'une d'elles.

Aucune multipare ne s'est souvenu que le sujet ait été abordé à leur première grossesse. Mmes E et F ont pu en discuter avec un médecin pour leurs deuxième et troisième césariennes itératives, donc programmées. Mme D et G ne se rappellent pas avoir abordé le sujet avec un médecin ou une sage-femme durant leurs grossesses

suivantes. Pourtant, la deuxième césarienne de Mme D a été programmée au neuvième mois pour terme dépassé en cas de non mise en travail, la question a donc probablement été évoquée.

En dehors des situations de pathologies prévisibles, il semble que la question de la césarienne est très peu abordée lors de la grossesse. Or, ces femmes sont particulièrement exposées à un risque de césarienne.

3.2. Par la préparation à la naissance

Mme E et G étaient, à leur première grossesse, depuis peu sur le territoire français. Elles ne se sont pas rappelé qu'on leur ait proposé des cours de préparation à la naissance à aucune de leur grossesse. Mme E a regretté de ne pas y avoir eu accès. Pour Mme B, la préparation à la naissance était programmée mais elle n'a pas eu le temps d'y assister étant donné son accouchement très prématuré. Mme C a assisté à deux cours mais a déclaré qu'elle ne se sentait pas bien, que ce n'était pas fait pour elle.

Quant au fait d'aborder le sujet de la césarienne pendant les cours, Mme F a eu le sentiment suivant : « C'est le sujet qu'on zappe vite fait parce que je vois, même dans les yeux des personnes qui étaient dans la même pièce, tout de suite le mot césarienne il fait peur. » Mme D nous a raconté la visite des salles de naissance, elle ne se sentait pas concernée par le bloc opératoire : « Je me souviens ils ont dit : « Bah si vous avez une césarienne, on va au bloc là-bas. » Je n'y ai même pas jeté un œil, je regardais plus les chambres, les étrières, comment se poser et tout, mais pas le bloc. » Mme A s'est souvenu d'un discours plutôt rassurant : « Ce n'est pas difficile, tu ne sens pas la douleur. On va te mettre une pique pour s'endormir. »

Selon ces témoignages, la césarienne a été très brièvement abordée lors des cours de préparation à la naissance.

4. Déroulement de la césarienne

4.1. L'annonce des césariennes

Nous avons pris le parti, ici, de relater chaque histoire une à une, étant donné la singularité de chacune d'elle, afin de ne pas les dénaturer. Il nous a paru judicieux de distinguer les primipares et les multipares, permettant pour ces dernières de mettre en avant l'évolution de leurs réactions. Un tableau permet de resituer le contexte des césariennes.

4.1.1. Les primipares

Mmes	A	B	C
Génération immigration : femme conjoint	1 ^{ère} 2008	2 ^{ème} années 70	2 ^{ème} années 70
	1 ^{ère} 1990	Métis	1 ^{ère} 2000
Urgente/programmée	urgente	Urgente	Programmée
Indication	Echec de déclenchement pour pré-éclampsie	HELLP Syndrome à 26 SA	ATCD chirurgie de l'utérus

Le médecin a expliqué à **Mme A** que, s'il ne pratiquait pas rapidement la césarienne, l'enfant risquait d'avoir de graves problèmes et de mourir. Les sentiments qu'elle a ressentis à ce moment sont l'étonnement, la peur. Elle a pleuré. Elle a précisé : « Franchement je ne voulais pas la césarienne. » Elle a demandé à ce qu'on attende un peu, mais le col ne se dilatant pas, elle s'est vue obligée d'accepter. Son mari l'accompagnait, rassurant, l'a poussé à accepter : « Il faut accepter parce que tu vas trop souffrir. C'est comme ça. »

Mme B a été hospitalisée pendant 24h avant l'intervention. Durant l'entretien, elle a déploré le manque d'information délivrée pendant ce temps. Lorsque l'équipe est venue lui annoncer qu'il fallait réaliser la césarienne dans l'immédiat, elle pensait qu'elle allait rentrer à son domicile. « Il y avait quatre docteurs qui sont venus. Ils m'ont dit : « On y va ! » J'ai dit : « On va où ? » Ils ont dit : « On va vous faire accoucher, il n'y a pas une minute à perdre. » Pourtant, un pédiatre était venu lui expliquer les modalités de prise en charge des enfants prématurés. Mais cela était discordant avec l'absence d'information sur le versant obstétrical. A l'annonce, Mme F a pleuré. Elle avait le sentiment d'être dans un « cauchemar ». Elle a précisé que c'était davantage la prématurité que la césarienne qu'elle appréhendait. Par ailleurs, Mme B a rappelé que la personne qui poussait le fauteuil sur lequel elle était amenée au bloc lui a fait comprendre qu'elle risquait « d'y rester », attitude extrêmement anxiogène que Mme B a dénoncée. Son conjoint l'accompagnait, c'est un homme introverti selon elle, il ne s'est pas exprimé. Mme B a pu joindre sa mère par téléphone qui a été très rassurante. Elle lui a dit : « T'inquiètes pas, ils sont là, ils savent ce qu'ils font. » Elle a ajouté : « Dieu est grand, Allah est grand ! » Cela rappelle que pour certains Africains, l'issue de l'accouchement est déterminée par Dieu, ce qui, visiblement, ne s'oppose pas nécessairement à la césarienne. Mme B est de confession musulmane.

Mme C s'attendait à l'indication de la césarienne étant donné son antécédent. L'annonce a été précoce, au 6^{ème} mois. Le gynécologue-obstétricien a pris l'avis d'un confrère, et ils se sont accordés pour une césarienne programmée. Il lui a été demandé si

elle avait peur, et si elle acceptait. C'est elle qui, par ailleurs, appréhendait intimement moins la césarienne que la voie basse. Elle a donc reçu cette décision sereinement : « J'ai dit que j'acceptais, que de toute façon fallait bien qu'il sorte un jour ou l'autre. S'il fallait que ce soit une césarienne, je ne vois pas ce que je pouvais faire d'autre. Je ne me suis pas sentie déçue ou quoi que ce soit. Comme quelque part j'avais plutôt envie d'avoir une césarienne... » Son mari, qui l'accompagnait à toutes les consultations, a ressenti une déception à l'annonce. Mme C a reconnu que son mari pense que les médecins font des césariennes pour limiter les naissances. Il a émis des réserves ce qui a embarrassé Mme C. Ils ont pu en rediscuter tous les deux, et son mari a compris que la décision de césarienne se justifiait par les antécédents.

4.1.2. Les multipares

Mmes	D	E	F	G
Génération	2 ^{ème} années 70	1 ^{ère} 2002	1 ^{ère} 1979	1 ^{ère} 1998
immigration : femme conjoint	Origine française	1 ^{ère} 1989	1 ^{ère} 1984	1 ^{ère} 1998
1^{ère} césar : U/P	Urgente	Urgente	Urgente	Urgente
Indication	Stagnation de la dilatation + suspicion infection	RCIU sévère à 32 SA	Echec de déclenchement pour RPM	HTA
2^{ème} césar : U/P	Programmée	Programmée	Programmée	Urgente
Indication	Utérus cicatriciel+non mise en travail à 41 SA+2J	Bassin rétréci au pelviscan + utérus cicatriciel	Bassin rétréci au pelviscan + utérus cicatriciel	HTA à 36 SA
3^{ème} césar : U/P		Programmée	Programmée	
Indication		César itérative	César itérative	

A sa première césarienne, lorsque l'équipe est venue lui annoncer la nécessité de la réaliser, **Mme D**, fébrile, n'a pas réagit. Elle disait être complètement « déconnectée ». Le conjoint de Mme D a eu peur, était inquiet, et déçu selon elle. Le couple a cependant bien compris l'indication de césarienne. Par ailleurs, Mme D nous a informés que son premier enfant pesait 4350g et n'a pas fait le lien avec la stagnation de la dilatation. Lorsque nous avons soumis l'idée d'une disproportion foeto-pelvienne, cela ne semblait pas avoir été abordé. A sa deuxième grossesse, la voie basse a été accordée. L'augmentation du risque d'avoir de nouveau une césarienne ne lui avait pas été transmise. Elle avait grand espoir d'accoucher par voie basse et s'était dit : « Le deuxième, j'accouche normalement, c'est clair ! » A sa consultation du 9^{ème} mois, on lui a annoncé que si à 41 SA et 2 jours elle n'avait pas accouché, on lui ferait une césarienne. Elle nous a fait part alors de sa surprise devant cette décision : « Ils avaient déjà programmé la césarienne. Moi, j'étais pas au courant. » A la fin de sa grossesse,

Mme D a tout mis en œuvre pour favoriser la mise en travail : « Je faisais des exercices, j'ai fait les cours de préparation à l'accouchement, pareil que pour le premier, mais j'ai tout repris à zéro. Je me suis dis : « Je vais accoucher normalement... Mon challenge c'est d'éviter la césarienne. Je le veux et je fais tout pour ! » Je marchais, je faisais le ménage... » Cependant, arrivée à ce terme, Mme D ne s'est pas mise en travail. Elle nous a fait part de sa grande déception, et a exprimé une certaine amertume vis-à-vis de cette décision : « C'était comme si c'était fataliste en fait. J'ai eu une première césarienne, je me dis : « Bon, ils ne se prennent pas la tête, ils se disent : “ C'est une femme à césarienne, on lui fait une césarienne” ». Ils ne m'ont pas expliqué pourquoi ils m'ont fait une césarienne. »

Pour la première césarienne de **Mme E**, l'urgence était relative, permettant la discussion. Les médecins et sages-femmes lui ont dit que si la grossesse était prolongée d'une semaine, l'enfant allait mourir. Ils ont précisé qu'elle avait le choix, et ont insisté sur le fait que la césarienne sauverait l'enfant. Mme E, récemment arrivée en France, a ressenti la peur de mourir. Elle n'arrivait plus à respirer. Dans un premier temps, elle a refusé l'intervention. Elle a été hospitalisée, les soignants sont venus la voir régulièrement afin de la convaincre. Ils ont fait appel à une médiatrice culturelle. Mme E en a parlé en ces termes : « Elle m'a bien parlé parce que c'est quelqu'un qui est de notre pays, qui est d'origine de chez nous. Elle m'a parlé avec notre langue. Ça m'a rassuré parce que je venais d'arriver, je ne connaissais rien du tout. » Son mari était présent. Mme E nous a raconté que lui aussi avait peur, car il ne connaissait pas la césarienne, mais qu'il ne le montrait pas, et a tout mis en œuvre pour la rassurer et l'inciter à accepter la césarienne. Mme E a finalement accepté. Elle nous a dit : « J'ai décidé de sauver mon enfant et j'ai préféré faire la césarienne. » Mme E a précisé que les soignants lui ont vraiment bien expliqué la situation.

Pour sa deuxième grossesse, l'obstétricien lui a dit qu'on lui laissait le choix, le risque étant une stagnation du travail engendrant une hypoxie fœtale. Il a employé, selon Mme E, les termes suivants : « Le bébé peut ne pas pouvoir sortir, et il peut d'étouffer. » Mme E a immédiatement accepté la césarienne. Lors de la troisième grossesse, lorsque la question de la césarienne a été abordée avec Mme E, elle a anticipé les paroles du médecin en déclarant : « oui, je sais, ce sera une césarienne, je n'ai pas peur. »

A sa première grossesse, les médecins ont expliqué à **Mme F** que l'enfant était peut-être un peu gros pour son bassin, et que c'était probablement la raison pour laquelle elle stagnait, mais qu'on se laissait encore un peu de temps. La mère de Mme F

était présente et lui a immédiatement dit : « Non ne t'inquiète pas, de toute façon on ne fait pas de césarienne ! » Mme F nous a précisé que sa mère était présente à tous ses rendez-vous, et qu'elles étaient très fusionnelles. Lorsque le médecin est revenu pour confirmer la décision, la mère de Mme C a dit : « Non je ne veux pas, vous allez l'ouvrir, puis toute façon ça ne m'étonne pas... » Mme F fait partie des femmes qui ont entendu dans leur entourage que la césarienne était pratiquée pour limiter volontairement les grossesses, ce qu'a peut-être sous-entendu sa mère par ces mots. Mme F qui endurait le travail depuis plusieurs heures, était fatiguée et avait bien compris l'indication de césarienne. Elle a rusé auprès de sa mère en lui disant d'aller manger et de se reposer. Une fois partie, Mme F a dit : « Donnez-moi les papiers, je signe ce que vous voulez du moment que j'accouche ! » Par ailleurs, Mme F a pris contact avec son mari pour le prévenir. Elle nous a précisé : « Il a une peur bleue de la césarienne. Mais il a respecté mon choix. Il avait plutôt intérêt ! » Certes l'avis du mari est requis, mais cette phrase traduit la liberté de cette femme quant aux décisions qui la concernent. Si Mme F a accepté immédiatement la césarienne, il n'en demeure pas moins qu'elle l'a mal vécue : « Ma première c'était une catastrophe. J'ai très très mal vécu. J'en voulais plus après. » Et quand nous lui avons demandé si elle estimait avoir été bien informée elle nous a répondu : « Non, j'ai vraiment été larguée dans la nature. »

Pour sa deuxième césarienne, Mme F nous a expliqué que cette fois, elle a été bien préparée et que ça l'a beaucoup rassurée. Cependant, elle était déçue : « Sur le coup ça m'a fait mal. On se dit, on n'est pas comme tout le monde. » A sa troisième grossesse, Mme F espérait encore fortement accoucher par voie basse, les échographies estimant un faible poids de naissance de l'enfant. Mais l'obstétricien lui a expliqué le risque de rupture utérine. Ce fut à nouveau une déception : « Là c'est vrai j'étais déçue du fait de me dire, peut-être qu'il faut que je fasse le deuil que je n'accoucherai jamais normalement. Et je pense que c'est fait maintenant. »

A l'annonce de sa deuxième césarienne, **Mme G** nous a confié avoir eu peur. Son mari l'accompagnait, lui aussi a eu peur. Mme G a estimé ne pas avoir été préparée à cette éventualité, et le regrettait : « On vient pour une chose, puis on vous en fait une autre ». Elle a cependant accepté tout en précisant : « Je n'avais pas le choix. »

4.2. Le ressenti

Mmes B, C et D ont eu le sentiment de ne pas avoir accouché. (Annexe VII) Par la césarienne les femmes peuvent se sentir dépossédées de leur accouchement. Mme B qui a eu une césarienne sous anesthésie générale et qui n'a pas pu voir son enfant à la naissance a eu la sensation qu'on lui « arrachait son enfant ». Quand elle s'est réveillée,

elle ne pensait pas avoir accouché, et a du regarder son ventre et constater la présence du pansement pour s'en convaincre.

