



**HAL**  
open science

# Les pratiques populaires dans le post-partum des communautés les plus représentées dans les Bouches du Rhône

Laëtitia Meynard

► **To cite this version:**

Laëtitia Meynard. Les pratiques populaires dans le post-partum des communautés les plus représentées dans les Bouches du Rhône. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01413148

**HAL Id: dumas-01413148**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413148>**

Submitted on 9 Dec 2016

**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.

AIX MARSEILLE UNIVERSITE  
Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

**Les pratiques populaires dans le post-partum  
des communautés les plus représentées dans  
les Bouches du Rhône**

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique  
Marseille Méditerranée

Le 29 avril 2016

Par

Meynard Laetitia  
Née le 04/11/1992  
à Marseille

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Directeur de mémoire :  
Yannick Jaffré  
Chercheur en Anthropologie



Ecole universitaire de Maïeutique Méditerranée  
Université Aix Marseille

# **Les pratiques populaires dans le post-partum des communautés les plus représentées dans les Bouches du Rhône**

Meynard Laetitia  
04/11/1992

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-femme  
Année universitaire 2015-2016

Validation session juin 2016

Mention :

Félicitations du jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation session septembre 2015

Visa de l'école

**Les pratiques populaires dans le post-partum  
des communautés les plus représentées dans  
les Bouches du Rhône**

## **Remerciements**

Je remercie,

Monsieur Yannick Jaffré d'avoir accepté de diriger ce mémoire

Les professionnels ayant participé aux entretiens

L'ensemble des professeurs de l'EU3M

Plus particulièrement Cécile Nina pour toute son aide et sans qui ce mémoire n'aurait jamais aboutit

Mes amies : Lise, Céline, Laura, Valentine, Marianne, Diane

Mes parents et ma sœur pour tout leur soutien.

# Sommaire

|  |            |
|--|------------|
| 1. Introduction  | p.1 à 4    |
| 2. Matériel et Méthode   | p. 5 à 6   |
| 3. Résultat  | p. 7 à 12  |
| 4. Analyse et discussion   | p. 13 à 24 |
| a) Biais et limites  | p. 13      |
| b) Les rites de l'enfantement  | p. 14 à 18 |
| c) Les connaissances et les représentations<br>des professionnels de la périnatalité<br>faces à ces différentes cultures | p. 19 à 22 |
| d) Le manque de formation<br>face à une réelle attente des femmes  | p. 23 à 24 |
| 5. Conclusion  | p. 25      |
| 6. Bibliographie   |            |
| 7. Annexes   |            |





## Introduction

Depuis quelques années l'immigration fait partie intégrante de notre société, plus particulièrement dans le département des Bouches du Rhône qui se trouve être une interface maritime majeure, un carrefour entre différents horizons à travers son port et sa ville principale, Marseille comme le montre une étude de l'Ina (1999).

Selon une étude de l'INSEE le département des Bouches du Rhône compte 1 993 177 habitants, il est le 3<sup>ème</sup> département le plus peuplé de France.

En 2012, il compte 119 426 étrangers dont 28 992 femmes en âges de procréer.

Selon cette même étude ces immigrés sont originaires principalement de pays comme : l'Algérie, Maroc, Tunisie, autres pays d'Afrique, Europe de l'est et pays de l'union européenne.

A noter que l'immigration pourrait augmenter à l'avenir, avec les débats européens actuels d'ouverture des frontières face aux crises politiques et économiques que rencontrent certains pays.

Selon la revue de référence aide-soignante de 2010, ces populations immigrées ont une culture différente de la nôtre, notamment autour du moment de la naissance où plusieurs pratiques existent.

La culture est l'ensemble des éléments distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs d'une société ou d'un groupe. Elle est non seulement une enveloppe identitaire qui influence les comportements et les modes de vie, mais également une grille de lecture des valeurs, traditions et croyances qui trouvent leur sens lors des principales étapes de la vie.

Pour être correctement accompagné, le patient doit trouver l'espace d'écoute nécessaire pour formuler ses besoins car lui seul fait la distinction entre ce qui est important pour lui et la manière dont il le met en œuvre au quotidien.

Quand la culture du patient est étrangère à celle du soignant, une situation d'incompréhension mutuelle faite d'anxiété et d'isolement peut compliquer la relation de soin.

