



HAL
open science

Vécu de l'accouchement et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne

Mame Kheury Diene

► **To cite this version:**

Mame Kheury Diene. Vécu de l'accouchement et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01233736

HAL Id: dumas-01233736

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233736>

Submitted on 25 Nov 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-femme

Présenté et soutenu publiquement

28 septembre 2015

par

Mame Kheury DIENE

Née le 29 mai 1988

**Vécu de l'accouchement, et perpétuation des
rites du post-partum en France chez les
femmes originaires d'Afrique
subsaharienne.**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Mme DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante à l'école Baudelocque.

JURY :

Mme RUDELLE Corinne

Mme MESNIL Nicole

Mr LEPRECQ Jacques

Directrice à l'école des sages-femmes de Baudelocque.

Sage-femme enseignante à l'école de Baudelocque.

Gynécologue, obstétricien à la maternité Port-Royal.

Mémoire N°2015PA05MA09

© Université Paris Descartes - ESF Baudelocque.

[Tapez ici]

REMERCIEMENTS

Mes premiers mots de remerciement vont à ma directrice de mémoire Mme DUQUENOIS Sylvie, qui a cru à ce sujet de mémoire. Merci pour sa grande disponibilité, son écoute, et ses précieux conseils.

Merci aux femmes, qui ont accepté de participer à mon étude.

Merci à Mme RICARD Hélène pour sa relecture, les corrections apportées à ce travail.

Merci à ma famille, à Mme Palatre, ainsi qu'à mon mari pour leur accompagnement tout au long de ces études.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES

LEXIQUE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

I/Déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches traditionnels en Afrique subsaharienne

I/A La grossesse

I/B L'accouchement

I/C Les suites de couches

I/D début d'une médicalisation de la naissance en Afrique dans les années 70

I/E Le contexte de la migration et ce qu'en est de la survivance de ces pratiques en France?

DEUXIEME PARTIE

II/ Matériels et méthode

II/A Problématique

II/B Une méthode qualitative

II/B/1 Une recherche anthropologique dans la revue de la littérature

II/B/2 présentation du terrain de recrutement de l'étude

II/B/3 méthode de recrutement des accouchées originaires d'Afrique Subsaharienne

II/B/4 déroulement des entretiens

II/C Mon positionnement différemment perçu par les femmes

TROISIEME PARTIE

III/ Analyse de l'étude et discussion

III/A Description des rites

III/A/1 Le bain de siège, la purification, et le massage

III/A/2 Le bandage du ventre

[Tapez ici]

III/A/3 Les nourritures et décoctions destinées aux accouchées

III/B Des rites appauvris

III/C Des rites perpétués

III/D Réalité du vécu de l'accouchement, et qu'en est-il de la compatibilité de ces pratiques du post-partum à la biomédecine?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : trame du guide d'entretien avec les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, P 31.

ANNEXE 2 : justificatif de l'étude destiné aux cadres, P 33.

ANNEXE 3: consentement destiné aux femmes originaires d'Afrique subsaharienne, P 34.

ANNEXE 4 : conditions socio-économiques des femmes, P 35.

ANNEXE 5 : les différents types de pratiques du post-partum en Afrique subsaharienne, P 36.

ANNEXE 6 : biomédecine et pratiques du post-partum des femmes d'Afrique subsaharienne, P 37.

Lexique

Rites : Ensemble des règles et des cérémonies qui se pratiquent dans une Église particulière, une communauté religieuse (Larousse).

Étayage : Ensemble des interactions d'assistance et d'accompagnement qui vont permettre à une personne d'apprendre à organiser ses conduites afin de résoudre seule un problème qu'elle ne savait pas résoudre au départ (J.Bruner).

Biomédecine : en sciences, application des connaissances de la médecine à la biologie (la conjugaison.fr).

Coépouse : dans les civilisations polygames, seconde, troisième, etc., épouse d'un homme par rapport à la première (Larousse).

Immigré : qui a quitté son pays d'origine pour s'installer dans un autre pays (Larousse).

Etranger : un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides). Les personnes de nationalité française possédant une autre nationalité (ou plusieurs) sont considérées en France comme françaises. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment) (INSEE).

Identité culturelle : ensemble des éléments de culture par lesquels une personne ou un groupe se définit, se manifeste et souhaite être reconnu; L'identité culturelle implique les libertés inhérentes à la dignité de la personne et intègre dans un processus permanent, le particulier et l'universel, l'un et le multiple, la personne et les 3 communautés, la mémoire et le projet.

Introduction

Originnaire du Sénégal, j'ai parfois été interpellée au cours de mes différents stages par la discordance entre la biomédecine et la réalité du post-partum de certaines femmes originaires d'Afrique subsaharienne. En effet, ces femmes s'attachent le ventre dès le lendemain de l'accouchement avec un pagne pour retrouver un ventre plat rapidement. Les professionnels de santé vont alors leur préconiser de ne pas procéder ainsi, pour laisser travailler les muscles abdominaux, très peu sollicités au cours de la grossesse. J'ai pensé que si ces femmes avaient plus au moins une bonne observance de ces conseils à l'hôpital, une fois chez elles, ceux de l'entourage (famille et amies), leur propre expérience ou vécu, l'envie de se rapprocher de ce qu'elles connaissent (qui peut leur procurer un sentiment de sécurité) prennent le dessus sur la biomédecine. J'en suis venue à me demander s'il n'en était pas de même avec les conseils de sortie dans le cadre de la prévention de l'endométrite. Les sages-femmes préconisent aux accouchées de ne pas effectuer de bain pendant un mois en raison de la persistance de l'ouverture du col, surtout de l'orifice interne, mais certaines de ces femmes vont probablement de retour à la maison pratiquer un bain de siège : je pense notamment à celles qui l'ont déjà fait en Afrique.

Ces femmes, surtout celles qui ont immigré à l'âge adulte, et qui sont très imprégnées de leur culture d'origine peuvent être tiraillées entre celle-ci et la biomédecine. De plus, je me suis rendue compte que les pratiques du post-partum d'Afrique subsaharienne étaient assez répandues chez ces femmes, à travers les forums et les magazines de beauté africaine. Par ailleurs, lorsque j'explique ces pratiques aux professionnels de santé que je rencontre dans le cadre du mémoire, notamment aux sages-femmes, je me rends compte qu'ils sont très peu au courant de ces rites. En revanche, ils sont tous intéressés de les découvrir.

Première partie

I/DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES TRADITIONNELS EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.

I/A La grossesse

Partout dans le monde, la femme enceinte est l'objet de toutes les attentions. On veille à ce qu'elle ait une place assise au métro, ou qu'elle se ménage dans les travaux champêtres. En Afrique, il est communément admis qu'une femme enceinte n'annonce pas sa grossesse, cela dans le but de se protéger et de protéger son bébé. L'ethnologue Simone Kalis (1997, p.558) écrit à propos des Sérers Sin¹ du Sénégal : «Il importe de ne pas attirer les entités malveillantes sur sa personne. C'est pourquoi, aussi longtemps que cela est possible, la grossesse sera dissimulée. En général, la famille feint d'ignorer l'événement qui n'est en aucun cas abordé publiquement et directement». Toujours dans le même état d'esprit, elle doit adopter une conduite irréprochable et respecter un certain nombre d'interdits. Elle ne doit pas se rendre à des funérailles ni côtoyer les femmes stériles ni rendre visite à une nouvelle accouchée ou à une femme ayant fait une fausse couche au risque d'accoucher prématurément ou de faire elle-même une fausse couche. Il lui est également interdit d'entrer en conflit avec toute personne au risque d'avoir un accouchement difficile. Elle ne doit pas manger froid ou cru, elle doit éviter tout ce qui peut lui faire peur. Pauline François (2009, p 41) écrit concernant la femme enceinte sereer du Sénégal : «Elle a interdiction de parler avec les griots². Pour éviter de parler par mégarde à un griot, elle ne doit pas parler à des inconnus puisqu'elle ne sait s'ils sont griots ou non. Par ailleurs, elle ne peut plus assister aux cérémonies puisque les griots y sont toujours présents. Transgresser ces interdits provoquerait un avortement».

¹ Les serrer Sin ou serrer sine ou sereer sont une ethnie du Sénégal, qui parle le serrer sine une langue majoritairement parlée au Sénégal et plus particulièrement au Centre Ouest du pays, dans la région du Sine Saloum.

² Griot, griotte ; poète musicien ambulant en Afrique Noire, dépositaire de la culture orale. (Larousse pratique 2005, édition Larousse).

Les rapports sexuels avec le mari ne sont pas proscrits. Au contraire, ils permettraient un meilleur développement du bébé. Le sperme est en effet considéré comme une « source de nourriture ».

L'entourage est très attentif à la femme enceinte, comme le mentionne Simone Kalis (1997, p 559) : «la femme enceinte fait l'objet d'une attention et de soins particuliers de la part du groupe féminin. L'entourage est d'une grande permissivité à son égard, elle peut ainsi donner libre cours à son agressivité et à ses humeurs. Tous essaient de satisfaire, à tout moment, ses moindres désirs et plus particulièrement ses désirs alimentaires». Chez les Sérers Sin du Sénégal, les femmes enceintes sont massées à partir du huitième mois par une matrone afin de tonifier le muscle utérin pour rendre les contractions plus efficaces au moment de l'accouchement. Le massage permet aussi d'empêcher l'apparition des vergetures. Simone Kalis dit que les points massés sont les côtes, les genoux, le ventre, le pubis, les hanches et les cuisses : des endroits moteurs, points de force qui entrent en action dans l'accouchement.

I/B L'accouchement

L'accouchement est généralement une histoire de femmes. Néanmoins, le sociologue Claude RIVIERE (1981, p.72) sur la naissance chez les EVE du Togo précise : «Nous connaissons des familles Eve d'agriculteurs où le père, versé en la matière, a été l'accoucheur de ses propres enfants. L'interdit de présence du père au moment de la parturition est alors levé, en raison d'un savoir fonctionnel qui, pour ainsi dire, le sacralise».