Parmi les femmes qui ont eu le sentiment de ne pas avoir accouché, Mmes B et Mme D ont regretté de ne pas avoir connu la douleur des contractions. Nous pouvons entrevoir le lien entre le rite de passage que représente la naissance et la victoire sur la douleur qu'il incombe.

Cependant, Mmes C, D, E et F ont estimé que la césarienne était une expérience douloureuse. (Annexe VII) Ces témoignages soulèvent un certain paradoxe. Certaines femmes regrettent de ne pas avoir ressenti la douleur des contractions, et ce sont parfois ces mêmes femmes qui ressentent la césarienne comme douloureuse. Cela pose la question du sens donné à la douleur. Pour Mme E : « La première fois ça faisait vraiment mal. Pour les autres ça allait, j'avais l'habitude. Je savais ce qui m'attendait. » Elle a confirmé ici le fait qu'un acte réalisé sans préparation est plus douloureux.

Mmes A, C et F ont exprimé la joie relative au fait d'avoir mis au monde un enfant en bonne santé, grâce à la césarienne. (Annexe VII)

Mmes B, C, D, E et G ont abordé la question de la cicatrice. Mmes B, C et D ont trouvé que la cicatrice est plus petite que ce qu'elles imaginaient. Mmes B et D se sont interrogées sur la possibilité de faire passer l'enfant par un aussi petit passage. Mme D, se rappelant de sa première cicatrice : « La première cicatrice, c'était boursoufflé et tout, c'était vraiment moche. » Pour sa deuxième césarienne, qui cette fois était programmée, elle a demandé au chirurgien : « Vous me faites une belle cicatrice. » A présent elle en est plutôt contente : « Ils ont pris leur temps, ils ont fait une belle cicatrice, c'est vraiment bien fin. » Mme C et E étaient d'avis qu'elles avaient une belle cicatrice. Mme C a précisé : « Si on ne dit pas aux gens qu'on a eu une césarienne, ils ne sont pas censés savoir. » Cela témoigne de sa préoccupation relative au regard que peut porter l'autre sur elle, dans un milieu où la césarienne peut avoir mauvaise presse. Mme G nous a confié être toujours gênée par sa cicatrice qui la démange. Mme B avait peur que sa cicatrice se rouvre. Elle a ajouté : « C'est un truc qu'on n'oubliera pas parce que c'est dans notre corps, et même si ça ne se voit pas, on le sait quand on touche, on sait qu'on a une trace de la cicatrice. ». Mme B semble porter sa cicatrice comme le stigmate d'une expérience douloureuse, qu'a été son accouchement à 26 SA.

Mme B a été la seule des femmes interviewées à être césarisée sous anesthésie générale. Elle nous a confié sa peur de ne pas se réveiller, de ne pas maîtriser la situation, de remettre sa vie dans les mains d'autres personnes : « On se dit qu'on va peut-être jamais se réveiller, que peut-être ils vont se rater. » A ses trois interventions

qui ont été réalisées sous anesthésie locorégionale, Mme E craignait de ne pas se réveiller si elle s'endormait en salle de réveil, suite à l'intervention.

Enfin, Mmes B et F regrettaient de ne pas être les premières à profiter de l'arrivée de l'enfant, ce dernier restant rarement avec sa mère en salle de réveil.

5. Impact de la césarienne

5.1. Relation à l'enfant

La médiatrice culturelle nous a raconté l'histoire d'une femme césarisée contre sa volonté qui, pendant trois jours, a ignoré son enfant. Lorsqu'elle est allée la voir, la patiente lui a dit : « C'est le bébé qui m'a porté malheur. » Elle a ajouté : « Pourquoi les blancs veulent toujours donner la vie quand la vie ne veut pas venir ? Peut-être cet enfant n'est pas fait pour vivre ? Il est venu pour partir.» Toutes les femmes rencontrées ont déclaré que la césarienne n'avait pas eu d'impact sur leur relation à long terme avec l'enfant, de même que pour la relation qu'entretient leur conjoint à l'enfant. Mme C nous a tout de même informés que son mari exprimait parfois à son fils dans sa langue d'origine que sa mère avait souffert pour lui. Elle a précisé que c'était affectif.

5.2. Relation au conjoint

La médiatrice culturelle nous a expliqué que la césarienne pouvait faire basculer une relation conjugale. En effet, la femme peut-être considérée comme diminuée et ne plus pouvoir assumer son rôle social qui est de procurer à son mari une nombreuse progéniture : « Son mari va se projeter sur une autre femme en se disant : « il faut que j'épouse une autre femme, je pourrai avoir autant d'enfants. » » Elle a ajouté que les maris connaissent le risque de décès consécutif à une rupture utérine liée aux antécédents de césarienne en cas de retour au pays. Pour ces raisons, ils peuvent s'opposer à la césarienne.

Néanmoins, aucune des femmes que nous avons rencontrées n'a constaté de changement dans sa relation à son conjoint. Cependant, nous avons demandé à Mme E combien d'enfants elle envisageait d'avoir. Elle nous a expliqué qu'elle était bien avec ses trois enfants et qu'elle n'en souhaitait pas davantage. Quand nous lui avons demandé si son mari était dans la même optique, elle nous a répondu : « Lui, si il veut, il peut avoir beaucoup d'enfants. J'ai dit en tout cas moi, je reste avec mes trois enfants. » Cette remarque n'excluait donc pas que son mari puisse envisager d'avoir d'autres enfants avec une autre femme. Quant à Mme F, son mari lui a dit après la première césarienne : « Vu que c'est une césarienne, on va en faire deux et puis basta,

terminé ! » Le projet de couple s'est vu perturbé. Mais elle a à présent trois enfants et ne se prononce pas sur l'idée d'en avoir d'autres.

5.3. Relation à l'entourage

Excepté Mmes C et F, toutes les femmes ont déclaré que leur césarienne n'avait eu aucun impact sur leur relation avec leur entourage. Cependant, lors de notre entretien avec Mme G, une de ses amies congolaise s'est jointe à nous, et a assisté à notre entretien. Lorsque Mme G lui a expliqué la raison de notre venue, son amie était surprise. En effet, elle ne savait pas que Mme G avait eu une césarienne. Elle l'a félicité pour son courage parce que ça ne s'était pas vu. Cela nous laisse supposer que Mme G dissimule peut-être sa césarienne à son entourage, ce qui révélerait un certain malaise dans le fait d'en parler. Mme D nous a appris que, lorsqu'elle a eu sa première césarienne, sa mère lui a avoué en avoir eu une pour son dernier enfant. Cela révèle de nouveau que la césarienne n'est pas un sujet abordé facilement avec les proches.

Mme F a exprimé que la césarienne est un motif de discrimination pour son entourage : « Du fait d'avoir fait une césarienne, on n'est pas considéré comme les autres, celles qui ont accouché normalement. » Elle a confirmé : « On a l'impression d'être un peu mis de côté, on ne sait pas c'est quoi les contractions, c'est comme si on n'avait pas accouché. » Elle a illustré : « Certaines de mes copines je le ressens quand elles discutent. Elles disent : « Oui mais toi tu as de la chance, tu ne sais pas c'est quoi d'avoir les contractions. » Tant que tu n'as pas passé plusieurs heures à souffrir, à sentir la tête du bébé passer, c'est que n'as pas accouché.» Elle a souligné que c'était une attitude féminine : « Mais ça c'est plus les femmes. Les hommes ne sont pas comme ça chez nous. C'est pas du tout leur domaine ça. Ils en parlent très rarement. » Cette même femme avait entendu l'expression « avoir un bébé gratuit ». Cela souligne la nécessité pour certains Africains de la confrontation à la douleur des contractions utérines pour devenir mère.

Mme C a exprimé un sentiment similaire : « C'est vrai que dans notre culture, quand on accouche par césarienne c'est qu'on n'a pas accouché, et plusieurs fois on m'a dit cette phrase là : « Tu n'as pas accouché ! » » Mme C a pu se sentir blessée par ces remarques : « La première fois que j'ai entendu ça, franchement ça m'a fait mal. » Elle a alors tendance à ne pas en parler : « En général, je n'explique pourquoi on m'en a fait une. Ça me regarde, les gens n'ont pas à savoir. »

La médiatrice culturelle nous a expliqué que la césarienne est un évènement tabou dans les communautés issues d'Afrique subsaharienne. Elle nous a raconté l'histoire d'une femme qu'elle savait césarisée pour avoir été sollicitée à son chevet, qui

l'avait conviée au baptême de son enfant peu de temps après la naissance. La médiatrice nous a décrit la démarche de la femme, qui se déplaçait comme si elle avait eu une épisiotomie. Elle feignait d'avoir accouché par voie basse pour cacher sa césarienne. La jeune femme avait peur de ce que pourrait dire ses proches à son sujet : « Jeune comme ça elle a commencé par la césarienne, elle va avoir combien d'enfants... » Cette femme lui a dit : « C'est pour éviter le mauvais œil. » Mais la médiatrice nous a confié : « On cache, on a honte. »

6. Qu'est-ce qui leur a permis d'accepter la césarienne ?

Excepté Mmes C et G, toutes les femmes ont eu un regard fataliste vis-à-vis de leur expérience, et ont tenté de la dédramatiser en invoquant le destin, ou encore par des phrases du type « C'est la vie ! » (Annexe VIII)

Sauf Mme G, toutes les femmes ont déclaré que le plus important était que leur enfant était en bonne santé. Parmi elles, seulement deux ont évoqué également l'importance de leur propre état de santé. Par ailleurs, Mmes B, C, D et F ont évoqué spontanément la chance d'avoir accouché en France plutôt que dans leur pays d'origine. Mme F nous a expliqué qu'elle utilisait cet argument auprès de ses amies qui avaient tendance à dénigrer la césarienne : « C'est ce que je dis aux Africaines : « Vous dites : au pire la césarienne ! Mais au pays quand il n'y en a pas, ça se termine toujours mal. » En Afrique, quand il n'y a pas de césarienne, qu'il n'y a rien, qu'est-ce qu'il se passe ? La maman elle meurt, le bébé il meurt. Tout ça pour une peur d'une césarienne, il faut un moment revoir un peu ses priorités. »

Mais qu'en est-il des conceptions traditionnelles de la naissance et comment composent-elles avec ? Deux femmes nous ont apporté des éléments de réponse.

Mme F nous a fait part de sa réflexion : « Je ne me dis pas que, parce que je n'ai pas accouché normalement, je suis différente, qu'il me manque quelque chose. L'important c'est qu'on a fait nos neuf mois tout le monde pareil, avec nos petits tracas. On a chacun notre corps qui est différent et puis il faut faire avec. » Elle a dit utiliser ces arguments auprès de ses amies qui avaient tendance à la « mettre de côté » : « Au final, le bébé n'est pas sorti comme le vôtre, mais c'est pareil. La douleur, la joie, elle est identique ».

Mme C, qui s'est sentie blessée par certaines réflexions entendues dans son entourage telles que : « tu n'as pas accouché », nous a expliqué sa vision des choses : « Je comprends que ce soit différent d'un accouchement par voie basse mais moi la césarienne, je ne la vis pas comme une punition ou un échec de ne pas avoir pu

accoucher naturellement. Je ne me sens pas moins mère. Mon enfant, je l'ai porté comme n'importe quelle femme. Je n'ai pas accouché, mais j'ai mis au monde quand même, d'une autre façon. Après je ne vois pas où est la différence (...) Parce que c'est quand même une opération, après la césarienne, il faut s'en remettre... Je sais que pour ma part, après ma césarienne, je ne pouvais marcher droite, ça tirait un petit peu. Pour me laver j'avais besoin d'aide, je ne pouvais pas porter, je ne pouvais rien faire. Même à la maison, je ne pouvais pas me donner a fond dans des activités, faire le ménage tout ça... Il y a beaucoup de fatigue et tout.»

Enfin trois femmes ont minimisé l'ampleur de leur cicatrice, qui apparaissait dans la littérature comme la trace indélébile de l'échec de l'accomplissement de la femme à travers sa maternité. (Annexe VIII)

7. Si c'était à refaire ?

<i>Question</i>	<i>S'il fallait vous refaire une césarienne, quelle serait votre réaction ?</i>
Mme A	Préférerait ne pas faire d'autre enfant que de revivre la césarienne.
Mme B	Accepterait, mais souhaiterait connaître l'accouchement voie basse.
Mme C	Accepterait sans problème, comme la première.
Mme D	Se demande si « sur un coup de folie », ne tenterait pas la voie basse à domicile, mais précise que son mari l'en empêcherait.
Mme E	Dit « bien aimer la césarienne ». Ne souhaite plus faire d'enfant, mais accepterait sans problème.
Mme F	A fait le deuil de l'accouchement voie basse, serait déçue mais accepterait.
Mme G	Ne souhaite plus faire d'enfant, mais préférerait la voie basse.