Maurice Mauviel évoque cela en 1979 « Les quatre millions d'hommes, de femmes et d'enfants immigrés qui sont à nos côtés sont porteurs de valeurs, de réseaux de significations spécifiques qu'il faut découvrir si l'on veut concrètement, inlassablement contribuer à créer les conditions de la compréhension mutuelles et de la solidarité lesquelles pourraient être ressenties et prolongées dans les pays où la langue française est apprise. »

De plus, selon une étude de G.Carles parue en 2014, la grossesse et l'accouchement forment le cœur des coutumes et des traditions de toutes les ethnies car en découlent la survie de la communauté. Dans les trois plus grandes religions les rites interviennent après la naissance que ce soit chez la mère ou chez le nouveau-né. En milieu traditionnel, la naissance est vécue comme un événement naturel et social avec la participation de la famille. En milieu hospitalier, les femmes sont partagées entre la peur des complications de l'accouchement, le monde inconnu qui les entoure et le fait de ne pas pouvoir respecter les rites de la naissance.

Cette naissance à l'hôpital, en milieu occidental est souvent mal acceptée pour plusieurs raisons diverses et variées : absence de choix de l'entourage médical, personnel masculin, problème de communication avec le personnel soignant, impossibilité de respecter certains rites ( bains, massages, présence familiale), le personnel insiste sur la présence du mari qui est souvent jugée néfaste, mise au sein précoce alors que dans certaines ethnies le colostrum est jugé dangereux. Un minimum de compréhension mutuelle est nécessaire au bon déroulement du séjour en maternité à la condition que soient respectées les règles d'hygiène, de sécurité et de laïcité.

Selon une étude d'Erminia Petrel en 2009 : en situation de migration, les repères de la femme sont modifiés. Ses désirs en termes d'éducation oscillent entre son héritage et le pays d'accueil. Néanmoins, plus la migration est récente, plus la discrétion des femmes concernant leurs attentes est importante, le plus souvent par méconnaissance de l'offre de soins. C'est ainsi qu'est mis en valeur le réel besoin d'information, d'écoute et d'attention envers les patientes. Le rôle principal de l'équipe soignante et notamment du personnel de la périnatalité est de permettre aux femmes en situation de migration d'accoucher dans des conditions optimales de

sécurité pour elles-mêmes et leurs enfants, selon les normes de la pratique obstétricale actuelle, mais aussi dans le respect de leur spécificité, et cela dans l'objectif d'assurer leur confort psychologique, de favoriser les relations mère enfant en dehors du contexte familial et culturel habituel, et de permettre l'intégration au quotidien.

Les demandes de la patiente peuvent être prises en compte dans la mesure où elles ne vont pas à l'encontre de l'organisation des soins, des règles de sécurité, du repos des parturientes voisines ou nouvelles accouchées.

L'écoute des besoins de la patiente et du couple est actuellement au cœur des débats avec l'entretien prénatal individuel. Cet entretien semble être la mesure la plus adaptée afin d'établir conjointement entre le soignant et la patiente, un projet de suivi de la grossesse et de prise en charge en salle de naissance et en maternité.

Cette rencontre prend toute son importance en situation transculturelle, puisqu'il peut être considéré comme un pont entre la culture médicale organique et la culture humaine, subjective, quel que soit le pays d'origine.

Lise Bartoli dans son livre *Venir au monde* en 1994 met en évidence le fait que les équipes médicales tiennent rarement compte de la dimension culturelle qui intervient autour de la naissance, mêmes si certains professionnels de la périnatalité sont attentifs à des demandes spécifiques et traditionnelles qui peuvent paraître inhabituelles. Il est difficile de bouleverser des pratiques bien ancrées mais les personnes interrogées se disent toutes enrichies par l'apport de ces coutumes venues d'ailleurs. Bien souvent les femmes ne se souviennent plus de l'origine de ces rites mais elles continuent à les perpétuer, respectant la tradition ancestrale.

Le post-partum correspond à la période qui s'étend de l'accouchement au retour de couche. Les femmes passent en général trois à cinq jours en service de suites de couche en fonction du mode d'accouchement et de la croissance du nouveau-né. Les sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices font partis du personnel médical et paramédical présent pendant ce séjour au côté des couples mères-enfants. A leur sortie les femmes peuvent avoir accès à des services comme la PMI ou une sage-femme libérale, afin de peser le nouveau-né, d'avoir des conseils sur l'allaitement, le bain, d'assister à des cours de massage ou tout simplement d'avoir un soutien moral.