La femme en couches ne doit pas crier au moment des contractions et de l'accouchement, pour ne pas alerter les mauvais esprits avant la naissance du nouveau-né afin de le protéger. L'accouchement est un rite de passage qui permettra à une nullipare de passer du statut de femme à celui de mère. L'anthropologue Thierry Berche (1998, p.124) sur l'accouchement chez les Dogons décrit: «L'accouchement se passe en position assise. L'accoucheuse n'interviendra que pour encourager la femme quand l'enfant commence à sortir, et le recueillir lors de son expulsion. Ensuite, elle masse le ventre de la femme pour aider la sortie du placenta». Celui-ci, appelé double de l'enfant, nécessite en ce sens un soin

particulier (enterrement dans un endroit humide), afin de lui permettre de continuer à assurer son rôle de protection vis à vis du nouveau-né.

I/C Les suites de couches

Chez les Sérers Sin du Sénégal, les massages du nouveau-né commencent à partir du troisième ou quatrième jour de vie après la naissance et peuvent durer jusqu'à trois mois pour la fille et quatre mois pour les garçons. A propos de ce massage, Simone Kalis (1997, p.561) précise que : «si l'enfant est prématuré, il débute lorsque le poids est jugé suffisant. C'est avec le beurre de karité légèrement chauffé à la flamme que s'effectuent les frictions et les pressions corporelles. Les avantages de cette pratique sont d'abord une mobilisation qui permet de procéder à un contrôle des aptitudes physiques de l'enfant pendant la période néonatale. C'est en quelque sorte le test d'Apgar Africain». Concernant la maman, ses premiers repas sont chauds et légers pour faciliter l'écoulement des lochies et la reconstitution des forces. Des bains de siège à base d'herbes sont pratiqués, et la mère doit être assez courageuse pour supporter la chaleur de l'eau. Ensuite, des massages lui seront prodigués pour reprendre des forces et raffermir son corps. Enfin le ventre est attaché pour qu'il retrouve au plus vite sa tonicité d'avant.

Un bain de siège est un bain dans lequel l'accouchée s'assoit dans de l'eau très chaude, qui recouvre les fesses et les hanches. Le démographe Gervais Béniguissse (2004, p.253) décrit cette pratique comme une thérapie indispensable pour ces femmes, ayant pour but de favoriser la reconstitution des forces et des organes en faisant sortir les caillots de sang coagulé restés dans le ventre et qui provoque des douleurs et des ballonnements. L'anthropologue Olivier de Sardan (1999) constate que cette toilette est pratiquée partout avec de l'eau très chaude, presque bouillante, ce qui aurait des vertus antiseptiques, adoucissantes et cicatrisantes. Simone Kalis (1997, p 561) décrit aussi l'existence du bain de siège chez les sérers Sin du Sénégal, je cite : «Pendant une semaine, elle prépare des bains à base de décoction de feuilles de *ngayoox*. Les feuilles serviront à frotter le corps qui sera ensuite enduit de beurre de karité, pour assouplir le derme». Elle poursuit (1997, p.561) : «des bains de siège sont pratiqués, les vapeurs chaudes provoquent une vasodilatation de la région pelvienne. Le flux sanguin de cette zone soumise à la chaleur est accéléré et permet un écoulement plus abondant des

lochies. Il arrive que sa personnalité fragile et mal protégée soit ébranlée ; c'est alors que se produisent les psychoses du post-partum, sous forme de bouffées délirantes. Selon les croyances, le sang lochial, au lieu de s'écouler normalement monte au cerveau et provoque des troubles psychiques».

I/D Début d'une médicalisation de la Naissance en Afrique dans les années 70.

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement visait à diminuer la mortalité materno-infantile en Afrique. Anne Hugon spécialiste de l'histoire des explorations en Afrique écrit (2005, p.5) : « Avec des variations selon les pays, les autorités médicales, parfois associés aux missionnaires, mettent en place dans l'entre-deux-guerres des programmes de suivi médical des grossesses, d'encouragement aux accouchements en institution et de remplacement progressif des accoucheuses par des sages-femmes diplômées. Dans tous les cas étudiés, la préoccupation affichée est celle de colonisateurs inquiets de la mortalité maternelle et infantile qui, grevant la croissance démographique, entame le réservoir de main d'œuvre utile à l'exploitation économique des colonies ».

Depuis les années 70 s'est organisée en Afrique subsaharienne une médicalisation autour de la naissance, prônée par l'OMS à des degrés différents d'un pays à un autre. Elle diffère également entre les zones urbaines et rurales au sein d'un même pays. Ainsi en 1997, l'anthropologue Thierry Berche a relevé qu'à Bandiagara (Mali), 80% des femmes en ville ont accouché à la maternité du centre de santé contre 90% d'accouchements à la maison pour les femmes en milieu rural. Ces femmes ne se rendaient au centre de santé qu'en cas de complications.

Si le lieu de l'accouchement est souvent étudié par les démographes et les anthropologues, la période des suites de couches est peu décrite dans les études scientifiques. En effet, l'hospitalisation est courte et ne dure que quelques heures le plus souvent. Le suivi médical est quasi inexistant et la jeune accouchée est prise en charge par un membre de sa famille, sa mère ou sa belle-mère en général qui va alors mettre en place les rites traditionnels du post-partum que nous décrirons plus précisément dans la troisième partie.

I/E Le contexte de la migration et ce qu'il en est de la survivance de ces pratiques en France

La migration africaine se féminise progressivement en France en 1993 et avec les « lois Pasqua » dans le cadre du regroupement familial. Celui-ci a permis aux travailleurs de faire venir leur conjoint, et leurs enfants mineurs en une fois : dans ce cadre toute la famille est en situation régulière. Depuis 1986, date à laquelle le visa a été instauré, les conditions d'acquisition de celui-ci pour les Africains sont très difficiles. Lorsque les femmes entrent avec un visa touristique et qu'elles restent ensuite au-delà de la période de séjour accordée, elles se mettent en situation irrégulière. C'est alors le début d'une précarité.

La migration constitue pour beaucoup de migrants une rupture et un déséquilibre de plusieurs aspects : administratif, économique et social. L'interaction avec les professionnels de santé est difficile car ils ont une différence de représentations, et des expressions différenciées de la maladie. De ce fait l'interprétation du système de soin se révèle être difficile notamment pour les nouveaux immigrés.

Sophie PRUDHOMME (2008, p 21), lors de son étude portant sur les femmes enceintes immigrées d'Afrique de l'Ouest, écrit : «La maternité, période de fragilisation pour toute future mère, l'est encore plus lorsque celle-ci, migrante, se retrouve confrontée à des pratiques différentes de celles de sa culture initiale : la femme accouche seule, dans un monde étranger avec tout ce que cela comporte de risques et d'incertitude».

Emmanuelle Farcy sur les femmes immigrées originaires d'Afrique de l'Ouest (2004, p 98) remarque : « Tout au long de la thèse, nous avons baigné dans un univers de rites et de coutumes traditionnels obstétricaux africains : on a compris qu'ils ont un rôle éducatif et qu'ils codifient la vie génésique des femmes. Nous nous sommes aperçu qu'en exil, ils changent, se modifient, sont réinventés et réinterprétés, peut être appauvris. Ils s'adaptent au milieu. »

Ces rites qui font partie intégrante de la vie des accouchées en Afrique sont transformés dans le contexte de migration. Nous avons voulu savoir, à travers des entretiens réalisés auprès de femmes ayant précédemment accouché en Afrique,

comment ils pouvaient être perpétués lors d'un accouchement en France ou comment les femmes s'adaptait à ce nouveau contexte.

Deuxième partie

II/MATÉRIELS ET MÉTHODE

II/A Problématique

Partant du constat de la discordance entre la biomédecine et la réalité de certaines pratiques des suites de couches des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, je me suis interrogée sur la meilleure façon de permettre aux professionnels de santé de découvrir les pratiques du post-partum de leurs patientes originaire d'Afrique subsaharienne, mais aussi en amont sur le vécu de leur accouchement en France par rapport à un accouchement antérieur en Afrique.

Deux objectifs

Le premier objectif est de sensibiliser les professionnels de santé à la différence de prise en charge culturelle des suites de couches chez ces femmes, par les rites du post-partum.

Le second est de les interpeller sur la différence du vécu de l'accouchement entre la France et l'Afrique, du point de vue de certaines de ces femmes.

Trois hypothèses

Les pratiques du post-partum sont perpétuées en France par les femmes récemment immigrées et qui l'ont déjà pratiqué en Afrique.

Ces pratiques traditionnelles sont incompatibles avec la biomédecine.

Les femmes ont un meilleur vécu de leur accouchement lorsque celui-ci a lieu en Afrique.

II/B Une méthode qualitative

II/ B/1 Une recherche anthropologique dans la revue de la littérature

J'ai commencé par effectuer une recherche dans la revue de la littérature, essentiellement à partir de la base de données du service de documentation de l'université Paris Descartes du site de Cochin (sudoc, cismef, google scholar...) en utilisant par exemple les mots clefs suivants « soins de l'accouchée en Afrique » ; « bain de siège » ; « post-partum en Afrique » ; « le bandage abdominal après l'accouchement » ; « décoctions en Afrique » ; « nourriture de l'accouchée ». Les résultats trouvés m'ont permis de constituer la première partie de mon mémoire, ceux-ci m'ont surtout réconforté dans le choix de ce sujet de mémoire. En effet, au départ je n'avais que quelques connaissances personnelles, le fait que ces pratiques soient renseignées dans la littérature m'a permis d'aller plus en détails dans l'exploration de ce sujet, puisque certaines pratiques ne sont que très brièvement décrites dans la littérature comme par exemple le bain de siège.