8. Le rapport au corps médical

8.1. La confiance

Excepté Mmes B et D, toutes les femmes déclarent faire confiance au corps médical, à sa compétence. Mme C a exprimé ce sentiment : « Moi, je sais que je n'irai pas à l'encontre de la décision du médecin, je me dis que ce n'est pas mon domaine, je n'ai pas envie de jouer avec ma vie. » Selon Mme F : « Je pense qu'ils ont une grande responsabilité, ils font leur boulot du mieux qu'ils peuvent. »

8.2. La méfiance

Mmes C et G ont exprimé leur étonnement sur les pratiques de la césarienne en France, notamment chez les Africaines. (Annexe IX)

La médiatrice culturelle nous a confié qu'il circulait dans sa communauté l'idée selon laquelle les médecins faisaient volontairement des césariennes aux Africaines pour limiter leurs capacités à enfanter. Elle nous en a donné un élément d'explication. Elle

nous a raconté que dans les années 1980, la physiologie du travail des Africaines était peu connue, elles étaient de ce fait souvent césarisées. Les maris ont fait appel à des associations pour dénoncer ces pratiques. En effet, les femmes Africaines avaient souvent des grossesses rapprochées incompatibles avec l'utérus cicatriciel, ce qui majorait le risque de rupture utérine. Les obstétriciens, pris au dépourvu, ont été contraint de réaliser de nombreuses hystérectomies, abolissant définitivement les capacités de procréation des femmes. Beaucoup en ont conclu que les médecins stérilisaient volontairement les femmes africaines. C'est à partir de là que des médiatrices culturelles ont été formées afin d'atténuer le conflit par le dialogue. Mme C et F ont confirmé que cette même idée circulait dans leur entourage. Mme C a précisé que les jeunes aussi le pensaient. Elles ont évoqué le manque de confiance qu'ont certains Africains à l'égard des décisions médicales. (Annexe IX) Par ailleurs, elles ont exprimé un certain recul, un regard critique vis-à-vis des préjugés qui circulaient dans leur communauté. Selon Mme C : « Les africains, si on ne leur dit pas : « Faites des enfants, faites des enfants ! » ça veut dire qu'on ne veut pas qu'ils aient des enfants. » Pour Mme F : « Les Africains ils ont cette manie de nous dire ça : « Ils te font des césariennes pour que tu n'aies pas beaucoup d'enfants. » » Dans notre population, Mmes B et D ont mis en doute les décisions médicales prises dans leur cas. (Annexe IX)

8.3. Qualité de la relation

Quatre femmes ont trouvé l'attitude du corps médical rassurante, et estiment avoir été bien accompagnées. Mme A nous explique que les sages-femmes l'encourageaient beaucoup et lui donnaient confiance en elle : « Les sages-femmes étaient fières de moi, parce que c'était dur mais j'étais courageuse quand même. »

Mme C déplore le manque de communication, elle estime ne pas être avoir préparée psychologiquement, et espère qu'elle sera mieux informée pour sa prochaine grossesse. Elle reproche à certains soignants des paroles inadaptées et anxiogènes. Selon la médiatrice culturelle : « A l'hôpital, il y a moins d'explications, d'information par rapport au patient. Les médecins, et même les sages-femmes, ils sont tellement occupés, maintenant tout est technique (...) Et ça, ça manque énormément. »

Mmes C, D et F pensent que le discours n'est pas adapté aux Africaines. (Annexe IX)

8.4. Les refus de césarienne

La médiatrice culturelle nous a fait part de trois histoires marquantes de refus de césarienne. (Annexe X) Elle a exprimé sa réflexion sur le sujet : « Les gens, ils ont leurs croyances, leurs pensées. Va dire ça au médical ! »

Discussion

Les représentations de la césarienne

Nous avons retrouvé dans notre population, et à travers le discours de la médiatrice culturelle, un certain nombre de représentations de la césarienne évoquées dans la revue de littérature.

La césarienne peut être associée à la peur de mourir, probablement parce qu'en Afrique cette intervention est particulièrement risquée. Parmi les femmes que nous avons rencontrées, certaines pensent qu'une première césarienne les condamne à l'intervention pour les prochains accouchements. La limitation des naissances qu'elle implique, est un motif de préoccupation. Certaines femmes ont évoqué l'idée qu'il était fait sur les Africaines davantage de césariennes que sur les Européennes. Et certains Africains pensent que c'est dans l'intention de limiter les naissances chez ces femmes que les médecins y procèdent. Certes ces représentations s'appuient sur des arguments médicaux. Cependant, dans un versant plus spirituel, les femmes pensent que la césarienne n'entre pas dans l'ordre des choses, elle est anormale. Elle peut constituer un échec de l'accomplissement de la femme dans ses capacités à enfanter, notamment par l'absence de confrontation à la douleur des contractions.

La littérature fait état d'implications religieuses dans le vécu de la césarienne, la plaçant comme allant potentiellement à l'encontre de la volonté de Dieu ou des ancêtres, et étant de ce fait mal acceptée. (29) La médiatrice culturelle a étayé ces références à travers l'histoire de certaines femmes. Cependant, les femmes interviewées n'y ont pas fait allusion, excepté Mme B dans le discours de sa mère. Elles n'ont également pas assimilé la césarienne à la punition d'une faute commise par la femme. Si la faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas de conclure que ces représentations ne sont pas effectives, cela pose tout de même la question de l'importance des croyances dans les représentations de la césarienne. Nous pouvons nous demander si la religion n'est pas moins influente que les autres implications culturelles.

Nous avons pu, grâce à un faible échantillon hétérogène, révéler un large panel des représentations qui circulent, selon la littérature, dans les communautés issues d'Afrique subsaharienne. Nous pouvons alors supposer que ces conceptions sont relativement étendues, étant donné la diversité des origines de notre population. Par ailleurs elles sont présentes chez les deux générations rencontrées. Nous pouvons alors considérer qu'elles ne s'effacent pas avec le temps. Enfin, elles ne s'éteignent pas avec la migration étant donné que notre population représente des femmes nées en Afrique et d'autres en France. Ces représentations peuvent potentiellement orienter les comportements des parturientes, en se traduisant notamment par le refus, comme en

témoigne la médiatrice culturelle. N'oublions pas que les femmes s'appuient également sur des conceptions individuelles pour élaborer leurs choix. Mais elles évoluent dans des milieux qui, eux aussi, vont exercer une influence.

La pression de l'entourage

Les hommes étaient perçus, dans la littérature, comme potentiellement à l'origine des refus, et peu enclins à accepter la césarienne. (29) Lorsque nous avons demandé à la médiatrice culturelle comment se positionnaient les conjoints dans les situations auxquelles elle a été confrontée, elle nous a indiqué qu'ils s'opposaient souvent à la césarienne. Elle a précisé que c'était en premier lieu la femme qui refusait la césarienne, mais que cela était lié à une perte de statut vis-à-vis du conjoint en cas de limitation des naissances. Notons que la médiatrice est appelée dans des situations critiques de refus, et est donc confrontée à une population différente de la nôtre. Cependant, Mme E n'excluait pas l'éventualité que son mari continue à faire des enfants avec une autre femme, car elle n'en voulait plus. Cette menace de partager la vie conjugale avec une coépouse semble donc être une réalité. Dans notre enquête, la plupart du temps, l'avis du conjoint était requis, ce qui confirme son rôle décisionnel en ce qui concerne la femme, conformément à la littérature. Sauf pour une femme dont le mari émettait des réserves quant à l'indication de césarienne, les conjoints ont été un soutien pour les femmes quant à son acceptation. Il semble que certains aient même contribué à convaincre leur femme d'accepter la césarienne, alors qu'elle la refusait au préalable. Nous pouvons supposer que lorsque le médecin obtient l'aval du conjoint pour réaliser la césarienne, l'acceptation de la femme en sera favorisée. Cet élément peut être exploité dans les situations de refus de la part des femmes. Cela nous amène, par ailleurs, à nous demander si les hommes des communautés d'Afrique subsaharienne, n'ont pas plus confiance que les femmes en la décision des médecins de réaliser une césarienne. Alors que la littérature laissait entendre que le conjoint influençait le choix de la femme dans le sens du refus, notre étude révèle que son influence s'exerce au moins autant dans le sens de l'acceptation.

Dans la littérature, la femme, en enfantant, participe au destin du groupe, et pour cette raison peut être soumise à ses décisions. Le mari n'est pas seul à donner son avis, le rôle important des femmes dans la perpétuation des traditions, et à plus forte raison des femmes âgées est à souligner. (65) A plusieurs reprises nous avons pu constater le rôle prépondérant d'accompagnement par la mère des parturientes pendant la grossesse. L'une d'elle s'était opposée à la décision de césarienne pour sa fille.

Toujours dans la littérature, il apparaît que les femmes peuvent craindre des moqueries venant de leur entourage lorsqu'elles sont porteuses d'un utérus cicatriciel. (26, 29) Mmes C et F ont en effet évoqué les remarques discriminantes, parfois blessantes, d'amies, du fait qu'elles n'aient pas accouché par voie basse. La médiatrice culturelle a mis l'accent sur la dimension tabou de la césarienne, évènement caché comme une chose honteuse. Elle donnait l'exemple de cette femme qui adoptait une démarche, en présence de ses proches, évoquant la réalisation d'une épisiotomie. Dans notre enquête, deux témoignages nous ont laissé comprendre que la césarienne était un évènement dont les femmes ne préféraient pas parler. Notre entretien avec Mme G a révélé à son amie présente qu'elle avait eu une césarienne, la césarienne de Mme D a été l'occasion pour sa mère de lui avouer qu'elle aussi, avait eu une césarienne pour son dernier enfant. Pour quatre femmes, la césarienne semblait donc poser problème dans leur relation avec l'entourage, se traduisant soit par le fait de dissimuler la césarienne, soit par des remarques blessantes de la part d'amies.

Ces éléments montrent l'influence potentielle de l'entourage dans le vécu de la césarienne. En effet, l'appartenance à la communauté, si elle confère à la femme en exil un sentiment de sécurité, implique le respect de ses codes culturels, avec lesquels la césarienne peut être en opposition. Il paraît essentiel de considérer cet élément dans l'accompagnement que nous proposons à la maternité. Convaincre la femme du bien-fondé de la césarienne peut nécessiter de convaincre également le mari, et quelquefois la famille. Dans la littérature, il apparaît que l'avis d'un marabout ou d'un détenteur du culte est parfois sollicité par la famille. (29) La communication doit pouvoir donc s'établir jusqu'à ces personnes extérieures.

Nous pouvons dès à présent se demander quelle influence exerce le degré d'imprégnation culturelle de la femme dans le vécu de la césarienne ?

L'influence du degré d'acculturation dans le vécu de la césarienne

L'acculturation est un processus complexe, difficile à évaluer, de surcroît sur une heure d'entretien. Cependant certains éléments peuvent nous orienter : la génération d'immigration de la femme et de son conjoint, l'année d'immigration, l'origine du conjoint, le niveau d'études, le fait d'avoir un emploi en France, la tenue vestimentaire. Nous allons tenter d'établir un lien entre le degré d'acculturation des femmes et leur vécu de la césarienne.

La première génération d'immigration

Quatre femmes appartiennent à une première génération d'immigration. Parmi elle, Mme F est arrivée à l'âge de deux ans en France, nous la considérons donc comme appartenant à la deuxième génération. Les trois autres femmes étaient en tenue traditionnelle au moment de l'entretien.

L'histoire de l'accouchement de Mme A et celle du premier accouchement de Mme E sont similaires. Elles étaient récemment arrivées en France et n'avaient pas de diplômes. Leurs conjoints étaient en France depuis 1990 et travaillaient tous les deux. Elles ont très mal vécu leur césarienne. Les deux femmes ont, dans un premier temps, refusé l'intervention. Leurs maris ont tous deux contribué à les rassurer et à les convaincre d'accepter. Mme A dit préférer ne pas refaire d'enfant que de revivre cette expérience. Par la suite, Mme E a suivi une formation en France, et travaille. Pour les deux grossesses suivantes, Mme E a très bien vécu ses césariennes et dit préférer désormais la césarienne.

Mme G est en France depuis 1998. Elle n'a pas fait d'études. Le couple est sans emploi. Elle a eu deux césariennes pour sa deuxième et quatrième grossesse. Elle a mal vécu les interventions, mais les a acceptées immédiatement. Elle n'a pas su exprimer l'origine de ces mauvais vécus. Si elle s'interroge sur les taux de césariennes pratiqués en France, elle dit tout de même avoir confiance envers les décisions du corps médical.

Nous pouvons supposer que les femmes récemment arrivées en France sont peu enclines à accepter l'intervention. Il est possible qu'elles appréhendent davantage la césarienne étant donné l'image qu'a cette intervention dans leur pays d'origine. En effet, il s'agit dans ce contexte d'une opération à haut risque. Par ailleurs, la représentation traditionnelle du statut de la femme valorisé par sa capacité à enfanter peut être plus prégnante. Dans les deux premiers exemples, les conjoints étaient présents depuis 20 ans en France, ce qui peut être à l'origine d'un degré d'acculturation plus grand, et ont favorisé l'issue du conflit en contribuant à convaincre leurs femmes du bien-fondé de la césarienne.