Le code de déontologie article 4127-305 précise que « la sage-femme doit traiter avec la même conscience toute patiente et tout nouveau-né quel que soit son origine, ses mœurs et sa situation de famille, son appartenance ou non appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, 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 ».

Il insiste aussi à l'article 4127-306 sur le fait que « la volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible ».

Durant les quatre années d'études de sage-femme sont abordés des matières comme l'obstétrique, la pédiatrie, la gynécologie, le droit, la législation, le management, la santé publique, la psychologie mais aucune unité d'enseignement n'est réservée à l'anthropologie, l'étude des pratiques, cultures, religions des populations que les sages-femmes sont amenées à rencontrer sur le terrain.

Seules certaines formations continues permettent d'appréhender ces pratiques mais encore faut-il pouvoir y accéder.

Ainsi, une étude a été menée avec pour question de recherche :

**« Quel est l'état des connaissances des professionnels de la périnatalité et leur vécu, face aux pratiques populaires dans le post-partum de populations immigrées dans les Bouches du Rhône ? »**

Les objectifs principaux de la recherche sont :

- Explorer les connaissances et apprécier les ressentis des professionnels de la périnatalité sur les pratiques populaires des populations immigrées les plus représentées dans les Bouches du Rhône
- Identifier leurs difficultés et leurs besoins pour l'accompagnement de ces populations en période de post-partum

## Matériel et méthode

L'étude descriptive prospective qualitative s'est déroulée dans le département des Bouches du Rhône de juin à novembre 2015. Elle concernait les professionnels de la périnatalité, plus précisément les sages-femmes, infirmières puéricultrices et auxiliaires de puéricultures.

Les données ont été recueillies au cours d'une enquête qualitative compréhensive par entretien semi-directifs selon la méthode de JC Kaufmann (1996).

La participation à l'étude a été faite sur la base du volontariat.

Le critère d'inclusion principal était d'avoir déjà travaillé auprès des femmes et nouveau-né durant le post-partum.

Les membres interrogés ont été choisis de façon aléatoire sur les maternités, cliniques, pmi et le secteur libéral des Bouches du Rhône.

L'étude a porté sur 13 professionnels de la périnatalité : 8 sages-femmes, 2 infirmières puéricultrices, 3 auxiliaires de puériculture (Tableau 1).

Les prénoms des interviewés sont fictifs afin de préserver leur anonymat.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail, à leur domicile ou par Skype et ont durés entre 10 et 45 minutes en moyenne.

L'interview a été réalisé selon la méthode de « l'entretien compréhensif » (Kaufmann JC, 1996) d'après laquelle « la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur ».

Il se construit autour d'une grille d'entretien très souple, permettant des relances répétées au cours de l'enquête. Il s'approche de la conversation, du bavardage, mais sans déstructurer la prise d'information. Il s'intéresse à la pensée d'autrui, à sa manière de résonner, à son histoire personnelle et ses expériences.

Chaque entretien est individuel afin d'établir une certaine proximité et confiance afin d'obtenir des résultats riches en information, sentiments, opinions, valeurs qui sont propres à chaque interviewé.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone puis retranscrits intégralement sur un dossier Word. Ils ont été analysés selon la méthode d'analyse de contenu (Bardin L. 2013).

La démarche qualitative et le nombre restreint d'entretien ne permettait pas l'analyse numérique des données.

| <b>Noms substitutifs</b> | <b>Professions</b>         | <b>Expérience professionnelle approximative</b> | <b>Lieu d'exercice</b> | <b>Durée de l'entretien</b> |
|--------------------------|----------------------------|---|------------------------|-----------------------------|
| Sonia                    | Sage-femme                 | 30 ans  | PMI                    | 30 minutes                  |
| Patricia                 | Sage-femme                 | 2 ans   | CHU                    | 10 minutes                  |
| Ophélie                  | Sage-femme                 | 8 ans   | Cabinet libéral        | 44 minutes                  |
| Lisa                     | Sage-femme                 | 2 ans   | CHU                    | 18 minutes                  |
| Laurena                  | Sage-femme                 | 5 ans   | Clinique privée        | 15 minutes                  |
| Morgane                  | Sage-femme                 | 20 ans  | PMI                    | 19 minutes                  |
| Marianne                 | Sage-femme                 | 23 ans  | Cabinet libéral        | 29 minutes                  |
| Diane                    | Sage-femme                 | 30 ans  | CHU                    | 39 minutes                  |
| Françoise                | Puéricultrice              | 30 ans  | CHU                    | 13 minutes                  |
| Vanessa                  | Puéricultrice              | 20 ans  | PMI                    | 16 minutes                  |
| Léa                      | Auxiliaire de puériculture | 10 ans  | CHU                    | 19 minutes                  |
| Coralie                  | Auxiliaire de puériculture | 5 ans   | CHU                    | 16 minutes                  |
| Florianne                | Auxiliaire de puériculture | 15 ans  | CHU                    | 20 minutes                  |