Une fois que je m'étais lancée dans la recherche anthropologique de la littérature, le type d'étude qui me paraissait être le plus adapté pour répondre à mes différentes interrogations autour de ce sujet était l'entretien semi-directif de femmes originaires d'Afrique Subsaharienne sur leur pratique du post-partum, et sur leur vécu de l'accouchement en France. Il s'agit d'une étude qualitative, et multiculturelle basée sur un recrutement des femmes dans trois hôpitaux de la région parisienne. Les femmes ont été sélectionnées sur une pratique ultérieure des rites du post-partum, et/ou sur une connaissance de ces rites.

II/ B/2 Présentation du terrain de recrutement de l'étude

J'ai choisi trois maternités de la région parisienne que je nommerai maternité A, B et C pour des raisons de confidentialité. Ces maternités ont été sélectionnées en fonction de mes lieux de stage. De ce fait, je connais les pratiques de ces services en suites de couches, notamment en ce qui concerne les conseils et les recommandations de sortie. Recruter dans trois maternités m'a permis d'inclure des femmes issues de différents pays d'Afrique subsaharienne.

II/B/3 Méthode de recrutement des accouchées originaires d'Afrique Subsaharienne.

Pour recruter ces femmes je me suis rendue en personne essentiellement dans les services de suites de couches de ces trois maternités. Un premier contact me permettait de leur expliquer le sujet de mon étude, et de recueillir leur consentement par écrit, afin de les contacter ultérieurement par téléphone pour convenir d'un rendez-vous pour l'entretien.

J'ai pu recruter 19 femmes originaires d'Afrique subsaharienne sur une période de quatre mois, allant d'août 2014 à décembre 2014. Je n'ai eu que très peu de refus au cours du recrutement en maternité, soit 2 ou 3 femmes. Les raisons invoquées étaient essentiellement les difficultés de logement. Généralement elles étaient d'accord pour participer à l'étude.

II/ B/4 Déroulement des entretiens

Finalement, je n'ai pu réaliser que quinze entretiens qui se sont déroulés sur une période de quatre mois allant de septembre 2014 à Janvier 2015. Quatre entretiens n'ont pas pu être réalisés pour de multiples raisons, allant du numéro qui ne fonctionnait plus (ce qui m'a amenée plus tard à vérifier les numéros des femmes immédiatement après le recrutement), aux femmes qui ne répondaient plus à mes appels après un premier rendez-vous non honoré, en passant par celles qui n'étaient pas du tout disponibles à cause leurs conditions de vie très difficiles (pas de logement fixe, 115, beaucoup de rendez-vous déjà prévu, les enfants dont elles doivent s'occuper seules ...). Pour les derniers entretiens que j'ai pu réalisés, j'ai dû beaucoup insister auprès des femmes afin de les rencontrer dans le délai que je m'étais fixé. L'approche des vacances de Noël et les bronchiolites n'ont pas facilité les prises de rendez-vous.

Les entretiens ont duré en moyenne 45 mn, ils ont été retranscrits intégralement. Les femmes étaient impliquées, d'ailleurs certaines à la fin de l'entretien me faisaient comprendre que je pouvais les recontacter pour des questions supplémentaires ou un oubli, d'autres voulaient avoir des nouvelles du travail de mémoire une fois que l'aurais achevé.

Pour des raisons de disponibilité, et pour qu'elles se consacrent entièrement à l'entretien, je ne le faisais pas les week-ends. Les rendez-vous pour les entretiens étaient généralement fixés du lundi au vendredi à 11h ou à 14h, des horaires plus

faciles pour les femmes, et surtout pour qu'elles puissent aller chercher leurs enfants à 16h. Je me suis rendue un peu partout pour faire mes entretiens : à Gennevilliers, à Villeneuve-la-Garenne, à Goussainville, à Chatillon, à Paris, au Bourget, à Rueil-Malmaison, à Ermont-Eaubonne. Ce qui m'a semblé contraignant surtout, c'étaient les trajets à effectuer pour se rendre chez les femmes. Pour celles qui habitaient à Paris cela a été relativement facile puisque je n'étais pas très loin, en revanche il m'est arrivé d'avoir eu deux entretiens le même jour dans des zones géographiques complètement opposées. Quand c'était le cas, il me fallait "courir toute la journée" pour être à l'heure chez les femmes, et surtout le challenge était de finir les entretiens avant 16h pour qu'elles puissent aller chercher leurs enfants à l'école.

Treize entretiens ont été réalisés en français. Un a été commencé en français puis terminé en bambara, un autre a été effectué intégralement en wolof. Concernant ces deux derniers entretiens, les deux femmes comprenaient bien le français mais elles s'exprimaient plus facilement dans une langue africaine (wolof et bambara) : je leur ai donc proposé de poursuivre en langue africaine.

Les entretiens se sont tenus la plupart du temps au domicile des accouchées, à l'exception de quatre entretiens. Un des entretiens a eu lieu à l'hôtel pour une dame logée par le 115. Un deuxième s'est déroulé à l'école des sages-femmes pour une autre femme logée au 115 également, et dont l'hôtel n'acceptait pas de visites. Un troisième entretien s'est tenu à la maternité A parce que la maman venait en consultation P.M.I pour son nourrisson, et que c'était plus pratique pour elle. Le dernier s'est tenu dans la salle à manger commune d'un foyer églantine ? Pour une dame qui y était logée.

Les entretiens ont été réalisés individuellement, à l'exception de deux. Il s'agissait de deux femmes qui me disaient être des coépouses. Ce n'est que vers la fin des entretiens que j'ai fini par comprendre qu'elles n'étaient pas mariées au même homme, mais que leurs deux maris étaient frères. Elles m'ont expliqué par la suite qu'en Afrique, elles sont aussi considérées comme telles de par le fait que ce sont des femmes qui intègrent une même famille après le mariage, et qu'elles sont en concurrence à l'égard de leur belle-famille. C'est lors de ma prise de contact avec la première femme en maternité que j'ai pu également recruter la seconde, qui était venue lui rendre visite ce jour-là : un recrutement par effet boule de neige. J'avais prévu de faire les deux entretiens séparément au domicile de chacune d'elles avec des heures différentes mais elles ont changé de programme (sans me prévenir), et se sont retrouvées dans la même maison puisqu'elles n'habitaient pas loin l'une de

l'autre. Finalement, je me suis retrouvée à faire une sorte de « focus groupe » dans la mesure où chacune intervenait de temps à autre sur l'entretien de l'autre. Néanmoins ces deux entretiens ont été très riches car elles m'ont apporté beaucoup de précisions de par les interactions.

II/C Mon positionnement différemment perçu par les femmes

J'ai eu une « double casquette » auprès de ces femmes. D'abord parce que je suis moi-même originaire du Sénégal, elles se sont confiées plus facilement à moi, elles me tutoyaient et il y en avait qui me disaient : «Toi-même tu sais » pour me rappeler que moi aussi je viens de là-bas comme elles, et que par conséquent je sais ce qui s'y passe. D'autres s'intéressaient à mon parcours scolaire comme modèle pour leur enfant, et me félicitaient.

L'autre « casquette » est celle de l'étudiante sage-femme, statut qui provoquait une méfiance chez certaines (très peu) et qui les a conduites à me cacher une partie de leur vie, en se contentant de me dire ce qu'elles avaient déjà dit aux personnels soignants. C'est l'exemple d'une femme qui se trompait le long de l'entretien pour désigner l'homme qui partageait sa vie : tantôt elle le désignait comme son frère, tantôt comme son mari.

Les femmes m'ont paru intéressées et concernées par le sujet de mon mémoire. Elles m'ont raconté leur intimité, leur parcours de vie, leur grossesse, leur accouchement et leurs suites de couches. Et j'ai eu l'impression qu'il y a eu plus de confiance à mon égard de la part des deux femmes, à qui j'ai fait l'entretien en langue Africaine.

Troisième partie

III/ ANALYSE DE L'ÉTUDE ET DISCUSSION

J'ai constitué trois tableaux (en annexe) pour analyser mes quinze entretiens, intégralement retranscrits.

Au cours de mes entretiens, les femmes m'ont décrit les différentes pratiques qu'elles ont pu faire en France et / ou en Afrique.

III/A Description des rites

III/ A/1 Le bain de siège, la purification, et le massage:

Le bain de siège est une pratique commune retrouvée dans presque tous les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. En revanche elle est pratiquée de façon différente selon la région de l'Afrique où l'on se trouve, et d'une ethnie à l'autre à l'intérieur d'un même pays. Selon les entretiens menés auprès des femmes qui sont originaires d'Afrique Centrale, cette pratique est harmonisée dans cette région du monde.

Elle débute en général le lendemain de la sortie de maternité avec de l'eau seule, avec du sel ou avec des plantes. Le contenu de l'eau chaude est versé dans une bassine. A côté de la bassine d'eau chaude, il y a une bassine d'eau froide. L'accouchée se tient debout et nue dans la douche. Elle est accompagnée dans ce rituel par une personne de confiance qui est généralement la mère ou la grand-mère. La personne qui exécute le bain trempe une serviette dans l'eau chaude, et se sert de la bassine contenant l'eau froide pour pouvoir saisir la serviette chaude. Celle-ci va être "tapée" sur tout le corps de l'accouchée de la tête au pied dans un premier temps, puis elle va servir à assurer un massage très tonique sur l'ensemble du corps notamment sur le ventre afin de bien permettre l'évacuation des lochies. A la fin de ce massage tonique à la serviette, soit l'accouchée s'accroupit et de l'eau chaude est jetée au niveau de la vulve pour la cicatrisation de cette partie, soit elle s'assoit sur un petit pot contenant de l'eau chaude pour permettre à la vapeur de compléter l'écoulement des lochies. Dans ce dernier cas, une très grande serviette la recouvre afin d'empêcher la vapeur de s'échapper.