La deuxième génération d'immigration

Mme D a fait des études, elle travaille. Elle n'est pas en tenue traditionnelle. Elle est pacée avec un homme d'origine française. Elle habite dans un pavillon moderne, dans un village. Mme D a immédiatement accepté sa première césarienne. Elle regrette beaucoup sa deuxième, et se demande si elle n'aurait pas du aller à l'encontre de la décision des médecins. Elle n'est pas totalement décidée à accepter une nouvelle intervention pour sa prochaine grossesse. Elle souhaite profondément « accoucher

normalement », elle a le sentiment de ne pas avoir accouché. Elle est donc à risque de refuser une prochaine césarienne. Pourtant, le degré d'acculturation de cette femme nous paraît important. Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'hostilité de cette femme à l'égard de la césarienne est liée à des caractéristiques individuelles, indépendantes de la culture.

Mme F a fait des études et travaille. Elle est en tenue traditionnelle. Elle est mariée à un Mauritanien vivant en France depuis 1984. Elle a très mal vécu sa première césarienne et était très déçue aux deux autres. Elle aurait aimé « accoucher normalement ». Elle n'a cependant jamais refusé les interventions. Elle et son mari disent avoir confiance en les décisions des médecins.

Mme B est mère au foyer mais a déjà travaillé en tant qu'aide-soignante. Elle n'est pas en tenue traditionnelle. Son conjoint est métis français-ivoirien. Elle a mal vécu l'expérience de son accouchement par césarienne, mais cela est indépendant de l'intervention. Elle n'appréhende pas particulièrement la césarienne.

Mme C est en formation. Elle est en tenue traditionnelle. Son mari est d'origine sénégalaise et est en France depuis 2000. Mme C a immédiatement accepté sa césarienne, qu'elle préférerait à l'accouchement voie basse. Cette femme nous a longuement parlé du parcours de sa famille, et dit être très attachée à ses origines. Cela évoque donc une démarcation de cette femme vis-à-vis des caractéristiques culturelles de sa communauté, par un processus individuel, malgré une forte attache sentimentale à ses origines. Son mari a été le seul conjoint à émettre des réserves quant au bien-fondé de l'indication de césarienne. Nous pouvons noter que celui-ci était potentiellement le conjoint le moins acculturé de notre population, étant arrivé le plus récemment en France, en 2000.

Il apparaît que, dans cette deuxième génération d'immigration, les sentiments relatifs à la césarienne sont très variables. La diversité des processus acculturatifs peut être à l'origine de ces variations. Si certaines acceptent très facilement l'intervention, voire la demandent, d'autres la vivent très mal. Le corps médical n'est pas à l'abri d'un refus venant de cette génération, malgré un degré d'acculturation paraissant important. Selon la médiatrice culturelle, il ne faut pas négliger l'ancrage culturel, quel que soit le milieu, le pays d'origine et la génération. Cependant, l'histoire de Mme C et D nous montre qu'il convient de ne pas enfermer ces femmes dans des stéréotypes, étant donné leurs capacités à se démarquer de leur culture, et à faire des choix qui s'appuient sur des conceptions individuelles, qu'il s'agisse du refus ou de l'acceptation de la césarienne.

Cela s'apparenterait à de l'ethnocentrisme sous la forme du relativisme culturel, conception délétère pour la relation soignant-soigné.

Indépendamment du degré d'acculturation, nous avons pu mettre en avant le rôle d'une préparation psychique à la césarienne.

Le rôle d'une préparation psychique à la césarienne

Notre population comprenait des femmes ayant eu une césarienne en urgence ou programmée, et des femmes ayant eu une ou plusieurs césariennes.

Les césariennes en urgence ont été dans la plupart des cas mal vécues. Cela tient probablement au fait qu'un acte réalisé sans préparation peut être davantage traumatisant, ce qui s'applique bien entendu à toutes femmes.

La seule primipare ayant bien vécu son intervention était Mme C. Il s'agissait d'une césarienne programmée pour un antécédent de chirurgie sur l'utérus. L'éventualité de la césarienne avait été évoquée avant la grossesse, ce qui lui a laissé le temps d'intégrer l'idée de la césarienne. Mmes E et F ont toutes deux très mal vécu leur première intervention qui a eu lieu en urgence. L'éventualité des césariennes suivantes ont été évoquées avant même leur deuxième grossesse, étant donné un pelviscan révélant un bassin rétréci. Leurs deux autres césariennes étaient programmées et ont été bien vécues, car elles savaient à quoi s'attendre. Elles estiment avoir bien compris l'indication de ces césariennes. Par ailleurs, cela n'empêche pas Mme F de regretter fortement de ne pas avoir accouché « normalement ».

Mme D a relativement bien vécu sa première césarienne en urgence. Sa deuxième césarienne lui a posé plus de problèmes dans la mesure où elle espérait intensément accoucher par voie basse, et que l'éventualité de la césarienne n'a été évoqué qu'au neuvième mois. Elle n'a pas compris l'indication de cette deuxième césarienne, pourtant programmée. Elle estime cependant que l'intervention s'est bien déroulée.

Les caractéristiques culturelles des patientes originaires d'Afrique subsaharienne peuvent rendre le vécu plus difficile. Mais notre étude montre que, sous couvert d'explications et d'une bonne compréhension de l'indication de césarienne, les femmes semblent prêtes à l'accepter plus sereinement. La préparation psychologique des patientes est donc fondamentale dans cette population, parfois peu familiarisée avec les pratiques occidentales de l'obstétrique, et davantage susceptible de refuser l'intervention. Cette préparation passe par l'information.

L'information aux patientes

Conformément au Code de Santé Publique, le consentement éclairé par une information loyale, claire et appropriée apparaît comme un droit du patient et une obligation du médecin. (81) En cas de refus de soin, les soignants doivent tout mettre en œuvre pour convaincre la patiente d'accepter la prise en charge, notamment en délivrant une information alourdie sur les conséquences de son choix. (85) Lorsqu'il s'agit de césarienne en urgence, le temps de négociation peut mettre en péril la vie de la mère et de l'enfant. Une information en amont de ce type de situation serait donc appropriée. Or, il apparaît dans les témoignages de notre population que la question de la césarienne était peu abordée en dehors des césariennes programmées, ou dans des situations d'urgence relative, permettant un temps d'information. Nous pouvons donc nous demander si l'information délivrée est suffisante, ou si les femmes sont disposées à l'entendre. Etant plus exposées à la césarienne, et davantage en mesure de la refuser, nous pouvons nous demander s'il serait pertinent de délivrer systématiquement à ces femmes une information « alourdie » ? Néanmoins, il ne s'agit pas non plus d'angoisser les femmes en insistant largement sur la césarienne, intervention qui suscite déjà chez elles une certaine inquiétude. La transmission de ces informations mérite donc une réflexion. D'autant que durant la grossesse, plusieurs temps sont consacrés à l'information des femmes sur la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital : l'entretien du quatrième mois, les cours de préparation à la naissance.

Systématiquement proposé, mais non obligatoire, l'entretien du quatrième mois est destiné à « mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents » (Annexe XI). Chez ces patientes dont les attentes peuvent être en forte inadéquation avec la prise en charge de la naissance proposée dans les maternités, il doit leur être fortement recommandé. La présence du mari à cet entretien peut être utile, dans la mesure où la femme est parfois dépendante de ses décisions. Il pourrait permettre d'aborder les représentations du couple, relatives à la césarienne. La sage-femme pourrait détecter les femmes risquant de refuser la césarienne. Elle pourrait alors leur délivrer une information adaptée et renforcée. Elle pourrait également envisager un accompagnement particulier. Celui-ci s'appuierait sur un réseau incluant les PMI et les associations de femmes africaines, autour desquelles gravitent des médiatrices culturelles. La connaissance des sages-femmes sur les caractéristiques culturelles des femmes originaires d'Afrique noire est essentielle dans ce contexte, afin que cet entretien corresponde à une approche interculturelle. Une formation en anthropologie de la naissance peut être pertinente pour

les sages-femmes en charge de ces entretiens. C'est seulement au terme de notre enquête que nous avons dégagé la pertinence de cet entretien, ce qui ne nous a pas permis d'évaluer l'impact de celui-ci, lorsqu'il a été réalisé, dans notre population.

La préparation à la naissance classique constitue des séances d'information adressée à des groupes de femmes enceintes. Adressée au plus grand nombre, nous pouvons nous interroger sur son adéquation à certaines patientes africaines. Il est précisé lors de ces séances : les causes de la césarienne, le fait que toutes femmes y soient exposées, le déroulement de l'intervention. Dans notre population, seulement trois femmes ont assisté à la préparation à la naissance. Selon leurs témoignages, le sujet de la césarienne était peu approfondi. L'une d'elle a avoué qu'elle y avait peu prêté attention, étant persuadée qu'elle accoucherait par voie basse. Nous pouvons nous demander si l'information est suffisamment délivrée, ou si les femmes sont disposées à les entendre, étant donné leurs caractéristiques culturelles. La lecture des entretiens ne nous permet pas de conclure sur ce point. Parmi celles qui n'y ont pas assisté, Mmes E et G, récemment arrivées en France lors de leur première grossesse, ne se rappellent pas qu'on leur ait proposé. Mme E aurait aimé y avoir accès. Chez ces femmes qui n'étaient pas familiarisées avec la prise en charge de la grossesse en France et qui sont susceptibles de refuser la césarienne, il est regrettable de constater qu'aucun accompagnement destiné à les préparer à leur accouchement ne leur a été proposé. Par ailleurs, les femmes récemment immigrées peuvent se sentir dépaysées et peu enclines à participer à des réunions où l'on compte une majorité de parturientes d'origine française, où l'expression d'une culture différente peut être difficile. Mais en l'absence d'autre alternative, leur proposer les cours de préparation à la naissance paraît être le minimum, afin de leur offrir l'accès aux informations relatives à la césarienne.

Alternative

Dans l'objectif de développer une écoute à l'égard des préoccupations de ces femmes et de délivrer le discours le plus adapté possible, nous avons imaginé des réunions s'appuyant sur des modèles préexistants dans des zones à forte densité de populations migrantes originaires d'Afrique subsaharienne : les réunions de « l'Arbre à palabres » à la clinique des Bluets à Paris créées en 1996 (66), les groupes de paroles d'une recherche-action menée à Mantes-la-Jolie en 1992 (26). Dans l'idéal, ces réunions mettraient en présence des femmes immigrées d'Afrique noire, une sage-femme, un médecin, et une médiatrice culturelle. Nous préconiserions une assistance

exclusivement féminine afin que la pudeur de certaines femmes ne vienne pas brider leur discours. Parmi les femmes immigrées seraient conviées :

les femmes enceintes et toutes personnes souhaitant les accompagner permettant une importante confrontation entre représentations traditionnelles de la maternité et prise en charge de l'accouchement en France, une diffusion large des informations délivrées

des femmes ayant déjà vécu la césarienne apporteraient leur témoignage, ces dernières pouvant être recrutées depuis l'hôpital.

La médiatrice culturelle permettrait une meilleure compréhension entre les différents partis, étant donné les connaissances qu'elle détient par le contact prolongé avec les communautés concernées, et les liens qu'elle entretient avec le corps médical. Nous pourrions envisager trois étapes à cette démarche :

une première séance constituerait un temps d'écoute de ces femmes sur leurs représentations, leurs préoccupations, et leurs revendications

un temps de réflexion partagé entre le médecin, la sage-femme et la médiatrice culturelle sur l'adaptation de l'information à ce public, et sur des outils pédagogiques pertinents pour appuyer la transmission

une deuxième séance serait destinée à délivrer l'information la plus adaptée possible.

Lorsque nous avons fait part de cette idée aux femmes interviewées, elles l'ont accueillie de manière enthousiaste, apportant des suggestions supplémentaires. (Annexe XII) Elles préconisent de mettre l'accent sur :

les causes de la césarienne

les risques d'avoir de nouveau une césarienne selon les causes de la première

la description de l'intervention étape par étape

faire passer le message qu'il n'est pas réalisé de césarienne sur les Africaines pour limiter le nombre de naissances chez ces patientes

expliquer aux femmes qu'elles ne sont pas moins « mère » en ayant accouché par césarienne.

Au terme de notre enquête et des préoccupations exprimées par les femmes, d'autres informations nous semblent essentielles à délivrer spécifiquement aux parturientes africaines :

insister sur la topographie et la taille de la cicatrice qui la rendent discrète

préciser que l'intervention comporte beaucoup moins de risques en France que dans leur pays d'origine, notamment sur le versant anesthésie

faire part des risques de rupture utérine suite à une césarienne tout en relativisant la limitation des naissances en précisant qu'en les planifiant de manière rigoureuse, avec un délai supérieur à deux ans entre les grossesses, certaines femmes peuvent faire plus de quatre enfants en toute sécurité

La médiatrice culturelle que nous avons interviewée, devant un refus ou un mauvais vécu de césarienne, s'appuie également sur l'argument selon lequel le recours à l'intervention représente une chance à laquelle elles n'auraient peut-être pas eu accès dans leur pays d'origine.

Nous souhaiterions ainsi établir un dialogue productif afin d'optimiser la compréhension entre les communautés africaines et le corps médical. En effet, certaines femmes ont témoigné d'un manque de confiance de leur communauté à l'égard de ses décisions. Afin de réaliser ce projet au moindre coût, nous pourrions l'envisager dans un cadre associatif, en partenariat avec les sages-femmes de PMI, qui sont au cœur de la prévention.