**Tableau 1** : Récapitulatif des membres ayant participé à l'étude

## Résultats

Les entretiens semi-directifs révèlent l'existence de représentations profondément inscrites dans l'esprit des personnes interrogées et qui ne peuvent s'exprimer au travers d'un questionnaire quantitatif.

L'analyse de ces entretiens permet d'en extraire un contenu et de lui donner du sens (Eymard C, 2003)

Lors de l'analyse des entretiens, 3 rubriques ont été dégagées : les pratiques des soins, les connaissances des professionnels de la périnatalité et leurs perceptions.

Chaque rubrique a été divisée en sous-rubriques puis en thèmes.

3 tableaux ont été réalisés avec les correspondances des numéros des lignes des entretiens (cf annexe).

Dans les tableaux présentés dans les résultats, les numéros de lignes ont été remplacés par des croix, afin d'en faciliter la lisibilité.

### Les pratiques des soins

L'étude s'est d'abord intéressée à la pratique des soins et plus précisément au bain, au massage, à l'allaitement, à l'emballotement et au portage.

Ces soins font partis des pratiques populaires et chaque communauté les aborde à sa manière. Tous les professionnels de la périnatalité interrogés ont rencontrés ces pratiques au cours de leur carrière. Certains soins se sont révélés plus spécifiques à une profession, « tout ce qui est bain c'est les auxiliaires et les puéricultrices qui s'en occupent » (Sonia, SF, I.17-18). La richesse du premier tableau met déjà en avant l'importance de ces pratiques dans notre société actuelle.

| <b>Pratiques des soins</b> |             |                |                    |                    |                |
|----------------------------|-------------|----------------|--------------------|--------------------|----------------|
| <b>Soins</b>               |             |                |                    |                    |                |
|                            | <b>Bain</b> | <b>Massage</b> | <b>Allaitement</b> | <b>Emmaitement</b> | <b>Portage</b> |
| <b>Sonia (SF)</b>          | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Patricia (SF)</b>       | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Ophélie (SF)</b>        | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Lisa (SF)</b>           | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Laurena (SF)</b>        | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Morgane (SF)</b>        |             | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Françoise (Puer)</b>    |             | ×              | ×                  | ×                  |                |
| <b>Florianne (AP)</b>      | ×           | ×              | ×                  |                    | ×              |
| <b>Léa (AP)</b>            | ×           | ×              | ×                  |                    | ×              |
| <b>Coralie (AP)</b>        | ×           | ×              | ×                  |                    | ×              |
| <b>Vanessa (Puer)</b>      | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Diane (SF)</b>          | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |
| <b>Marianne (SF)</b>       | ×           | ×              | ×                  | ×                  | ×              |

**Tableau 2. La pratique des soins**

### **Les connaissances**

Lors des entretiens, beaucoup de professionnels en viennent à parler de l'état de leurs connaissances sur ces pratiques populaires. Pour beaucoup cela résulte d'acquis de l'expérience, c'est-à-dire une expérience personnelle qui s'est construite au fur et à mesure de leur avancée dans la vie active, des femmes ou couples rencontrés, du lieu de travail, de leur formation initiale ou continue. Il en ressort pour beaucoup d'entre eux un manque de formation et d'informations qui ont pu entraver



leur prise en charge, « on doit être formé à tout ça pour répondre à ce dont elles ont besoin et envie » (Patricia, SF, I.68).