A la fin du bain de siège certaines femmes originaires d'Afrique Centrale se purgent : ce sont des femmes originaires de la Côte d'Ivoire, du Congo, du Cameroun et du Bénin. Cette pratique consiste à mélanger de l'eau et du piment dans un purgeoir, qui sera introduit dans l'anus pour effectuer une purge. Celle-ci servirait à soigner les cicatrices laissées par l'accouchement au niveau anal. De même certaines femmes se purgent au niveau vaginal en y introduisant une boule de Gingembre pendant vingt minutes deux à trois semaines après l'accouchement. La purge se fait une fois par semaine pendant la durée du bain de siège. A la fin de ce bain de siège, l'accouchée prend une douche normalement.

Il existe une deuxième méthode de pratique du bain de siège, qui se fait aussi en Afrique Centrale mais surtout en Afrique de l'Ouest. L'eau chaude est portée à ébullition avec des herbes appelées nivaquine ou nime qui auraient des propriétés cicatrisantes et antiseptiques. La décoction chaude est versée dans une baignoire et l'accouchée doit s'y asseoir. C'est à l'accouchée d'estimer si la chaleur de l'eau lui est supportable ou s'il faut qu'elle attende encore. Le temps pendant lequel elle s'y assoit dépend également de son appréciation.

Pendant mes entretiens, les femmes me disent que la durée du bain varie entre trente minutes et une heure. Une fois l'accouchée assise dans la décoction, la personne de confiance chargée de lui prodiguer ce soin lui masse tout le corps avec les herbes contenues dans la préparation, toujours en insistant sur le ventre. Lorsque le bain prend fin, elle se douche normalement. Certaines auront généralement droit à un second massage aussi bien en Afrique de l'Ouest qu'en Afrique Centrale. Celui-ci est moins tonique que le premier et sa fonction est d'apaiser tout le corps, notamment le dos. Il est fait au beurre de karité ou au nan (de l'huile de noix de palme) utilisé au Cameroun. Les femmes me disent que le bain de siège permettrait en premier lieu l'écoulement des lochies, afin d'éviter certaines maladies. Il a aussi pour but d'éviter les troubles de transits (ballonnement, gaz, constipation) et de "refermer" les parties du corps ouvertes par l'accouchement. Par exemple, Bintou 38ans, mère au foyer me dit: « Là où un bébé est sorti, c'est une plaie ». Le bain de siège permet alors la cicatrisation des plaies de la vulve par les plantes et l'eau chaude. La mère de Maimouna, une infirmière accoucheuse au Cameroun lui aurait dit qu'auparavant en Afrique, les femmes n'étaient pas suturées si elles présentaient une déchirure périnéale, la cicatrisation se faisait grâce à l'effet de l'eau chaude. Enfin, le bain de siège permet de résorber les œdèmes constitués pendant la grossesse par l'effet de la vapeur d'eau chaude. Lorsqu'il est complété par un

massage, il permet de détendre les muscles noués au cours de la grossesse et lors de l'accouchement et procure une sensation de bien-être.

Le bain de siège débute le lendemain du retour à domicile de l'accouchée. Il est délivré par la maman ou par la grand-mère lorsqu'elle vit encore, il est fait deux à trois fois par jour pendant quarante jours généralement. Cette durée s'explique chez les musulmanes, qui sont considérées comme impures, de ce fait elles doivent alors se purifier pendant la période des suites de couches avant de retrouver leur mari.

Pour les autres femmes, selon leur coutume, cette période varie d'un à trois mois. Le bain de siège dure entre trente minutes et une heure généralement, avec de l'eau très chaude. Il est admis que lorsqu'on a eu une épisiotomie, il est préférable d'attendre la cicatrisation de celle-ci avant de débiter le bain de siège puisqu'il peut être pratiqué encore les trois premiers mois de l'accouchement. Il en est de même pour la césarienne.

III/A/2 Le bandage du ventre

Il est débuté après le bain de siège et le massage. L'objectif est de permettre de résorber le ventre plus rapidement, d'éviter les troubles du transit et de limiter la capacité alimentaire de l'accouchée. C'est la personne qui s'est occupée de faire le bain et le massage, qui se charge d'attacher le ventre de l'accouchée. Les femmes me disent qu'il vaut mieux que ce soit quelqu'un d'autre qui le leur attache parce que sinon cela risque de ne pas être assez serré. La technique consiste à attacher le ventre très serré vers l'intérieur avec un pagne, et une fois le ventre attaché les femmes sont censées le garder jusqu'au lendemain au moment de refaire le bain. En pratique certaines femmes desserrent un peu le pagne au moment de manger, et complètement la nuit pour dormir. Ce sont elles qui estiment la durée pendant laquelle elles le gardent, en fonction du temps que met le ventre à partir.

III/A/3 Les nourritures et décoctions destinées aux accouchées :

La nourriture occupe une place très importante pendant la grossesse. La plupart des femmes disent ne vouloir manger presque que de la nourriture africaine au cours de la grossesse, d'où l'importance de la famille. Après l'accouchement il est recommandé aux accouchées de privilégier les plats riches en fer, ceux permettant

d'avoir une bonne montée laiteuse, et ceux qui sont légers, riches en vitamines et non constipants pour elle et le nouveau-né. Parmi les plats que l'on retrouve le plus souvent, il y'a :

Les bouillies faites à base d'eau, de farine de mil ou de maïs, généralement utilisées comme petit déjeuner pour les accouchées ;

La soupe faite à base de légumes, d'eau, et de protéines (poisson, poulet ou viande). Elle est à boire chaude. Riche en fibres pour faciliter le fonctionnement du transit, elle permet un apport en vitamines, et les protéines apportent un peu de consistance au plat. On la trouve très souvent après l'accouchement, d'un pays à l'autre de l'Afrique subsaharienne.

Le saka saka est aussi un plat qui revient assez fréquemment au cours des entretiens : c'est une sauce qui contient des feuilles de manioc riche en fer et de l'huile de palme. On le trouve dans les pays d'Afrique de l'Ouest tel que le Sénégal, le Mali et ceux d'Afrique Centrale comme le Cameroun, le Congo. Au Congo on l'appelle le pondou, et il est associé à une poudre appelé le moussaka. Au Bénin, le becu est un plat identique contenant des épinards, de l'huile de palme et des légumes.

Le cui est un plat de l'accouchée des Babilinkés du Cameroun. C'est une sauce très gluante provenant de la tige d'une plante. Elle contient en plus "du piment, et un paquet d'épices" selon Maimouna. Selon cette dernière, l'accouchée bibilinké ne mange que cette préparation les deux premiers jours après l'accouchement, puis fréquemment les deux premiers mois. Ce plat permettrait de "nettoyer le ventre".

L'arachide servirait à avoir une bonne montée laiteuse. Au Sénégal, le dakhine est fait avec de la pâte d'arachide. C'est un plat de l'accouchée, mais aussi des personnes malades ; il permettrait la reconstitution des forces. En Côte d'Ivoire, la sauce pistache (celle-ci ressemble à l'arachide) est préparée avec une graine appelée le mappé. Elle permettrait selon Gislaine de soigner "les plaies du ventre".

Les sauces citées ci-dessus peuvent se manger avec du riz mais celui-ci n'est pas vraiment recommandé après l'accouchement en raison de sa capacité constipante. Le plus souvent, elles sont mangées avec du couscous ou du to (pâte faite avec du manioc ou du mil ou de la banane plantin).

En ce qui concerne les décoctions, sur mes quinze entretiens seules deux femmes (originaires du Sénégal et du Mali) ont eu à boire des décoctions de plantes appelées "seppe" au Sénégal, "babi et gueni" au Mali. Ces décoctions permettraient de nettoyer le tube digestif.

III/B Des rites appauvris

Je parle d'appauvrissement des rites du post-partum dans la mesure où j'ai fait le constat qu'une très grande partie des femmes n'effectuaient pas l'ensemble des rites cités ci-dessus mais juste une partie : c'est le cas des femmes récemment immigrées. A l'issue de mes entretiens, j'ai classé les femmes en deux groupes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, et du nombre de pratiques effectuées pour le post-partum.

Le premier groupe, que je nommerais le groupe 1, est constitué de douze femmes dont dix ont déjà accouché en Afrique. Parmi ces dix femmes, huit ont déjà réalisé l'ensemble des rites du post-partum en Afrique à la suite d'au moins un accouchement en Afrique. Dans ce groupe, les femmes ont une moyenne d'âge de trente-cinq ans, elles ont le plus souvent immigré seules (sans leur famille) en France pour des raisons économiques ou familiales. Huit d'entre elles sont mariées, elles vivent en France avec leur mari et leur enfant, travaillent et sont en situation régulière. Quatre femmes de ce groupe vivent seules avec leurs enfants dans un petit logement ou à l'hôtel, elles ne travaillent pas parce qu'elles sont en situation irrégulière pour deux d'entre elles.

Dans ce groupe, aucune femme n'a pu reproduire en France l'ensemble de ces rites, y compris les huit femmes ayant réalisé l'ensemble des soins du post-partum en Afrique. Pour expliquer cela, neuf femmes sur douze évoquent l'absence de leur mère ou grand-mère. De plus, elles ne savent pas comment se procurer en France les herbes dont elles ne connaissent pas le nom. Seules deux femmes sur douze ont été en mesure de me dire le nom des herbes, mais elles n'ont pas pu s'en procurer non plus. Puis, elles ont la tâche de s'occuper d'elle-même, du nouveau-né, des aînés et de la maison une fois de retour chez elles. En Afrique on s'était occupé d'elles et des nouveau-nés : « Là bas je me reposais, je mangeais, et je me contentais d'allaiter le bébé c'est tout », me confie Rosine 38 ans, mère au foyer.

Les conditions de vie très difficiles, notamment lorsqu'elles sont logées par le 115, ne laissent pas la possibilité à ces femmes d'effectuer ce genre de rites.

Enfin, La volonté de l'adaptation au pays d'accueil est soulignée par une femme de ce groupe.