Comment améliorer le vécu ?

Parallèlement au renforcement de l'information sur la césarienne auprès de ces femmes, nous avons identifié certains éléments pouvant améliorer leur vécu de cet acte.

Dans la littérature et dans les témoignages, nous avons vu que la césarienne pouvait procurer aux femmes le sentiment de ne pas avoir accouché, notamment du fait de ne pas avoir connu la douleur des contractions. (19) Il est contradictoire que les femmes se plaignent à la fois de ne pas avoir ressenti la douleur des contractions, et de la césarienne comme une expérience douloureuse. Cela pose la question du sens qu'elles donnent à la douleur. Celle des contractions semble être valorisante, alors que celle de la césarienne est évoquée comme invalidante. Mais les femmes ont fait preuve de ressources pour se revaloriser en tant que mères, et c'est dans la mise en place de celles-ci que nous devrions les accompagner. Par exemple, Mmes C et F utilisent l'argument des douleurs liées à la grossesse et à la césarienne pour compenser l'absence de celles des contractions et de l'expulsion, ce qui leur permet d'estimer qu'elles ont finalement autant de mérite que toute autre mère. Selon Mme F : « Au final, le bébé n'est pas sorti comme le vôtre, mais c'est pareil. La douleur, la joie, elle est identique ». D'autres stratégies permettraient de revaloriser l'image que les femmes ont d'elles-mêmes. Si la césarienne a été faite en per-partum, il est possible de lui rappeler qu'elle a pu ressentir la douleur des contractions utérines, qu'elle a effectué une partie du travail. Pendant la césarienne, si l'anesthésie est locorégionale, il est envisageable de proposer à

la future mère de pousser pendant l'expulsion, geste certes symbolique, mais qui pourrait lui redonner le sentiment d'être actrice de son accouchement. (77) La césarienne peut être vécue comme la punition d'une faute commise par la mère. (19) Il serait préférable dans un tel contexte de ne pas évoquer la responsabilité de la femme dans l'indication de césarienne et éviter les termes tels que : « vous ne pouvez pas accoucher par voie basse », « fatigue maternelle »... Au contraire, il conviendrait de la déculpabiliser autant que possible. Rappeler aux femmes que la césarienne est également un accouchement, au même titre que la voie basse, leur rendrait le sentiment d'avoir accouché. Afin de favoriser la mise en place du lien mère-enfant, il serait opportun, dans la mesure du possible, et dans le respect des règles d'hygiène, de proposer à la mère un temps de peau-à-peau, voire une mise au sein en salle de réveil. (77)

Le vocabulaire médical n'est pas toujours accessible, notamment aux femmes immigrées. La personnalisation du discours est essentielle dans des contextes sensibles comme celui de la césarienne. L'hôpital dispose d'un recours possible à des interprètes ou à des médiatrices culturelles, dont les interventions peuvent être très bénéfiques, comme le prouve l'expérience de la première césarienne de Mme E. Le CHU de Rouen entretient un partenariat avec des représentants des cultes monothéistes qui eux aussi, peuvent intervenir. Leur sollicitation, peu évidente dans des contextes d'urgence, doit être favorisée. Certaines paroles inadaptées par le personnel soignant peuvent être évitées : préférer « le bébé s'étouffe » plutôt que « la souffrance fœtale » ou « l'hypoxie fœtale ». (73) Le médecin qui a décidé de la deuxième césarienne de Mme E a utilisé ces stratégies qui ont été fructueuses puisqu'elle a accepté immédiatement, ce qui n'était pas le cas pour sa première césarienne. Par ailleurs, le dialogue ne doit pas s'établir avec la femme seule. En effet, nous avons vu que, dans certains cas, la parturiente subissait une certaine pression de son entourage, et n'était pas seule maîtresse de ses décisions. Le dialogue doit être la clé de la résolution du conflit. Cela passe par une écoute attentive des préoccupations du couple, et des réponses adaptées.

Enfin, les femmes de notre population ont, pour la plupart, déclaré que ce qui comptait le plus était la santé de l'enfant. Nous pouvons également utiliser cet argument dans notre accompagnement.

Le respect de la physiologie

Nous pouvons noter que, Mme E en 2003, et Mme F en 1995, ont bénéficié d'un scanner du bassin suite à leur première césarienne pour évaluer la pertinence d'une voie

basse sur les accouchements ultérieurs. Ces pratiques ne sont plus recommandées. En effet, elles posent l'indication de césarienne par excès, surtout chez ces patientes dont le bassin osseux est physiologiquement plus étroit. Il leur a été dit, suite à cet examen, qu'elle ne pouvait accoucher d'un bébé de plus de 2 kg, et ont donc eu des césariennes itératives. Ces faits traduisent des pratiques qui ont contribué à réaliser des césariennes de manière excessive chez ces femmes dont le bassin osseux est plus étroit que chez les Européennes, caractéristique qui s'intègre en réalité dans une physiologie particulière du travail.

Au CHU de Rouen, près de 10% des patientes accouchées en 2010 étaient originaires d'Afrique subsaharienne. La prise en compte de leurs caractéristiques obstétricales nous paraît donc essentielle. Le professeur Marpeau a publié un article sur cette question. (52) Une étudiante sage-femme a réalisé en 2010 un mémoire sur le rythme cardiaque fœtal des fœtus africains (76). Ces études contribuent à progresser dans le respect de la physiologie particulière de ces patientes. Mais nous avons vu qu'en France, les taux de césariennes restaient élevés chez ces femmes. Il nous paraît alors essentiel de participer à la diffusion des connaissances relatives à leurs particularités obstétricales, afin que, comme le stipule le Code de Déontologie des sages-femmes : « La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. » (80)

Conclusion

Dans l'objectif d'ajuster notre accompagnement psychologique des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, notre étude a cherché à mesurer, au sein d'une population relativement hétérogène, les implications culturelles de leur vécu de césarienne.

Nous avons pu identifier un certain nombre de référents culturels influençant ce vécu, et en minimiser d'autres, telle que la religion. Nous avons montré, d'une part, que le degré d'acculturation influençait l'acceptation des femmes à l'égard de l'intervention ; d'autre part, la culture ne fait pas tout, et l'individualité si singulière de chaque femme peut remettre à l'arrière plan les attaches culturelles, que ce soit dans des situations de refus ou d'acceptation. La considération des composantes culturelles des patientes est fondamentale dans notre accompagnement. Cependant, il convient de ne pas les essentialiser. En considérant le choix des femmes comme déterminé par leur culture, notre accompagnement ne serait pas adapté et s'apparenterait à une forme d'ethnocentrisme. En effet, ces femmes s'appuient également sur des conceptions individuelles pour orienter leurs décisions.

Par ailleurs, la préparation psychique à la césarienne et le degré de compréhension par le couple de la nécessité de la réaliser ont été déterminants dans son acceptation. L'information délivrée à ces communautés est donc fondamentale, notamment parce qu'elles entretiennent une certaine méfiance à l'égard du corps médical. Ce travail a abouti à une réflexion quant à son moyen de diffusion. Nous avons pu également proposer des pistes pour améliorer dans l'ensemble le vécu de la césarienne chez ces femmes, en la rendant culturellement plus acceptable. Par l'écoute, nous avons fait un premier pas vers l'interculturalité, dans le but d'harmoniser les conceptions traditionnelles de la naissance et la prise en charge que nous proposons aux patientes.

Nous avons mis en évidence une certaine influence de l'entourage sur les décisions de la femme. Porteur de sa culture, il peut ternir l'image que la femme césarisée a d'elle-même en tant que mère. Cependant, les conjoints qui étaient décrits dans la littérature comme étant potentiellement sources de refus, se sont révélés être très aidant dans l'acceptation de la césarienne. Cela montre à nouveau qu'il convient de ne pas enfermer les individus dans des stéréotypes.

Enfin, établir une « alliance » entre conceptions occidentales et traditionnelles ne peut-il pas enrichir nos pratiques ? N'a-t-on pas observé ces dernières années une forte promotion de l'allaitement maternel? Le portage, prolongement de la vie intra-utérine sécurisant pour l'enfant, les massages du nouveau-né, ne sont-ils pas désormais prônés dans les maternités françaises ? Pratiques largement empruntées au continent africain. Cela montre l'enrichissement qui peut émaner des échanges entre cultures.

Bibliographie

Ouvrages

AMSELLE J.-L., M'BOKOLO E. (dir.) – Au cœur de l'ethnie. Ethnies, tribalisme, et Etat en Afrique - Paris – La Découverte – 1999 – 226 pages

BARTOLI L. – Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents – Paris – Editions Payot&Rivages – 2007 – 278 pages

BENOIST Y. – Les sans-logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins – Paris – L'Harmattan – 2009 – 149 pages

BLANCHET A., GOTMAN A. – L'enquête et ses méthodes : l'entretien – Paris – Nathan – 2001 – 125 pages – collection 128

CUCHE D. – La notion de culture dans les sciences sociales – Paris – Editions La Découverte - 2001 – 123 pages

FERREOL G., JUCQUOIS G. (dir.) – Dictionnaire de l'altérité et des relations interculturelles – Paris – Armand Colin - 2003 – 354 pages

FREIDSON E. – La profession médicale – Paris – Payot - 1984

GAILLY A., LEMAN J. (dir.) – Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire – Bruxelles – De Boeck – 1991 – 159 pages – Collection L'Homme L'Etranger

GORI R., DEL VOGO M.-J. – La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence – Flammarion – 2009 – 330 pages

HERITIER F. - Masculin/féminin, la pensée de la différence – Paris - Odile Jacob - 1996

KESTELOOT L. – Introduction aux religions d'Afrique – Paris – alfAbarre – 2009 – 138 pages

LABAT C., VERMES G. (dir.) – Cultures ouvertes, sociétés interculturelles. Du contact à l'interaction – Paris – L'Harmattan – 1994 – 428 pages

LALLEMAND S., JOURNET O., EWOMBE-MOUNDO E., RAVOLOMANGA B., DUPUIS A., CROS M., JONCKERS D. – Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar – Paris – L’Harmattan – 1991 – 136 pages – collection Connaissance des Hommes

LEVY I. – Croyances et Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Eurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières – Paris - Editions ESTEM - 2002 - 481 pages

MONTOUSSET M., RENOUARD G. – 100 fiches pour comprendre la sociologie – Rosny – Bréal – 1997 – 234 pages

REVEYRAND-COULON O. (dir.) – Immigration et maternité – Toulouse – Presses Universitaires du Mirail – 1993 – 129 pages

Articles :

AWOMBE-MOUNDO E. – Registres et fonction de la communication dans la relation mère-enfant en Afrique noire « Migrations-santé » - 1985 – N°44 – p 16-19

AWOYAKELA I. W. – Des médecines pour l’Afrique « Laennec » - Octobre 1989 – Vol 38 – N°1

AZIKEN M., OMO-AGHOJA L., OKONOFUA F. – Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria « Acta Obstetricia et Gynecologica » - 2007 – N°86 – p 42-47

BAROU J. – Des chiffres en général et de ceux de l’INSEE en particulier. Le classement des données « Migrants-Formation » - 1992 – N°91 – p 5-11

BAROU J. – Les immigrations africaines en France. Des “navigateurs” au regroupement familial « Revue Française des Affaires Sociales » - 1993 – N°1 – p 193-205

BENINGUISSE G., NIKIEMA B., FOURNIER P., HADDAD S. – L’accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique « African Population Studies » - 2004 - Vol 19-B – p 251-264

BERARDI J.-C., TEILLET J.-F. – Conséquences obstétricales de l’excision féminine. Etude chez 71 femmes africaines « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 39-40

BYDLOWSKI M. - Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne « *Devenir* » - 2001 - Vol. 13 – N°2 - p. 41-52.