Que ce soit pour les auxiliaires de puéricultures, puéricultrices ou sages-femmes il est évident que la formation initiale n'aborde pas du tout cette thématique des pratiques populaires, « je suis sorti de l'école il y a 23 ans, mon dieu on en était pas là [...] le portage je ne sais même pas si on m'en a parlé pendant mes études » (Marianne, SF, I.33, I.159-160). Pour beaucoup il a fallu se former de sa propre initiative, en fonction des formations proposées par le lieu d'exercice et de leur besoin ressenti.

| Connaissances    |             |          |                    |                    |                                 |         |
|------------------|-------------|----------|--------------------|--------------------|---------------------------------|---------|
|                  | Expérience  |          | Formation          |                    |                                 |         |
|                  | Personnelle | Groupale | Formation initiale | Formation continue | Manque de formation information | Attente |
| Sonia (SF)       | ×           | ×        | ×                  | ×                  |                                 | ×       |
| Patricia (SF)    |             |          |                    | ×                  | ×                               | ×       |
| Ophélie (SF)     | ×           | ×        |                    | ×                  | ×                               | ×       |
| Lisa (SF)        | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               |         |
| Laurena (SF)     | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Morgane (SF)     | ×           |          | ×                  |                    | ×                               | ×       |
| Françoise (Puer) | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Florianne(AP)    | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Léa (AP)         | ×           | ×        |                    | ×                  | ×                               |         |
| Coralie (AP)     | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Vanessa (Puer)   | ×           | ×        | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Diane (SF)       | ×           |          | ×                  | ×                  | ×                               | ×       |
| Marianne (SF)    | ×           | ×        |                    | ×                  | ×                               | ×       |

**Tableau 3. Les connaissances**

Mais leur avis est quasi unanime sur le fait qu'il y a une demande des femmes de plus en plus présente quel que soit leur culture ou religion, « j'ai pas mal de maman qui me demandent si il existe des cours de massage pour le retour à domicile » (Patricia, SF, I.21-22).

## **Les perceptions**

Ces entretiens ont permis de mieux comprendre les perceptions de ces professionnels de santé sur ces pratiques populaires. Ils ont pu mettre en avant leurs émotions, leurs opinions mais aussi toutes les difficultés rencontrées que ce soit logistique ou relationnelle. Ils ont révélé l'existence de représentations que ce soit sur les normes, la culture, le modèle familial ou la religion de ces populations.

Les principales difficultés rencontrées se sont révélées de l'ordre logistique, dans la répartition des tâches entre les différents corps de métier, l'organisation des services de suites de couche en particulier et le budget alloué aux formations par exemple.

Ces difficultés ont impacté sur le relationnel avec ces familles, couples et femmes issus du milieu de l'immigration, « j'avais tendance à dire aux mamans que ce n'**était** pas comme ça qu'il fallait faire, à limite les engueuler puis j'ai appris qu'il fallait les laisser faire... » (Coralie, AP, I.31-33).

| Perceptions      |           |          |             |                    |        |                 |            |         |                    |          |
|------------------|-----------|----------|-------------|--------------------|--------|-----------------|------------|---------|--------------------|----------|
|                  | Ressentis |          | Difficultés |                    |        | Représentations |            |         |                    |          |
|                  | Emotions  | Opinions | Logistiques |                    |        | Relationnelles  | Normatives | Culture | Modèles familiales | Religion |
|                  |           |          | Matériel    | Organisa-tionnelle | Budget |                 |            |         |                    |          |
| Sonia (SF)       | x         | x        | x           | x                  | x      | x               | x          | x       |                    |          |
| Patricia (SF)    | x         | x        |             | x                  |        | x               | x          | x       |                    |          |
| Ophélie (SF)     | x         | x        | x           | x                  | x      |                 | x          | x       |                    |          |
| Lisa (SF)        | x         | x        |             | x                  |        | x               |            | x       |                    |          |
| Laurena (SF)     | x         | x        | x           | x                  |        |                 | x          | x       |                    |          |
| Morgane (SF)     |           | x        |             | x                  |        | x               |            | x       |                    |          |
| Françoise (Puer) | x         | x        |             | x                  |        | x               | x          | x       | x                  | x        |
| Florianne (AP)   | x         | x        |             |                    |        | x               | x          | x       |                    |          |
| Léa (AP)         | x         | x        | x           |                    |        | x               | x          | x       | x                  |          |
| Coralie (AP)     | x         | x        |             |                    |        | x               | x          | x       |                    |          |
| Vanessa (Puer)   | x         | x        |             |                    |        | x               | x          | x       | x                  |          |
| Diane (SF)       | x         | x        |             | x                  |        | x               | x          | x       | x                  | x        |
| Marianne (SF)    | x         | x        |             | x                  |        |                 | x          | x       |                    |          |

**Tableau 4. Les perceptions**

Ces résultats mettent en évidence que les pratiques populaires sont présentes dans les Bouches du Rhône et importantes pour ces populations immigrées. Les professionnels de la périnatalité mettent bien en évidence leur manque de formation ou d'informations à ce sujet clé qui entrave le lien qu'ils peuvent créer avec ces femmes et par conséquent la mise en place du lien mère enfant.