Au cours de leur migration en France, les huit femmes qui avaient réalisé l'ensemble des pratiques du post-partum en Afrique n'ont pu reproduire qu'une partie de ces pratiques, à savoir se bander le ventre, préparer la nourriture et/ ou les décoctions. Ces pratiques partiellement perpétuées correspondent au plus facile à faire, et à ce qui ne nécessite pas l'aide d'une tierce personne. Toutefois, toutes ces huit femmes ainsi que deux autres qui n'ont pas accouché en Afrique (dix femmes sur douze) auraient voulu perpétuer ces pratiques au cours de leur migration : « En Afrique quand on accouche, on est comme une reine », nous dit Coumba 39 ans, aide-soignante, qui a réalisé toutes les rites du post-partum après ses deux premiers accouchements en Afrique.

« Ce cérémonial que j'ai vu, j'aurais voulu aussi y avoir droit » Fanny, 35 ans, travail en ressources humaines, qui n'a jamais accouché en Afrique, et dont la famille vit au Cameroun.

En revanche, lorsque les pratiques du post-partum n'ont pas été réalisées en Afrique parce que cela ne se fait pas dans sa famille ou dans son ethnie, comme c'est le cas pour deux femmes de ce premier groupe, il n'y a naturellement pas de raison de les faire dans un contexte de la migration.

L'absence de la famille dans le post-partum constitue le principal frein à la perpétuation de ces rites.

Dans ce groupe 1, les rites du post-partum d'Afrique subsaharienne sont perpétués par les femmes, mais ils sont appauvris. Il y a un appauvrissement involontaire de ces rites qui traduit la volonté de conservation de l'identité culturelle chez ces femmes, même chez les accouchées qui n'ont jamais eu à réaliser ces pratiques en Afrique.

III/C Des rites perpétués

Dans le deuxième groupe de femmes que j'ai nommé le groupe 2, j'ai classé les femmes qui ont perpétué les rites du post-partum dans leur intégralité. Ce sont trois jeunes femmes sur les quinze entretiens menés, elles ont une moyenne d'âge de vingt-quatre ans, elles sont soit nées ici soit immigrées en famille dans l'enfance. Ce sont des femmes qui ont toutes eu les conditions nécessaires à l'exécution de ces rites : une famille, notamment la mère parfois la grand-mère très présentes ; avec de bonnes connaissances de ces rites ; les herbes nécessaires à leur exécution.

Par ailleurs, ce sont des femmes qui ont leur propre logement avec une vie de famille stable, de bonnes conditions socio-économiques. J'ai été surprise par ce constat mais c'est une réalité. J'aurais en effet plutôt pensé que ce serait une catégorie de femmes qui auraient trouvé ces rites ancestraux sans aucun fondement. Ces trois femmes multipares étaient d'ailleurs demandeuses après le premier accouchement à ce que ces rites soient réitérés.

III/D Réalité du vécu de l'accouchement, et qu'en est-il de la compatibilité de ces pratiques du post-partum à la biomédecine ?

Il y a donc une perpétuation des pratiques du post-partum chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne au cours de leur migration en France. Elle est appauvrie chez les femmes récemment immigrées, essentiellement à cause de l'absence de la famille, mais elle paraît se perpétuer totalement chez les jeunes femmes nées en France ou chez les jeunes immigrées parce qu'à l'inverse, la famille est présente. J'avais pensé que ce serait des femmes qui trouveraient ces pratiques dangereuses, ancestrales, non fondées ou encore absurdes mais il n'en est rien. Néanmoins, il y a une volonté chez toutes ces femmes de perpétuer leurs rites de suites de couches en France. La remarque d'Emmanuelle Farcy, à la suite de son travail de doctorat concernant *Les rites et croyances obstétricaux traditionnels en Afrique de l'Ouest* est juste, il y a un appauvrissement et une adaptation de ceux-ci au cours de l'immigration en France. Selon moi, cette remarque est d'autant plus juste que l'immigration est récente. Didier Fassin a fait le même constat en Afrique concernant les femmes Joola du Sénégal, en comparant les pratiques de celles restées au village et de celles immigrées en ville (1987, P 54) : « Les modifications objectives des conditions socio-sanitaires qui réduisent les risques pour la descendance, et celles qu'entraînent chez les sujets eux-mêmes le contact avec le mode de vie citadin induisent pour les femmes qui retournent au village, un affaiblissement des contraintes rituelles et pour celles qui restent en ville l'apparition de rites simplifiés ».

Ma deuxième hypothèse était que les rites du post-partum des femmes subsahariennes étaient incompatibles avec la biomédecine. Il m'est apparu au cours des entretiens que les femmes se souviennent principalement de deux conseils émanant des professionnels de santé. En effet, onze femmes sur quinze évoquent

les conseils sur la contraception, et sept femmes sur quinze se rappellent de conseils sur la rééducation périnéale. Trois femmes sur quinze se sont souvenues de la consultation post-natale, et aucune femme n'a mentionné les conseils sur la prévention de l'endométrite. Celles qui se sont souvenu des conseils sur la pilule disent les avoir suivis sauf trois femmes : l'une parce qu'elle ne souhaite plus de contraception hormonale après l'avoir prise huit ans auparavant, l'autre parce qu'elle n'estime pas en avoir besoin dans l'immédiat, et la dernière n'a jamais pris de contraception pour des raisons religieuses. En revanche sur les sept femmes qui se sont souvenu de la rééducation périnéale, quatre ne l'ont pas faite. Les raisons avancées au non suivi de ce conseil sont le manque de temps, une difficulté à obtenir un rendez-vous, un parcours compliqué par rapport au suivi de la grossesse en maternité. Les trois femmes qui ont pratiqué la rééducation périnéale ont aussi pratiqué l'attachement du ventre dès leur retour à domicile ; elles n'ont pas trouvé ces deux éléments incompatibles parce qu'elles ne s'étaient pas souvenues de conseils allant à l'encontre de cette pratique. Elles ont d'abord pratiqué le bandage du ventre puis la rééducation périnéale, voire les deux en même temps pour une femme. Des trois femmes du groupe 2 qui ont réalisé le bain de siège en post-partum, aucune ne s'est rappelée des conseils de prévention de l'endométrite : ceux-ci me semblaient être le principal obstacle à la pratique du bain de siège. De ce fait si elles ne se sont pas rappelées de ce conseil, il n'y avait donc pour elles aucune contre-indication médicale à le faire. Selon elles, les deux seules contre-indications à la pratique du bain sont l'épisiotomie et la césarienne. Dans ces deux cas, il paraît plus raisonnable de différer cette pratique ou alors de bien protéger sa cicatrice. La césarienne constitue également un obstacle à la réalisation du bandage abdominal. Pour finir ce paragraphe, les accouchées originaires d'Afrique subsaharienne ne considèrent pas leurs pratiques du post-partum incompatibles à la biomédecine parce qu'en règle générale, elles ne se rappellent pas de conseils émanant des professionnels de santé allant à l'encontre de certaines de leurs pratiques rituelles du post-partum. En effet, elles ne se souviennent pas qu'il faut d'abord faire la rééducation périnéale avant la rééducation abdominale ou le bandage abdominal, ni qu'il faut attendre un délai de 1 mois avant de pratiquer le bain de siège. En revanche il y'a bien une contre-indication de ces pratiques à la biomédecine, selon ce que j'ai pu recueillir dans la littérature scientifique. D'après un article publié en 2001 par Alami sur *Les soins à donner à l'accouchée*, le bandage abdominal serait inutile. De plus, il serait dangereux en favorisant la stase veineuse. Si l'on peut

assimiler le bandage abdominal aux exercices abdominaux du post-partum du fait de l'augmentation de la pression abdominale engendrée, l'ANAES en 2002 préconise d'éviter tout exercice qui augmente la pression abdominale au risque de majorer les contraintes sur les différentes structures périnéales et abdominales, ceci pas avant la rééducation périnéale du post-partum, 6 à 8 semaines après l'accouchement. De ce fait, le bandage abdominal ne serait pas compatible à la biomédecine, et en tant que professionnel de santé il est tout à fait légitime de poursuivre les conseils contre-indiquant cette pratique pour la santé des patientes.

En ce qui concerne le bain de siège, dans la littérature occidentale il est mentionné dans le cadre du traitement de la maladie hémorroïdaire, du soulagement des douleurs périnéales (épisiotomie, déchirure périnéale), et de la rétention urinaire du post-partum. Ainsi, sur les RPC de l'ANAES de 2001, il est stipulé que les bains de siège, à une température de 40 à 50 °C, sont curatifs et préventifs de la rétention urinaire postopératoire (grade B). Toutefois, il n'existe officiellement aucune recommandation ou étude contre-indiquant le bain de siège chez l'accouchée.

En mon sens, tout comme pour le bandage abdominal, je pense qu'il est justifié et plus raisonnable de poursuivre les conseils de sortie dans le cadre de la prévention de l'endométrite ceci au-delà des sensibilités que je peux avoir suscitées à la suite de ce travail de mémoire. Il faut également veiller à ce que les conseils de sortie en suites de couches soient les mêmes à l'égard de toutes les patientes au risque de stigmatiser les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, qui ne se sentiraient pas concernées par ces pratiques. La volonté d'observance dépend ensuite de chaque patiente.

Pourquoi est-ce important pour ces femmes de perpétuer ces rites du post-partum ? Il m'est apparu au cours des entretiens que la perpétuation des rites par les femmes n'est pas liée aux lieux d'accouchement, puisque les femmes du groupe 2 qui n'ont jamais accouché en Afrique ont plus tendance à assurer la survivance des rites que celles du groupe 1. En ce sens, la condition essentielle à la perpétuation des rites est l'accompagnement. En effet, l'absence de la personne accompagnatrice enlève toute significativité à ces rites, exemple : « Il y a le ménage de retour à la maison, les enfants à s'occuper, toi quel temps tu as pour dire que tu vas faire ça, ça ne sert plus à rien s'il n'y a personne pour t'aider », me dit Delphine, 44ans, baby-sitter.