CISSE C. T., ANDRIAMADY C., FAYE O., DIOUF A., BOUILLIN D., DIADHIOU F. – Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar « Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction » - 1995 – Vol 24 – p 194-197

D'YVOIRE C. – Grossesse et accouchement des femmes d'Afrique de l'Ouest à Mantes-la-Jolie « Santé publique » - 1992 – N°3 – p 48-58

DARBON D. – Réflexions sur l'Africanisme en France – pour CNRS-SHS – décembre 2003

DAVID C. – Le difficile contrôle des naissances au Ghana « Ouest-France » - 14/05/10

DEBOUVERIE M. – Maternité des femmes africaines en France « Laennec » - 1986 – N°5 – p 1-4

DE KERMADEC S., CIRARU-VIGNERON N. – Les refus de césarienne chez la femme d'Afrique noire « Migration Santé » - 1985 – N°44 – p 37-38

DE KONINCK M. – Le discours des femmes sur leur santé, un savoir essentiel pour l'intervention « Recherches féministes » - 1997 – Vol 10 – N° 1 – p 97-112

DE LA CHAPELLE B. – Le phénomène polygame en France « Revue Française des Affaires Sociales » - 1997 – N°2 – p 145-158

DENEUX-THARAUX C., unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, INSERM U953 – Mortalité maternelle associée à l'accouchement par césarienne « Profession Sage-Femme » - 2010 – N° 163 – p 20-29

DIAKITE M. – Problèmes soulevés par la décision de césarienne chez une Africaine « Migrations Santé » - 1985 – N°44 – p 35-36

EKOUE L. – Le déroulement du travail chez la femme migrante originaire d'Afrique noire « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 27-29

FAINZANG S. – Sexualité et reproduction chez les africaines immigrées soninke et toucouleur vivant en ménage polygamique « Sciences sociales et Santé » - 1991 – Vol 9 – N°4 – p 89-109

FATOYE F. O., OLADIMEJI B. Y., ADEYEMI A. B. – Difficult delivery and some selected factors as predictors of early psychological symptoms among Nigerian women « Journal of Psychosomatic Research » - 2006 – Vol. 60 – N°3 – p 299-301

GANDOLFI S. – L'enseignement islamique en Afrique noire « Cahiers d'études africaines » - 2003 – N°169-170 - p 261-277

GAYRAL-TAMINH M., ARNAUD C., PARANT O., FOURNIE A., REME J.-M., GRANDJEAN H. – Grossesse et accouchement de femmes originaires du Maghreb et d'Afrique noire suivies à la maternité du CHU de Toulouse « Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction » - 1999 – N°28 – p 462- 471

GERVAIS A., GRIMALDI A. - Hôpital public à vendre, Le privé prétend « sauver la sécu » « Le monde diplomatique » - Novembre 2010

GRAVEL S., BATTAGLINI A., RIBERDY H., GUAY D – Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste « Rapport synthèse » - 2^{ème} trimestre 2000

GUYOT A., CARBONNEL M., FREY C., PHARISIEN I., UZAN M., CARBILLON L. – Rupture utérine : facteurs de risque, complications maternelles et fœtales « Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction » - Mai 2010 – N°3 – p 238-245

IBISON J. M. – Ethnicity and mode of delivery in « low-risk » first time mothers, East London, 1988-1997 « European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology » – 2005 – N°118 – p 119-205

JANICKI J. (docteur en histoire des sciences) – La naissance de jumeaux en Afrique « Les dossiers de l'obstétrique » - Juillet 2009 – p 27-30

JEHL A., FIRTION C. (sages-femmes), GRAEFF STRANO C. (interne DES de gynécologie-obstétrique), BRETTE J.-P. (gynécologue-obstétricien) – Rythme cardiaque fœtal réduit chez les femmes originaires d'Afrique sub-saharienne : mythe ou réalité ? « Profession Sage-Femme » - mars 2006 – N°123 – p 23-27

KALIS S. – L'ancêtre revenu : croyances et pratiques autour de la naissance chez les Sereer Siin du Sénégal « Cahiers de la puéricultrice » - mars 1997 – N°133

- KIALA R. – Congo-Kinshasa : Santé – 1100 cas de césarienne par an à Kinshasa « Le Potentiel » - 6/07/2009
- KOUASSI K. – Mères endeuillées « Champ psychosomatique » - 1995 – N°2/3 – p 67-72
- LARSEN U., OKONOFUA F. E. – Female circumcision and obstetric complications « International Journal of Gynecology and Obstetrics » - 2002 – N°77 – p255-275
- LESSAULT D., BEAUCHEMIN C. – Les migrations d’Afrique subsaharienne en Europe: un essor encore limité « Populations & Sociétés » - 2009 – N° 452
- MABE B. – Fécondité-Grossesse-Accouchement dans les sociétés négro-africaines. Quelques points de repères anthropologiques « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 7-15
- MARPEAU L. – Mécanique obstétricale chez la femme africaine « Gynécologie obstétrique pratique » - 1997 – Vol. 97
- MORO M.-R. – Accoucher en exil... Naître ailleurs. Introduction à la psychopathologie de la grossesse en situation migratoire « Spirale » - 1998 – N°8 – p 19-29
- NDAYISHIMIYE O. – La prévalence des ruptures utérines à la maternité régionale de Ngozi Burundi « Les dossiers de l’obstétrique » - Juillet 2009 – N°384 – p 24-26
- ORIOU M. – Sur la transposabilité des cultures « populaires » (ou « subalternes ») en situation d’émigration « Dossiers du Centre Thomas More » - 1987 – N°51 – P 43-50
- PERUCCA B. – La lutte contre la mortalité maternelle ne progresse pas « Le Monde » - 12 mars 2010
- PIGNE A., KLEIN M., DIRATH G., BARRAT J. – L’accouchement de la femme d’Afrique Noire en France. Un aspect particulier : la césarienne « Migrations Santé » - 1985 – N°44 – p 31-34
- QUIMINAL C., TIMERA M., FALL B., DIARRA H. – Les jeunes filles d’origine africaines en France: Parcours scolaires, accès au travail et destin social « Migrations Etudes » - 1997 – N°78 – p 1-20

RETBI J.-M., GRANDET B., TILLIT M., GUILLAUMIN C., ALLEMON M.-C. – Courbes de croissance intra-utérine de 282 nouveau-nés Sarakole et Bambara « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 41

RICHARD F., OUEDRAOGO C., DE BROUWERE V. – Quality cesarean delivery in Ouagadougou, Burkina Faso: A comprehensive approach « International Journal of Gynecology and Obstetrics » - 2008 – N°103 – p 283-290

RONSMANS C., HOLTZ S., STANTON C. – Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis « Lancet » - 2006 – Vol. 368 – p 1516-1523

SAUREL-CUBIZOLLES M.J. – Situation des femmes nées en Afrique noire ayant accouché en France en 1981: surveillance prénatale, accouchement et état de l'enfant à la naissance « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 20-23

STANTON C.K., HOLTZ S.A. – Rates of cesarean delivery in developing countries suggest unequal access « International Family Planning » - 2006 – Vol 32 – N°2 – p 105

TABOADA-LEONETTI I. – La culture en situation. Fonctions sociales de la culture « Dossiers du Centre Thomas More » - 1987 – N°51 – p 27-33

TABOADA-LEONETTI I. – Stratégies culturelles des immigrés : complexité des enjeux et ambiguïté des politiques culturelles « Dossiers du Centre Thomas More » - 1987 – N°51 – p 63-77

TERRIEN L. – Des parturientes d'origine africaine et leur maternité en France: les réunions de « l'Arbre à palabres », lieu d'expressions interculturelles « Migrations Santé » - 2004 - N°119

THISTLE P.J., CHAMBERLAIN J. A. – Vaginal birth after cesarean section in a rural African setting « International Journal of Gynecology and Obstetrics » - 2002 – N°77 – p 31-32

TIMERA M. – Les associations de femmes africaines : un creuset d'intégration « Revue Française des Affaires Sociales » - 1997 – N°2 – p 159-165

UDOMA E. J., ASUQUO E. E. J., EKOTT M. I. – Maternal mortality from obstructed labor in south-eastern Nigeria: the role of spiritual churches « International Journal of Gynecology & Obstetrics » - 1999 – Vol. 67 – N°2 - p 103-105

VERBUNT G. – Le cloisonnement des communautés « Dossiers du Centre Thomas More » - 1987 – N°51 – p 55-61

VIELH J.-P. – Périnatalité chez la femme africaine transplantée. Etude de 302 femmes suivies dans une maternité privée de la région parisienne « Migrations Santé » - 1985 – N°44 – p 24-26

WOLF J.-P., PIGNE A., SAFAR E., BARRAT J. – Le diamètre bi-pariétal de l'enfant noire africain « Migrations santé » - 1985 – N°44 – p 42-43

Mémoires d'étudiantes sages-femmes

BENOIT A. – Maternité chez la femme d'Afrique Noire au CHU de Rouen – Mémoire de fin d'études de sage-femme – CHU de Rouen – 2004

FERMANEL M. – Sages-femmes et culture : Premier regard Anthropologique – Mémoire de fin d'études de sage-femme – CHU de Rouen - 2005

HUGON P., SAMAIN S.- Les représentations de la césarienne chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest – Mémoire de fin d'études de sage-femme – Paris Saint-Antoine – 2002

SARR A. – Interprétation du rythme cardiaque chez le fœtus noir africain au cours du travail, à propos de 141 cas versus 282 témoins – Mémoire de fin d'études de sage-femme – CHU de Rouen – 2010

VERDIER C. – Le vécu de la césarienne en cours de travail : témoignages de femmes « Enquête réalisée par entretiens auprès de vingt patientes à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen » - mémoire de fin d'études de sage-femme – CHU de Rouen – 2009

Textes officiels

Circulaire n°2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées

Code de la santé publique – Articles R.4127-1 à R.4127-112 : Code de déontologie médicale

Code de la santé publique - Articles R.4127-301 à R.4127-367 : Code déontologie des sages-femmes

Code de la Santé Publique – Art. L 1111-4

Code pénal - Article 223-6, alinéa 2

Autres sources

Livret de la formation annuelle 2009 de Migrations Santé

Colloque national Toulouse – L’interculturel en éducation et en sciences humaines 2 – juin 1985 - Travaux de l’Université de Toulouse Le Mirail – Série A – Tome 36

F. ALT-MAES - 5^{ème} colloque de l’espace éthique : Le principe d’autonomie : refus et consentement au soin – Faculté de Droit de Rouen – 25/10/2008

MUANZA M.K. – L’immigration africaine en France : ses diversités et ses constantes culturelles - Conférence du Casnav de l’académie de Paris – 22/01/2004

8^{ème} journée de l’abbaye psychanalyse et périnatalité – Approches transculturelles et périnatalité – Montivilliers - 01/10/10 – association Mon Ti’Loup

Sites internet

AFP – Mortalité infantile : l’Afrique subsaharienne toujours à la traîne – 2010 - Site internet de France 24 : <http://www.france24.com/fr/20100203-mortalit-infantile-lafrique-subsa-harienne-toujours-tra> - consulté le 25/08/10

ANDRO A., LESCLINGAND M., CAMBOIS E. – Les mutilations sexuelles féminines en France : Premiers résultats de l’enquête Excision et Handicap (ExH) – 2009 – Site internet de l’INED : http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/22698/telechargement_fichier_fr_exh.pdf - consulté le 20/09/10

COULON C. – Aires et frontières religieuses en Afrique – 2002 - Site internet du FIG (Festival International de Géographie) : http://fig-st-die.education.fr/actes/actes_2002/coulon/article.htm - consulté le 15/09/10

Filigrane - <http://rsmq.cam.org/filigrane/archives/nostalg.htm> - consulté le 3/02/10

GIMENO R., MITRANO P. – Les religions en Afrique en 2003 – 2003 - Site internet de La Documentation Française : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/cartotheque/religions-afrique-2003.shtml> - consulté le 15/09/10

MORO M.-R. – Pour une prévention précoce qui transforme le risque transculturel en une nouvelle chance pour le parent migrant et leurs bébés - <http://www.sbfpdaca.be/pdf/moro.pdf> - consulté le 18/08/2010

REKACEWICZ P. – En Afrique, des millions de réfugiés – 2000 - Site internet le Monde Diplomatique : <http://www.monde-diplomatique.fr/cartes/afriquerefugiesmdv51> - consulté le 17/09/10

Site internet du CNGOF : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM - consulté le 15/09/10

La mortalité infantile dans le monde - Site internet de l'INED : http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_pedagogiques/duree_de_vie_deces_mortalite/mortalite_infantile_monde/ - consulté le 25/08/10

Migrations économiques dans les années 1990 – 2006 - Site internet le Monde Diplomatique : <http://www.monde-diplomatique.fr/cartes/migrationseco1990> - consulté le 17/09/10

PopulationData.net : <http://www.populationdata.net/index2.php?option=pays&pid=68> – consulté le 08/11/10

Solde migratoire en 2008 – 2010 – site internet Wikipedia : http://fr.wikipedia.org/wiki/Migration_humaine - consulté le 19/09/10

Annexes

Sommaire des annexes

Annexe I : Répartition des religions en Afrique en 2003

Annexe II : La charte du patient hospitalisé

Annexe III : La grille d'entretien

Annexe IV : Le profil de la population

Annexe V : Propos des femmes relatifs aux représentations de la césarienne

Annexe VI : Le sujet de la césarienne a-t-il été abordé avec un médecin ou une sage-femme pendant la grossesse ?