De ce fait, même si les autres conditions sont réunies, sans une accompagnatrice la perpétuation des rites dans leur complétude paraît dépourvue de sens. Exemple :

« On m'avait donné les herbes pour faire, mais ma mère ne pouvait pas me le faire parce qu'elle travaillait, finalement je n'ai rien fait », Ami 28ans, auxiliaire de vie.

Pour aller plus loin, ce qui est important pour les femmes dans la perpétuation de ces rites c'est l'étayage qui s'y accommode d'une part. Exemple : « C'est le rôle de ma mère d'assurer tout ça, j'attends qu'elle le fasse le jour où elle viendra ici », Fanny 35ans, qui travaille dans les ressources humaines. En effet, Les rites accompagnent les Africains à différentes périodes de leur vie (naissance, mariage, décès), la notion d'étayage est très présente au cours de ces périodes. L'ethnopsychiatre Marie-Rose Moro dans *Les parents migrants sont aussi de bons parents* souligne l'importance de l'étayage dans ces sociétés « Traditionnellement la grossesse est un moment initiatique où la future mère est nécessairement portée par les femmes du groupe : accompagnement, préparation aux différentes étapes, interprétation des rêves. La migration entraîne plusieurs ruptures dans ce processus de portage et de construction du sens. Tout d'abord, une perte de l'accompagnement par le groupe, de l'étayage familial social et culturel et une impossibilité à donner un sens culturellement acceptable aux dysfonctionnements tels que tristesse de la mère, sentiment d'incapacité, interactions mère-bébé dysharmonieuses... ». D'autre part il y a une volonté de ces femmes de vouloir conserver leur identité culturelle en cour de migration. Exemple : « Si tu viens dans un pays, et que tu décides de tout oublier de ta tradition, tu seras perdu », Bintou 38ans, femme au foyer.

L'importance de la perpétuation des rites du post-partum chez certaines femmes originaires d'Afrique Subsaharienne est liée à l'étayage, et à la volonté de conservation de leur identité culturelle. La principale condition nécessaire à leur réalisation est la présence de la personne accompagnatrice, qui est le plus souvent une personne de confiance comme la mère ou la grand-mère.

Ma troisième hypothèse est la différence d'accouchement entre la France et l'Afrique chez les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne. Il m'a semblé que certaines femmes, notamment celles qui ont déjà accouché en Afrique pouvaient avoir des regrets en France, par rapport à leur précédent accouchement en Afrique. Des regrets concernant la présence réconfortante d'un membre de la famille au cours de l'accouchement, une oreille bienveillante de la part du personnel soignant, un respect du temps du travail. Je me suis essentiellement servie des entretiens des femmes du groupe 1, notamment de ceux des dix femmes ayant accouché précédemment en Afrique. La totalité des femmes interrogées ont été satisfaites de la prise en charge de leur grossesse en France. Les femmes ayant accouché en Afrique ont eu des

suivis précoces ; comme ici, et de façon régulière jusqu'à l'accouchement sauf trois femmes. L'une parce qu'elle n'avait pas les moyens financiers de faire suivre sa grossesse, l'autre parce qu'elle ne savait pas que la grossesse nécessitait un suivi, et la dernière parce qu'elle n'a jamais eu confiance dans le système médical. Toutes ces dix femmes ont accouché à l'hôpital en Afrique, parce qu'elles habitaient dans de grandes villes, où les suivis de la grossesse et l'accouchement se font en milieu hospitalier. En France, elles ont toutes bien fait suivre leur grossesse sauf une, "la femme qui ne fait pas confiance au système médical". Celle-ci n'a aucune confiance dans le système médical d'ici (ou d'Afrique), à cause de rumeurs véhiculées par ses amies selon lesquelles il y aurait plus de césariennes, et de déclenchements de l'accouchement en France. Elle a développé une stratégie d'adaptation qui consiste à donner une date de dernières règles erronée, et de mauvaises informations afin de ne pas être déclenchée ou césarisée.

Pour en revenir à l'accouchement, certaines femmes trouvent celui-ci parfois long, et se disent que si c'était en Afrique, elles auraient pu bénéficier de médicaments africains et/ou de massages au cours de la grossesse permettant de faciliter l'accouchement. A part ce point soulevé par quatre femmes, il existe une très grande satisfaction des femmes au cours de la grossesse, et de l'accouchement. La satisfaction au cours de l'accouchement concerne essentiellement l'accueil, et la prise en charge par le personnel soignant en salle de naissance. Elle est d'autant plus grande chez les femmes ayant subi les violences verbales des sages-femmes africaines. Cette violence est traumatisante pour elles, d'ailleurs elles me reformulent les phrases dont elles ont été victimes et ces phrases sont quasi identiques d'une femme à l'autre quelque soit son pays d'origine. Par exemple : « Ferme ta bouche, on ne t'a pas envoyé pour prendre une grossesse, maintenant tu accouches », Delphine 44 ans, baby-sitter, lors de son premier accouchement en Côte d'Ivoire à 16 ans alors qu'elle n'était pas mariée.

Sur les dix femmes ayant accouché en Afrique, la moitié m'a décrit ces violences, dont Maimouna (la fille de l'infirmière accoucheuse au Cameroun). La période des suites de couches est aussi jugée comme satisfaisante par les femmes interrogées.

En conclusion, les femmes interrogées ont été quasiment toutes satisfaites de la prise en charge de leur grossesse, de l'accouchement, et de leurs suites de couches en France. Cette satisfaction est d'autant plus grande à l'accouchement, qu'elles ont déjà accouché en Afrique. Aucune femme ayant accouché en Afrique, ne regrette son accouchement en France. Au contraire elles sont très contentes d'échapper à la

maltraitance qu'elles ont subie au cours de leurs accouchements en Afrique. Exemple : « Et dans ça, y'en a qui y restent », Gislaine 38 ans, baby-sitter.

Selon les femmes, cette maltraitance plutôt verbale se manifeste de la part des soignantes parce qu'elles sont mal payées, et qu'elles sont débordées. Cependant certaines femmes ne subissent pas cette maltraitance ; c'est le cas de celles qui ont des moyens financiers et/ou celles qui connaissent quelqu'un à l'hôpital. De plus, il semble régner dans le système hospitalier africain de la corruption, qui se manifeste par des prix modulables d'une femme à l'autre en fonction de sa situation financière. Exemple : « Lorsqu'elles ont su que mon mari vivait en France, j'ai payé plus cher que les autres, et la différence entre dans leur poche », Bintou 38ans, femme au foyer.

Pour ces femmes, l'accueil et l'empathie qu'elles trouvent en France au cours de leur accouchement va au-delà de ce qu'elles auraient pu espérer.

Cette violence est mentionnée dans la littérature scientifique. Une enquête réalisée par la socio-anthropologue Moussa Hadiza en 2003 au Niger portant sur quatre centres de santé (1 centre de planification familial, 1 maternité, 2 P.M.I) a évalué les interactions entre les sages-femmes et les patientes. Elle montre un temps d'attente trop long imposé aux patientes lors des consultations, de façon injustifiée souvent ; avec un système de tri donnant la priorité de passage à certaines patientes plus qu'à d'autres, un défaut de communication, et une qualité de l'accueil médiocre. La majorité des femmes qu'elle a rencontrées souligne que les sages-femmes sont « hautaines » ; « les plus autoritaires et les plus impitoyables du corps soignant ». Une absence de confidentialité a été également soulignée par les femmes au cours des consultations. Pour se justifier, les sages-femmes interrogées évoquent des salaires insuffisants, un retard de paiement des salaires, et un manque de moyen matériel mis à leur disposition.

La sociologue Aissa Diarra, dans une étude portant sur *La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé au Mali en 2003*, décrit à travers des observations faites en salle d'accouchement qu'elle qualifie de "cadre de violence au quotidien", une violence physique ; et verbale par des menaces émanant des soignants. Elle fait la remarque que les mauvaises relations entre le personnel de santé et les usagers ont une part de responsabilité dans la persistance du taux élevé de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement.

Les faiblesses et les forces de ce travail de mémoire

Je suis consciente des limites de ce travail de mémoire, qui ne comporte que très peu de femmes incluses, ce qui ne permet pas une extrapolation de mes résultats à l'ensemble des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne. Il faudrait une étude prospective avec plus de patientes, comportant des entretiens d'accouchées pour mieux analyser ce sujet. Il m'a été difficile d'appréhender tous les aspects (ethnologique, sociologique, psychologique) de ce sujet dans le cadre du mémoire. En effet, il s'agit d'un sujet complexe qu'il faut aborder dans tous ses aspects pour comprendre les femmes, sans pour autant se disperser.

La tradition africaine est une tradition orale plutôt qu'écrite, ce qui explique que certaines pratiques soient très peu mentionnées dans la littérature. Cela est d'ailleurs souligné par les femmes au cours des entretiens lorsqu'elles se trouvent dans l'incapacité de m'expliquer le but d'une pratique. De ce fait il y a un risque plus important de perte de ces rites, d'autant plus que parfois il y a un manquement à cette transmission orale. Réaliser un travail de mémoire dans ce cadre a été difficile, mais avoir des connaissances personnelles à ce sujet ainsi qu'une maîtrise de deux langues africaines m'a facilité le travail, et a contribué à diminuer le biais de sélection. Si les entretiens n'avaient eu lieu qu'en français, cela aurait sélectionné les femmes qui sont en France depuis longtemps, ou des femmes ayant un niveau d'instruction important en Afrique. Le second point fort de ce mémoire est que j'ai pu, par mes entretiens établir une description complète et détaillée des rites du post-partum chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, ce qui m'a été difficile à trouver dans la littérature. Il m'est important de souligner qu'au départ les rites du post-partum constituaient l'unique sujet de ce mémoire avant que je me décide à l'étendre sur la période de l'accouchement, ceci grâce aux éléments intéressants apportés par les témoignages des femmes. Je ne pouvais pas traiter des rites du post-partum sans un détour aux étapes qui le précède, notamment l'accouchement.

Conclusion

A l'issue de ce travail, j'ai énormément pris de plaisir à aller à la rencontre des femmes, c'est de loin ma partie préférée du mémoire. J'avais eu le sentiment au cours de mes stages, qu'il y'avait une perpétuation des pratiques du post-partum chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest. J'ai pu me rendre compte de cette réalité au cours de ce travail de mémoire. Toutefois, ces pratiques semblent se perpétuer complètement chez les femmes immigrées jeunes ou nées ici ; partiellement chez les femmes récemment immigrées. Le principal obstacle à la perpétuation de ces pratiques est l'absence d'une personne accompagnatrice. Ces rites semblent être incompatibles avec la biomédecine notamment le bandage abdominal et le bain de siège. Les conseils de sortie en prévention du risque infectieux du post-partum, et du risque de fragilisation de la région pelvienne avant sa rééducation de la part des soignants sont tout à fait justifiés.

J'ai également relevé que globalement les femmes originaires d'Afrique subsaharienne avaient un bon vécu de la prise en charge de leur grossesse, de leur accouchement, et de leurs suites de couches en France. Cela plus qu'en Afrique pour celles qui y ont accouché.

A la fin de ce travail de mémoire dont le but est de permettre aux soignants de découvrir les rites du post-partum de leur patientes originaires d'Afrique subsaharienne, j'espère avoir apporté à ceux-ci une vision ethnique, culturelle et ethnologique des pratiques du post-partum d'ailleurs, importés en France, qui les concernent aussi.

Bibliographie

ABRAMOWITZ, Laurent, GODEBERGE, P., STAUMONT, G., et al. Recommandations pour la pratique clinique sur le traitement de la maladie hémorroïdaire. Gynécologie obstétrique & fertilité, 2001, vol. 29, no 12, p. 942-951.

ALAMI, A. Postpartum care. Revue des Sages Femmes, 2001, no 18, p. 16-8.

AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTE, et al. Rééducation dans le cadre du post-partum. 2002.

Beninguisse G, Nikiéma B, Fournier P, Haddad, S. L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique. Etude de la Population Africaine, Vol. 19, No. 2, Sup. B, 2004, pp. 251-264.

BERCHE, T. Anthropologie et santé publique en pays dogon. KARTHALA Editions, 1998.

De Sardan J-P O, Moumouni A, Souley A. L'accouchement c'est la guerre: accoucher en milieu rural nigérien. Afrique contemporaine, 2000, no 195, p. 136-154.

DIARRA, A. La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali. Bulletin de l'APAD, 2003, no 25.

DUQUENOIS, Sylvie. Les réalités du suivi de la grossesse à Abomey-Calavi : ethnographie d'un centre de santé privé et d'un centre de santé public. 2013. Mémoire pour l'obtention du master 2 en sciences de la société (université Paris-Descartes)

Enel C, Pison G, Lefevre M. De l'accouchement traditionnel à l'accouchement moderne au Sénégal. Cahier santé 1993 ; 3 : 441-6.

FARCY, E. Rites et croyances obstétricaux traditionnels en Afrique de l'ouest: enquête auprès de patientes issues d'Afrique de l'ouest et auprès de médecins généralistes, aux Mureaux dans les Yvelines. 2004. Thèse de doctorat de médecine, université Paris Diderot-Paris 7.

Fassin D. Rituels villageois, rituels urbains La reproduction sociale chez les femmes joola du Sénégal. In: L'Homme, 1987, tome 27 n°104. pp. 54-75.

FRANCOIS, P. Interprétations populaires des maux de la grossesse et remèdes traditionnels utilisés par les femmes enceintes en Afrique, Illustration par une enquête dans des villages sérères du Sénégal. 2008/2009. Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme. Haute Ecole provinciale Mons-Borinage-Centre.

GEBER, M. Les nouveau-nés dans certaines régions d'Afrique. Enfance, 1980, vol. 33, no 4-5, p. 51-54.

GOBBERS, D. L'équité dans l'accès aux soins en Afrique de l'Ouest. URL: <http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-38/ad387178.pdf>, 2002.

KALIS, S. L'ancêtre revenu. Croyances et pratiques autour de la naissance chez les Seereer Siin du Sénégal. . Anthropos, 1997, p. 556-562.

KUCZYNSKI L, RAZY E. Anthropologie et migrations africaines en France: une généalogie des recherches. Revue européenne des migrations internationales, 2009, vol. 25, no 3, p. 79-100.

LAFOY, J. O. et GEDEN, Elizabeth A. Postepisiotomy pain: warm versus cold sitz bath. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 1989, vol. 18, no 5, p. 399-403.

MOUSSA, H. Devoir de soigner et droit d'exercer la violence: ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger. Bulletin de l'APAD, 2003, no 25.

MORO, Marie Rose. Les parents migrants sont aussi des bons parents... URL, http://www.marierosemoro.fr/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=28. PDF, 2009.

NYAKABWA M, DIBALUKA M. Plantes Medicinales Cultivees dans la Zone de Kabondo, a Kisangani (Zaire). African Study Monographs, 1990, vol. 11, no 2, p. 87-99.

OLIVIER DE SARDAN J-P, MOUMOUNI A, et SOULEY A. L'accouchement c'est la guerre : de quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. Bulletin de l'APAD, 1999, no 17.

OLIVIER DE SARDAN J-P, MOUMOUNI A, SOULEY A. Recherche socio-anthropologique sur les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, représentations et pratiques populaires au Niger. Rapport provisoire au 8-4-97. 1997.

PRUDHOMME, S. Intégration des pratiques culturelles dans les maternités pour un accompagnement de qualité: étude sur une population d'Afrique de l'Ouest. 2008. Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre (Université de Dijon).

Rivière C. La naissance chez les Eve du Togo In: Journal des africanistes. 1981, tome 51 fascicule 1-2. pp. 71-95.

SAUVEGRAIN, P. Différence de traitement et traitements différentiels: les trajectoires de soins des femmes" africaines" en maternité publique. 2010. Thèse de doctorat. Paris 7.

SAUVEGRAIN, P. La santé maternelle des «Africaines» en Île-de-France: racisation des patientes et trajectoires de soins. Revue européenne des migrations internationales, 2012, vol. 28, no 2, p. 81-100.

SÉRÉMÉ A, MILOGO-RASOLODIMBY J., GUINKO S, NACRO M. Propriétés thérapeutiques des plantes à tanins du Burkina Faso. Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine, 2011, vol. 15.

VINCKE, E. Liquides sexuels féminins et rapports sociaux en Afrique centrale. Anthropologie et sociétés, 1991, vol. 15, no 2-3, p. 167-188.

VEÏSSE, Arnaud et AÏNA-STANOJEVICH, E. Migrations et santé. Traité de santé publique, vol. 509.

QUIMINAL C et TIMERA M. 1974-2002, Les mutations de l'immigration ouest-africaine. Hommes et migrations, 2002, p. 19-32.

Annexes

Annexe 1 : Trame du guide d'entretien avec les femmes originaires d'Afrique subsaharienne

Bonjour, je suis étudiante sage-femme. Dans le cadre du mémoire de fin d'études, je m'intéresse au vécu de l'accouchement, et aux pratiques de la période du post-partum des femmes originaires d'Afrique subsaharienne. A la suite de mes différents stages, il m'a semblé qu'à certains égards les conseils émanant des professionnels de santé pouvaient être en contradiction avec certaines pratiques de suites de couches de chez vous (par exemple : ne pas s'attacher le ventre ou ne pas faire de bain après l'accouchement). A travers l'entretien que je mènerai avec vous, j'essayerai de savoir si dans le cadre de votre migration (ou celle de vos parents), vous continuez de réaliser les pratiques de votre pays d'origine. L'objectif de cet entretien est de sensibiliser les professionnels de santé à votre différence de culture et de pratique du post-partum, et de les renseigner sur le vécu de votre accouchement en France. Pour mener ces entretiens, je cherche des femmes originaires d'Afrique subsaharienne, qui ont connaissance de ces pratiques ou qui les ont déjà faites. J'ai la possibilité de parler en wolof ou en bambara pour faciliter les entretiens, qui peuvent avoir lieu là où vous le souhaitez. Pour ne pas oublier les choses importantes, je souhaiterais enregistrer l'entretien : êtes-vous d'accord pour cela ? Cela me permet aussi de ne pas prendre de notes pendant la discussion qui sera ainsi plus rapide.

1/Pouvez-vous me parler de votre parcours de vie (naissance, lieu de vie, scolarité..) ? De vos grossesses ? Avez-vous eu d'autres grossesses avant celle-ci ? Combien ? Où ? Comment se sont-elles déroulées ? Si c'était en Afrique y a-t-il eu des différences autour du déroulement de grossesse, par rapport à celle-ci ? Si oui, en quoi ? Les regrettez-vous ?

Migration et entourage : depuis combien de temps vivez vous en France ? Avec qui (famille, mari)? Comment les gens de votre entourage ont-ils réagi à l'annonce de la grossesse ? Se sont-ils occupés de vous au cours de la grossesse ? Si oui, comment ? Pour celles qui sont seules et isolées, vous êtes-vous sentie plus vulnérable pendant la grossesse du fait de votre immigration ? Si oui, selon vous qu'est ce qui aurait pu atténuer cette vulnérabilité ?

2/ Comment s'est passée cette grossesse-ci ? Comment l'avez-vous découverte ? L'avez-vous annoncée à votre entourage ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi ? Avez-vous pris des précautions particulières pour le bon déroulement de la grossesse (ne pas aller à des funérailles, ne pas rendre de visite à une nouvelle accouchée...) ?