Annexe VII : Propos relatifs au ressenti des femmes à l'égard de la césarienne

Annexe VIII : Propos relatifs aux processus psychologiques d'acceptation de la césarienne

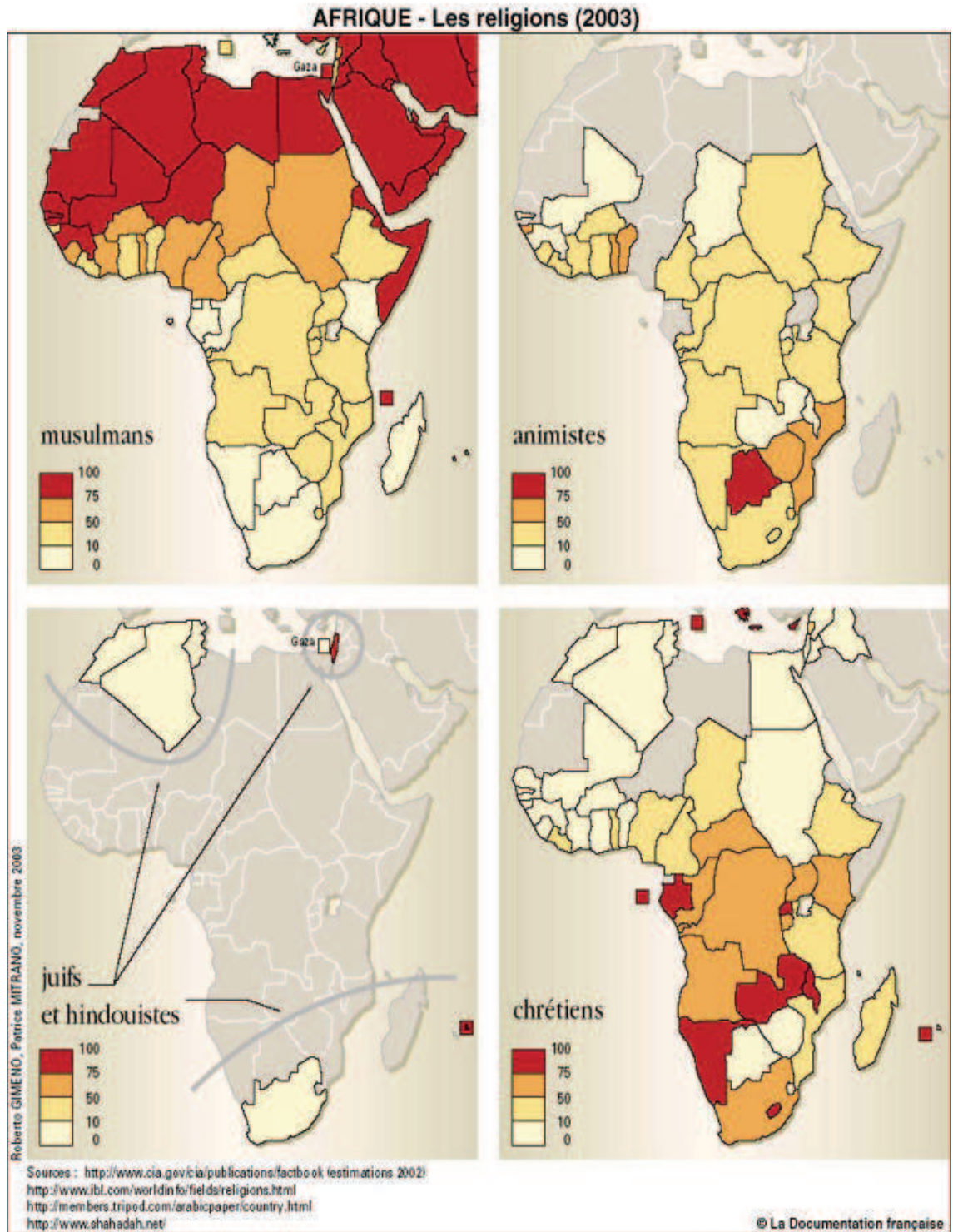
Annexe IX : Propos relatifs aux relations avec le corps médical

Annexe X : Les trois histoires de refus de césarienne racontés par la médiatrice culturelle

Annexe XI : Extrait du plan périnatalité

Annexe XII : Suggestions des femmes sur les réunions

Annexe I : Répartition des religions en Afrique en 2003



Annexe II : La Charte du patient hospitalisé

Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006
relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une
charte de la personne hospitalisée



Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en oeuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé** la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

Annexe III : Grille d'entretien

Profil :

Pour commencer, j'aimerais que vous vous présentiez.

Age

Histoire obstétricale : nombre et mode d'accouchements au pays/nombre et mode d'accouchements en France

Situation familiale : célibataire/concubine/mariée

Conditions de logement

Pays d'origine

Pays de naissance/génération d'immigration

Année et âge d'arrivée en France si 1^{ere} génération

Raison de l'immigration

Niveau d'étude/filière/profession

Religion

Conjoint : âge, origine, génération d'immigration, profession, religion

Avant la naissance :

Pourriez-vous me dire ce que représentait la césarienne, avant la naissance, pour vous ?

Qu'avez-vous entendu dire de la césarienne quand vous étiez en Afrique ?

Aviez-vous déjà discuté de la césarienne avec vos proches ?

Qu'en disaient-ils ?

Une personne proche de vous a-t-elle déjà eu une césarienne ?

Que disaient vos proches de cette personne après sa césarienne ?

Pendant la grossesse, aviez-vous peur d'avoir une césarienne ? de quoi précisément ?

Avez-vous eu l'occasion de parler de la césarienne avec une sage-femme ou un médecin ?

Si oui : A quelle occasion ? Que vous a dit cette personne ? Que pensiez-vous de la césarienne après ?

Si non : Auriez-vous aimé en parler que cela se présente ?

Avez-vous suivi une préparation à la naissance ?

La césarienne :

La césarienne a-t-elle été programmée ou faite en urgence ? A quel terme ? A quelle date ?

J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment s'est déroulée l'annonce de la césarienne.

Vous a-t-on expliqué pourquoi il vous fallait une césarienne ?

Que vous a-t-on dit ?

Pensez-vous avoir été bien informée ?

Comment avez-vous réagi à l'annonce de la césarienne ? que ressentiez-vous ?

Comment vos proches ont réagi à la nouvelle ? :

Qui était la personne qui vous accompagnait ? comment a-t-elle réagit ?

Comment a réagit votre conjoint à l'annonce de la césarienne ?

Enfin, la césarienne a-t-elle été faite contre votre volonté ? contre la volonté de votre conjoint ?

Le jour de l'entretien :

J'aimerais que vous me parliez de ce que vous ressentez aujourd'hui lorsque vous pensez à votre césarienne.

En avez-vous voulu au corps médical ? Lui faites-vous encore confiance ?

Est-ce que la césarienne a changé votre regard ou celui de votre mari sur votre enfant ?

Pensez-vous que la césarienne a changé vos rapports avec votre conjoint ?

Pensez-vous que la césarienne a changé vos rapports avec la famille ?

Que pensez-vous de vous-même depuis que vous avez eu une césarienne ?

Au final, qu'est-ce qui vous a marqué le plus dans le fait d'avoir une césarienne ?

Comment faites-vous pour vivre avec aujourd'hui ?

S'il fallait vous refaire une césarienne à l'avenir, comment réagiriez-vous ?

Si on vous proposait une réunion avec d'autres femmes originaires d'Afrique noire, une sage-femme, un médecin, et une médiatrice culturelle, où vous pourriez exprimer vos craintes, échanger, poser des questions concernant la prise en charge de la grossesse à l'hôpital, pensez-vous que vous y participeriez ?

Annexe IV : Profil de la population

Mmes	A	B	C	D	E	F	G
<i>Age</i>	27	29	29	27	37	34	43
<i>Parité</i>	1	1	1	2	3	3	4
<i>Nombre de César</i>	1	1	1	2	3	3	2
<i>Situation familiale</i>	Concubinage	Concubinage	mariée	Pacsée	Mariée	Mariée	mariée
<i>Pays d'origine</i>	Sénégal+Togo	Sénégal	Mauritanie+Sénégal	Mali	Sénégal	Mauritanie+Sénégal	Congo-Brazzaville
<i>Génération d'immigration</i>	1 ^{ère} 2008	2 ^{ème} années 70	2 ^{ème} années 70	2 ^{ème} années 70	1 ^{ère} 2002	1 ^{ère} 1979	1 ^{ère} 1998
<i>Type d'habitation</i>	HLM	HLM	HLM	Pavillon	HLM	HLM	HLM
<i>Formation</i>	aucune	BEP secrétariat et comptabilité	Assistante polyvalente (en cours)		Assistante de vie		Aucune
<i>Situation professionnelle</i>	SE	SE (ex aide soignante)	SE (ex hôtellerie)	Hôtesse d'accueil (commerce)	Surveillante de cantine	Aide médico-psychologique	SE
<i>Religion</i>	C	M, NP	M	M	M	M	C, NP
<i>Tenue vestimentaire</i>	trad		trad		trad	Trad	Trad

Informations concernant le conjoint

Mrs	A	B	C	D	E	F	G
<i>Age</i>	NR	24	34	27	NR	47	46
<i>Situation professionnelle</i>	Travailleur	Peintre industriel	Cuisinier	Taillier calorifugeur	Travailleur	Comptable	SE
<i>Origine</i>	Sénégal	Côte-d'Ivoire+France	Sénégal	France	Guinée-Bissau	Mauritanie	Congo-Brazzaville
<i>Génération d'immigration</i>	1 ^{ère} 1990		1 ^{ère} 2000		1 ^{ère} 1989	1 ^{ère} 1984	1 ^{ère} 1998
<i>religion</i>	C	sans	M	M	M	M	C, NP

C : catholique, M : musulmane, NP : non pratiquante, NR : non renseigné, SE : sans emploi, trad : traditionnelle

Annexe V : Propos des femmes relatifs aux représentations de la césarienne

La peur de mourir :

Mme F, en parlant des Africains disait : « Le fait d'être opéré c'est comme si, on était à deux doigts de mourir. »

Mme E, lorsqu'on lui a annoncé la nécessité de lui faire une césarienne a dit à son mari : « bon, si je meurs, tu fais ça et ça... parce que je ne sais pas si... si je vais vivre ou pas ».

Le caractère anormal de la césarienne, l'échec :

Mme C a exprimé l'idée en ces termes : « C'est vrai qu'en tant que femmes, c'est dur quand on se dit qu'on ne peut pas accoucher normalement.» Elle a également dit : « On a échoué au passage d'accoucher normalement. »

Selon Mme G : « l'accouchement voie basse c'est tout à fait naturel alors que la césarienne c'est moins naturel. Ce n'est pas comme ça que ça devrait se passer. »

La médiatrice culturelle a confirmé cette conception : « Pourquoi on ouvre le ventre ? Ce n'est pas normal. L'accouchement doit se faire voie basse, c'est ça qui est normal »

L'intervention est particulièrement mal vécue par les Africains :

Selon Mme F : « La césarienne elle est chez nous tellement diabolisée. »

Pour Mme G : « Nous les Africains, on n'aime pas la césarienne, parce que chez nous c'est très rare. »

La médiatrice culturelle a confirmé et précisé : « Franchement, toutes celles que j'ai côtoyées, même des filles qui sont nées ici, qui n'ont rien à voir avec l'Afrique, elles sont farouchement contre. »

Annexe VI: Le sujet de la césarienne a-t-il été abordé avec un médecin ou une sage-femme pendant la grossesse ?

Les primipares

Mmes	A	B	C
<i>Urgent/programmé</i>	urgente	urgente	programmée
<i>Indication</i>	Echec de déclenchement pour HTA et oligoamnios à terme	HELLP syndrome à 26 SA	Antécédent d'ablation de fibrome
<i>Sujet abordé pendant la grossesse ?</i>	non	non	oui

Les multipares :

1^{ère} césarienne

Mmes	D	E	F	G
<i>Urgente/programmée</i>	urgente	urgente	urgente	urgente
<i>Indication</i>	Stagnation de la dilatation + suspicion d'infection	RCIU sévère à 32 SA	Echec de déclenchement pour RPM	HTA
<i>Sujet abordé pendant la grossesse ?</i>	non	non	non	non

2^{ème} et 3^{ème} césariennes

Mmes	D	E	F	G
<i>Urgente/programmée</i>	programmée	2 programmées	2 programmées	urgente
<i>Indication</i>	Terme dépassé + utérus cicatriciel	Itératives sur utérus cicatriciel suite à un pelviscan	Itératives sur utérus cicatriciel suite à un pelviscan	HTA
<i>Sujet abordé pendant la grossesse ?</i>	non	oui	oui	non

Annexe VII : Propos relatifs au ressenti des femmes à l'égard de leur césarienne

Le sentiment de ne pas avoir accouché :

Selon Mme D : « C'est de l'assistance en fait parce que... c'est eux qui font tout. Pour moi, on ne participe pas à notre propre accouchement. Du coup, comme si j'achetais du pain, je suis venue chercher mon bébé. Pas de contractions, pas de douleurs, rien. »

La césarienne est une expérience douloureuse :

Selon Mme D : « Une semaine de galère dans la chambre, pour les toilettes, rien que se lever c'était vraiment super dur, il y avait les agrafes qui tiraient et tout. Pour moi, césarienne c'est synonyme de douleurs. »

Pour Mme C : « Il n'y rien de négatif, à part la douleur. »

Pour Mme F, c'est l'accumulation des césariennes qui lui a semblé douloureuse : « Je n'ai pas l'impression qu'on a plus de douleurs en ayant fait une césarienne qu'un accouchement normal. Mais c'est vrai qu'à la troisième césarienne c'est plus dur. J'ai senti que la récupération était plus longue. »

La joie d'avoir un enfant en bonne santé :

Pour Mme F : « Je ressens beaucoup de joie parce que grâce à elles, j'ai trois enfants et ils sont en bonne santé. »

Pour Mme C, qui préférait avoir une césarienne à l'accouchement voie basse : « je regardais à côté de moi le berceau, et on se dit que ça vaut la peine. On est fier. »

Mme A qui a été très marquée par l'expérience de la césarienne, elle y pense tous les jours, reconnaît : « Je suis contente d'avoir un bébé en bonne santé. Et mon mari aussi. Je suis heureuse quand même. »

Annexe VIII : Propos relatifs aux processus psychologiques d'acceptation de la césarienne

La dédramatisation :

Selon Mme F : « Avec le temps, on se dit, bon c'est pas grave, c'est pas la fin du monde. »

Pour Mme A : « C'est comme ça, on ne peut rien faire. Ca arrive, c'est comme ça la vie. Si tu n'as pas le choix il faut l'accepter. Franchement je crois que personne ne veut une césarienne mais, c'est comme ça. Si ça arrive, il faut l'accepter. »

La chance d'avoir eu accès à la césarienne du fait d'être en France :

Selon Mme D : « Si je n'étais pas en France, si j'avais accouché en Afrique, comment on aurait fait ? Ou bien j'aurais souffert jusqu'à pas possible, ou bien je ne serais peut-être plus là avec mes enfants. » Elle imagine la cicatrice qu'aurait pu lui laisser une césarienne réalisée en Afrique : « Je ne sais pas comment j'aurais été césarisée. Peut-être que ça aurait été pire pour moi, peut-être que j'aurais une grosse balafre n'importe comment. Là, ça se voit à peine, c'est bien fait... »

Mme C exprime une réflexion similaire : « Moi, je le vois plutôt comme une chance d'avoir été ici, parce que je me dis que si j'avais été au pays, peut-être que j'y serais restée parce qu'on n'aurait pas pu sortir l'enfant ou quoi que ce soit.»