3/ Pouvez-vous me parler de votre accouchement ? Comment l'avez-vous vécu ? Globalement avez-vous été satisfaite de déroulement de l'accouchement ? Si non, pourquoi ? Que regrettez-vous ? Qu'auriez vous voulu qui soit fait différemment ? Y a-t-il eu beaucoup de différences par rapport à votre (vos) accouchement(s) en Afrique ? Si oui, en quoi ? Le regrettez-vous ?

4/Pouvez-vous me parler de votre période des suites de couches ? Comment se sont-elles passées à la maternité ? Vous rappelez-vous des conseils de sortie délivrés par les professionnels de santé vous concernant, notamment les sages-femmes ? Qu'en avez-vous pensé ? Avez-vous suivi ces conseils ? si non pourquoi ? Comment s'est passé le retour à la maison ? Avez-vous fait des soins particuliers ? Si oui lesquels ? Connaissez-vous le massage corporel au beurre de karité, l'attachement du ventre, les décoctions à boire, les nourritures spécialement dédiées à l'accouchée, le bain de siège ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ? Dans quel but sont-ils faits ? (exemple pour le bain de siège : le but ? combien de jours après l'accouchement ? pendant combien de temps ? délivré par qui ? température de l'eau chaude ? en position assise dans l'eau ou à la vapeur ? pendant combien de temps ? avec quelle herbe ? pourquoi ces herbes ?) L'avez-vous pratiqué de retour chez vous ? Si oui, est-ce important pour vous de perpétuer cette pratique en France Si non, pourquoi ? Avez-vous respecté les conseils de sortie délivrés à la maternité ? Avez-vous fait les pratiques du post-partum de chez vous ? Comment vous y êtes vous prises pour allier les deux ?

Comment s'était passé les suites de couches en Afrique ? Avez-vous pu reproduire la même chose en France ? Si oui, pourquoi (importance) ? Si non, pourquoi ?

Merci de vos réponses.

Nom et prénom, Parité, âge, niveau socio-économique, origine ethnique.

Annexe 2 : Justificatif de l'étude destiné aux cadres

Titre de l'étude : Vécu de l'accouchement, et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne.

Je suis étudiante sage-femme en quatrième année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je m'intéresse au vécu de l'accouchement, et aux rites de la période du post-partum chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. L'objectif de l'étude est de sensibiliser les professionnels de santé à la différence de culture et de pratique du post-partum de certaines femmes originaires d'Afrique Subsaharienne. Je m'intéresse également au vécu de leur accouchement en France.

Je souhaiterais réaliser une étude qualitative, prospective basée sur des entretiens de femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Il me faudrait environ une quinzaine d'entretiens. Les femmes seront recrutées au sein des services hospitaliers parisiens en suites de couches, en consultation du post-partum et en P.M.I. Le recrutement s'étendra du mois d'Août 2014 au mois de décembre 2014. Par ailleurs, les entretiens auront lieu aux domiciles des accouchées.

Les critères d'inclusion des femmes dans l'étude sont :

- l'origine : Afrique subsaharienne ;
- une connaissance et/ou une pratique des rites du post-partum en Afrique.

Je souhaiterais réaliser moi-même le recrutement dans les services pour ne pas passer à côté de celles qui ne parleraient pas français, et qui seraient susceptibles de correspondre à mes critères d'inclusion. Je ferai signer aux femmes un modèle type de consentement m'autorisant à les contacter plus tard en sortie de maternité.

Annexe 3 : Consentement destiné aux femmes originaires d'Afrique subsaharienne

Mme (NOM et Prénom).....
.....)

Autorise Mlle DIENE Mame Kheury, étudiante sage-femme en quatrième année à Baudelocque à me contacter dans le cadre de son mémoire de fin d'études, sur « *le vécu de l'accouchement et la perpétuation des rites du post-partum en France, chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne* » par téléphone au Et/ ou par e-mail.....

Je donne cette autorisation en vue d'être contactée ultérieurement par elle, en sortie de maternité.

Fait à Paris, le.....

Signature.

Annexe 4 : condition socio-économique des femmes

Colonne1	Origine	Age	vie maritale	logement	situation rég	travail	aide du conj	age migrat	présence fam
Fanny	Cameroun	35ans	mariée	Oui	oui	oui	oui	29ans	Non
Sarah	Bénin	28 ans	célib	Oui	oui	oui	oui/non	7 ans	Oui
Ami	Sénégal	28ans	mariée	oui	oui	oui	oui/non	15ans	Oui
Brillante	R.D.C	21ans	célib	Oui	oui	oui	oui/non	née en France	Oui
Fatou	Mali	28ans	mariée Afrique	115	non	non	oui/non	27ans	Non
Rosine	Ghana	38ans	célib	studio (3enf)	oui	non	oui/non	26ans	Non
Delphine	C.I.V	44ans	mariée Afrique	Oui	oui	oui	oui/non	24ans	Non
Gislaine	C.I.V	38ans	mariee Afrique	Oui	oui	oui	oui/non	31ans	Non
Coumba	Sénégal	39ans	mariée Afrique	Oui	oui	oui	oui/non	28ans	Non
Bintou	Sénégal	38ans	mariée Afrique	Oui	oui	non	oui/non	29ans	Non
Lydie	Congo	34ans	célib	studio(4enf)	oui	oui	non	29ans	Non
Maimouna	Cameroun	31ans	marée Afrique	Oui	oui	oui	oui	27ans	Non
Kadia	Guinée	29ans	célib	115	non	non	non	25ans	Non
Aissatou	Bamako	34ans	célib mnt	foyer églantine	non	non	non	32ans	Non
Saly	Mali	24ans	mariée	Oui	oui	oui	oui/non	née en France	Oui

En noir : groupe 1

En rouge : groupe 2

Annexe 5: Les différents types de pratiques du post-partum en Afrique subsaharienne.

Colonne1	ATCD cct Afrique	B/M/P e n Afrique	type méthode	B/M/P en France	type méthode2	nourriture et décoction	attachement du ventre: P/G
Fanny	non	non	/	non	/	nourriture	gaine
Sarah	non	non	/	B/M	1 et 2	nourriture	pagne et gaine (pratique)
Ami	non	non	/	non	/	nourriture	non
Brillante	non	non	/	B/M/P	1et 2	nourriture	pagne
Fatou	oui	non	/	non	/	non (hôtel)	non
Rosine	oui	B/M/P	1	B/M	1	nourriture	non césar
Delphine	oui	non	/	non	/	nourriture	oui début, arrêt pour césar
Gislaine	oui	B/M/P	1	non	1	nourriture	pagne
Coumba	oui	B/M/P	2	non	/	nourriture	pagne
Bintou	oui	B/M	2	M	/	nourriture et décoction	pagne
Lydie	oui	B/M	1	non	/	nourriture	pagne
Maimouna	oui	B/M/P	1	non	/	nourriture	gaine (pratique)
Kadia	oui	B/M	2	non	/	non (hôtel)	non césar
Aissatou	oui	B/M	2	non	/	décoction seule (foyer églantine)	pagne
Saly	non	non	/	B.M	2	nourriture	pagne

B.M.P= bain, massage, purification.

P/G= pagne, gaine.

Annexe 6 : biomédecine et pratiques du post-partum des femmes d'Afrique subsaharienne.

Colonne1	consultation du post-partum	conseil contraception	rééducation périnéale	prévention de l'endométrite (par bain, piscine, tampon)
Fanny	0	*	0	0
Sarah	0	*	0	0
Ami	0	*	*	0
Brillante	0	0	0	0
Fatou	0	*	*	0
Rosine	0	*	0	0
Delphine	*	*	*	0
Gislaine	*	*	*	0
Coumba	0	0	0	0
Bintou	0	*	*	0
Lydie	0	0	0	0
Maimouna	*	*	*	0
Kadia	0	*	0	0
Aissatou	0	0	0	0
Saly	*	*	*	0

*lorsque les femmes se rappellent des conseils

0 lorsque les femmes ne se sont pas rappelés des pratiques

Vécu de l'accouchement, et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique Subsaharienne.

But : L'objectif principal de l'étude était de permettre aux professionnels de santé de découvrir les pratiques du post-partum de leurs patientes originaire d'Afrique subsaharienne, mais aussi en amont sur le vécu de leur accouchement en France par rapport à un accouchement antérieur en Afrique.

Matériels et Méthodes : une étude prospective, qualitative, et multicentrique basée sur 15 entretiens semi-directifs d'accouchées originaires d'Afrique Subsaharienne menée d'Aout 2014 à Janvier 2015.

Résultats : Il y'a un meilleur vécu de l'accouchement en France chez les femmes immigrées, par rapport à un précédent accouchement en Afrique. Les rites du post partum semblent se perpétuer complètement en France chez les femmes immigrées jeunes ou nées ici, mais partiellement chez les femmes récemment immigrées. Ces pratiques ne sont pas compatibles à la biomédecine.

Conclusion : Une étude prospective prenant en compte la subjectivité des accouchées originaires d'Afrique Subsaharienne, et l'objectivité de la biomédecine en France.

Mots-clés : Accouchement, rites, Afrique.

Experience of childbirth, and postpartum perpetuation of rites in France in women from sub-Saharan Africa.

Objective : The main objective of the study was to enable health professionals to discover the postpartum practices of their patients born in sub-Saharan Africa, but also upstream on the experience of childbirth in France compared to a previous birth in Africa.

Methods : a prospective, qualitative, multicenter based on 15 semi-structured interviews of birth from Africa Saharan conducted from August 2014 to January 2015.

Results : there's a better experience of childbirth in France by immigrant women, compared with a previous delivery in Africa. Post-partum rituals seem to perpetuate themselves completely in France among young immigrant women or women born here, but partially in recent immigrant women. These practices are not compatible with biomedicine.

Conclusion : A prospective study taking into account the subjectivity of birth from sub-Saharan Africa, and objectivity of biomedicine in France.

Keywords : Childbirth, rituals, Africa