La minimisation de la cicatrice :

Mme F met en avant la qualité de sa peau : « J'ai une peau qui cicatrise très vite et du coup j'ai vite récupérer. »

Mme D estime que : « c'est assez propre, c'est bien fait. »

Mme B insiste sur l'importance que cette cicatrice ne soit pas visible : « Je me dis maintenant ce sont des belles cicatrices qu'ils font. Ca aurait été les cicatrices d'avant, je me serais peut-être sentie mal dans ma peau. Mais là, on ne voit rien.»

Annexe IX : Propos relatifs aux relations avec le corps médical

Manque de confiance des Africains à l'égard des décisions médicales :

Mme C : « Ma mère, elle m'a raconté l'histoire d'une femme qui avait déjà peut-être quatre ou cinq césariennes. Le médecin lui avait dit : « Attention madame, parce que là vous jouez vraiment avec votre vie. » Et la dame, elle n'a pas écouté. Donc elle s'était retrouver enceinte, et elle avait été à deux doigts de mourir. Le médecin lui a ligaturé les trompes, et il lui a dit : « Ecoutez je vous ai fait ça, j'ai fait quelque chose que je n'ai pas le droit de faire, mais j'ai pris cette décision. Je suis quand même votre médecin, je vous ai prévenue plusieurs fois, et vous ne m'avez pas écouté. Moi je n'ai pas envie d'annoncer à votre mari ou à vos enfants... » » Elle précise : « Mais c'est une histoire qui date de longtemps. Le médecin, il a touché certains esprits. Ils se sont dit : « Bah attends le médecin si il fait ça, c'est que ce n'est pas pour rien... » » Puis elle nous fait part de sa réflexion : « En même temps, il n'avait pas le droit. Moi, je ne sais pas trop comment me placer par rapport à cette histoire, c'est compliqué... »

Mme F : « Les Africaines elles ont tendance à dire que les médecins ils savent rien. Ça me fait trop rire. Attends, la personne elle a passé 15 ans sur les bancs de l'école, voire plus des fois, et puis vous lui dites qu'elle ne sait rien. »

L'étonnement à l'égard des taux de césariennes en France :

Mme G : « Au Congo, on accouche normalement. On ne fait pas de césarienne. Ici, c'est tout le temps la césarienne. Ma cousine Angélique, elle a fait six gosses, elle a eu six césariennes. »

Mme C : « En fait, je ne sais pas s'il y a des statistiques mais ils ont l'impression qu'ils font plus de césariennes sur les femmes africaines. Après, je ne sais pas si c'est prouvé ou pas. »

Doutes sur les décisions médicales prises dans leur cas de deux femmes de notre population :

Comme Mme D avait tout mis en œuvre pour accoucher par voie basse à sa deuxième grossesse, elle a reproché au corps médical son impuissance à répondre à son souhait : « Ils ont juste essayé de déclencher les contractions en allant décoller les membranes. Mais comme ils n'ont pas réussi, ils ne m'ont rien apporté d'autres. » Elle s'est demandé si le fait de refaire une césarienne n'était pas une solution de facilité. Elle a exprimé le regret de ne pas être allée à l'encontre de la décision de césarienne en attendant chez elle que le travail se déclenche spontanément. Mais Mme D était ambivalente et se disait qu'elle essayait peut-être de trouver un bouc émissaire au fait qu'elle n'ait pas pu accoucher par voie basse : « Non, je leur fais confiance, mais je regrette de ne pas avoir accouché donc on essaye de trouver des solutions. » « On remet toujours la faute sur quelqu'un en fait. »

Mme B qui reprochait de manière virulente l'absence de communication de la part du corps médical sur son état, nous a expliqué qu'elle ne faisait désormais qu'à moitié confiance au corps médical : « Bah 50/50. Peut-être qu'ils me cachent quelque chose. Je me dis : « Est-ce qu'ils font bien leur boulot ? » »

Désir d'adaptation du discours du corps médical aux Africaines :

Mme F a estimé que si les médecins prenaient la peine de bien expliquer les causes de la césarienne, elle serait mieux tolérée : « J'ai beaucoup d'amies, je pense que si les médecins arrivaient à expliquer pourquoi ils faisaient une césarienne, ou ils la refaisaient, je pense que les gens ils accepteraient mieux, parce que eux ils ont l'impression qu'on veut limiter leur naissance. »

Mme C a souligné que du fait qu'elle a grandi en France elle comprenait à peu près le discours délivré par les soignants mais elle a ajouté : « Je sais que si vous parlez à mes parents, et ma mère comprend bien le français, il n'y a pas une bonne approche de la césarienne avec les personnes africaines. »

Mme D a eu une réflexion similaire : « Heureusement que je suis née là, que je suis française entre guillemets, que je connais la langue. Parce que je me dis, si je venais du Sénégal, un mois que je suis là : « Mais qu'est-ce qu'ils me

racontent ces médecins ? » En plus le plus souvent, les mamans africaines qui ne comprennent rien, elles sont là : « Oui, oui, oui », mais y'a juste ça qui sort. »

Annexe X : Les trois histoires de refus de césarienne racontés par la médiatrice culturelle

La première est celle d'une femme de petite taille dont l'utérus avait déjà subi trois césariennes. Elle n'a jamais accepté ces interventions et a décidé pour son quatrième d'accoucher à domicile. Elle est venue en taxi à l'hôpital ensuite avec son enfant. Elle connaissait les risques qu'elle prenait. L'issue est heureuse, mais cette femme n'a pas hésité à mettre sa vie et celle de son enfant en danger pour répondre à des exigences culturelles. Elle a dit à la médiatrice de transmettre au médecin : « Voilà, vous avez fait ça parce que vous ne voulez pas que j'ai des enfants. Moi j'ai pu accoucher toute seule chez moi. »

La deuxième est celle d'une femme qui, malgré l'accord de son mari, a refusé catégoriquement. Elle avait accouché cinq fois par voie basse au Sénégal, puis avait été césarisée une fois en France. Lorsqu'elle est revenue à l'hôpital, l'utérus était rompu, le fœtus n'avait pas survécu et les médecins ont été contraints de réaliser une hystérectomie.

La dernière est relativement récente puisqu'elle date de 2006. Il s'agissait d'une femme qui avait déjà six ou sept enfants. Devant des troubles de rythme cardiaques sévères détectés au 9^{ème} mois, l'indication de césarienne a été posée. Elle immédiatement refusé. Les soignants ont tout mis en œuvre pour la convaincre, ont fait appel à la médiatrice culturelle qui est arrivée alors que le conflit était déjà amorcé. La femme répliquait : « Mais est-ce que c'est vraiment nécessaire ? Peut-être que cet enfant il n'est que de passage. Il n'est pas venu pour vivre. Pourquoi ils veulent à tout prix qu'il vive ? » Elle a finalement feint d'accepter à condition de pouvoir organiser la garde de ses enfants, nombreux et en bas âge. Cela impliquait qu'elle retourne à domicile pour revenir aussitôt, chose qu'elle n'a pas faite. Elle a fini sa grossesse chez

elle et puis a finalement appelé la médiatrice lorsqu'elle s'est mise en travail. Arrivée à la maternité, le décès du fœtus a pu être constaté. Le médecin en colère a déclaré à la médiatrice : « Mais moi, je vais la Césariser, malgré que le bébé est mort. Parce que le coup qu'elle nous a fait... Elle a laissé mourir son bébé. Je n'accepte pas. » Il n'y avait en l'occurrence pas d'indication à Césariser. La femme apprenant cette éventualité s'est mise à pleurer et a répliqué : « Si vous me Césarisez, quand je vais retourner dans mon village, je ne pourrais pas vivre dans mon village normalement. J'ai un champ, je dois travailler dans mon champ. Avec une Césarienne, vous me tuez ma force... » Elle a finalement accouché par voie basse. Lorsque la médiatrice lui a présenté son enfant mort, voici ce qu'elle a dit : « Je sais que tu n'es pas venu pour rester. Tu es venu visiter. Tu es venu me voir. Et si tu repars et que tu veux revenir, je t'accepte. Il n'y a pas de problème. Les blancs voulaient te forcer de vivre, mais je sais que toi tu n'étais pas fait pour vivre, pour rester ici. Tu es venu ailleurs, tu as laissé ta famille, tu m'as choisi. Je t'attends ». Lorsque le corps médical lui a reproché d'avoir négligé cet enfant, elle a répondu : « Non, non, vous ne pouviez rien faire. Vous le pensez, mais vous ne pouviez pas le sauver. Il n'était pas fait pour vivre. » Elle a ajouté : « Lui, si vous l'aviez forcé à vivre, peut-être qu'il aurait été en colère. Il serait peut-être devenu un criminel, un bandit, un voyou. Il n'aurait même pas servi à la société, ni à moi. Et vous voulez quand même le garder ».

Annexe XI : Extrait du plan « périnatalité » 2005-2007

1. Plus d'humanité

Les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter, notamment pour le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement. Le développement des réseaux de santé facilite la coordination de l'accueil et du suivi, ainsi que le partage de l'information.

1.1 Par la mise en place d'un « entretien individuel du 4^{ème} mois »

26 M d'euros sur 3 ans

Contexte :

Actuellement, le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical, réalisé par le médecin ou la sage-femme dans le cadre des sept examens prénataux obligatoires fixés par le décret du collectif (« séances préparatoires à l'accouchement psycho-prophylactique »), dont l'objectif est par une approche éducative et préventive. Quarante-sept pour cent des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux-nés, principalement des primipares, suivent cette préparation qui est le plus souvent assurée par des sages-femmes.

Toutefois, la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante, d'après les usagers du système de soins et certains professionnels.

Un accord de bon usage des soins (AcBUS), visant à mettre en place une démarche qualité sur les modalités de réalisation des séances de préparation à la naissance, a été conclu entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des sages-femmes en décembre 2002. Par ailleurs, les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des sages-femmes ont engagé une réforme de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) qui prévoit notamment une réforme des séances de préparation à la naissance en vue d'en préciser les objectifs et le contenu.

Objectif :

- Mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents.

Mesures :

- Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^{ème} mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leur besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la futur mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc.....

Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.

Ces entretiens pouvant avoir lieu en maternité ou en secteur libéral. Leur financement s'inscrit d'une part dans le cadre de mesures financières pour les établissements et d'autre part dans le cadre de la réforme de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des sages-femmes concernant notamment les séances de préparation à la naissance, qui incluront cet entretien individuel.

Cette nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité, la PMI, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), les généralistes, ou encore s'appuyer sur les réseaux de parents, de femmes relais, afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment celles les plus vénérables ou isolées, qui souvent consultent et déclarent tardivement ou pas du tout leur grossesse.

- Des recommandations de bonnes pratiques cliniques en matière de préparation à la naissance ont été dores et déjà demandées à l'Agence nationale pour l'accréditation et

l'évaluation en santé (ANAES) et devraient être rendues publiques en 2005. Elles permettront d'accompagner la mise en œuvre de cette réforme.

Annexe XII : Suggestions des femmes sur les réunions

L'intérêt des témoignages de femmes africaines ayant déjà vécu la césarienne :

- Mme C : « Les personnes qui ont vécu l'expérience, elles sont là pour exprimer ce qu'elles ont vécu. Parce que quand on ne l'a pas vécu, ce n'est pas évident d'expliquer. On va imaginer, mais ce ne sera jamais comme si on l'avait vécu. »
- Mme D : « Déjà tu quittes ton pays, en plus t'arrives dans un pays où tu ne connais pas les coutumes ni quoi que ce soit... en ayant des femmes de son pays ou de son origine qui expliquent leur vécu c'est plus simple que d'aller à l'aventure comme ça. »
- Mme F : « Quand c'est quelqu'un qui a vraiment vécu ça, on s'y reconnaît plus facilement. C'est important de discuter avec quelqu'un qui a traversé la même épreuve. » Elle a estimé que pour les femmes de sa génération, le témoignage pourrait venir également d'une femme d'origine française, cela aurait autant de poids.

Les causes des césariennes :

- Mme B : « Et puis les docteurs aussi, il faut qu'ils expliquent bien pourquoi elle va avoir la césarienne. Il faut expliquer, surtout aux mamans africaines, surtout qu'il y en a qui ne parle pas français. »
- Mme F : « Je pense que c'est important que les médecins soulignent la cause de la césarienne.

Le risque d'avoir une nouvelle césarienne après une première intervention :

- Mme C : « Et dire, est-ce que césarienne veut dire césarienne pour tout le temps ? Ou est-ce que c'est au cas par cas ? »
- Mme F : « Et quelles sont les chances qu'à la deuxième grossesse ce soit une césarienne. Comme ça la personne elle est déjà préparée, ce n'est pas une surprise quand on lui apprend que c'est encore une césarienne. »

Le déroulement de la césarienne :

- Mme F : « Mais c'est surtout bien dire aux gens ce qu'est une césarienne. »
- Mme E : « comme ça, ça ne la surprendrait pas ».

Valoriser la femme dans son statut de mère malgré la césarienne :

- Mme F : « Et puis, ce n'est pas parce qu'on a accouché par césarienne qu'on est une demi-maman, quelque chose comme ça. Que les gens ne partent pas avec cette idée, qu'elles ne sont pas comme les autres. »