Pour certains il s'agit de changer le fonctionnement de l'hôpital même, de l'organisation des services, de la distribution du budget dans les différentes formations, mais pour d'autre il faut agir beaucoup plus tôt lors de la formation initiale avec quelques cours informatifs sur ces différences de pratiques.

# Analyse et discussion

## Biais et limites

Les biais sont ceux de la méthode qualitative : biais de mémoire et subjectivité des interviewés, nombre restreint d'entretien, subjectivité interviewer-dépendant lors de la réalisation et de l'analyse des entretiens....

Les limites rencontrées sont :

- L'étude s'est intéressée aux pratiques populaires du post-partum et non pas de la grossesse et de l'accouchement.
- L'étude a ciblé cinq pratiques : le bain, les massages, l'allaitement, le portage et l'emballotement.
- L'étude des pratiques populaires s'est concentrée sur certaines communautés, les plus représentées dans les Bouches du Rhône : communauté maghrébine et d'Afrique essentiellement.
- L'accès à une bibliographie accessible gratuitement limitée sur le sujet.

Au cours des 13 entretiens réalisés avec des sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puéricultures il a été mis en avant que les pratiques populaires sont très répandues dans le post-partum, cinq d'entre elles ont été spécifiquement étudiées : le bain, le massage, l'allaitement, l'emballotement et le portage. L'étude s'est donc concentrée sur les soins de nursing en priorité.

Ces pratiques pour la quasi-totalité ont été rencontrées par tous les professionnels de la périnatalité au cours de leur carrière. Elles sont très différentes selon le pays d'origine de la mère.

Elles sont très présentes dans les Bouches du Rhône du fait d'une forte prévalence des populations immigrées.

## Les rites de l'enfantement

Le bain du nouveau-né dans les maternités étudiées a lieu le lendemain de l'accouchement. C'est un des premiers moments d'échange, et il permet au père de trouver sa place auprès du nouveau-né. Le personnel interrogé a remarqué une pratique ou du moins une façon d'aborder les choses différentes selon les communautés. Ophélie, sage-femme nous raconte ce qu'elle a pu remarquer : « les africaines plus particulièrement, qui donnent le bain de façon totalement différente de nous. Les Européennes c'est plutôt l'hygiène, la détente et la relaxation alors que les africaines c'est plutôt vivifiant, elles les accroupissent dans la baignoire ou la bassine et c'est plus des ablutions très toniques sur le dos, le ventre, la tête et une fois le bain terminé elles les sèchent et avec de l'huile ou du liniment elles viennent étirer fort les membres puis elles mettent la couche et l'enveloppent dans un linge. Les bébés ne pleurent pas tant que ça pour la façon dont elles les secouent, ils sont bien épuisés et dorment. » (l.9-15)

Lise Bartoli explicite dans son livre *Venir au monde* en 1994 que pour certaines communautés ce bain à une importance spirituelle, pour les communautés Maghrébines par exemple il correspond au moment où le nouveau-né est présenté à la famille, où il acquiert son statut. Dans la tradition il doit être effectué au septième jour après la naissance, Laurena, sage-femme a pu comprendre de part son expérience cette signification particulière du bain : « pour les maghrébines j'ai cru comprendre que le bain n'était pas très important les premiers jours, qu'elles attendaient une semaine, l'enfant doit garder les odeurs, ça a un côté spirituel, de protection du mauvais œil » (l.11-13).

Dès les premiers jours on s'efforce un peu partout dans le monde de rendre son enfant le plus beau possible, au Maghreb, les mères mettent du khôl dans les yeux de l'enfant pour qu'ils soient bien foncés et brillants, Morgane et Diane ont pu le constater « A la Belle de mai j'ai deux souvenirs, le khôl que les mamans mettent autour des yeux de leur bébé et qui avait soit disant des propriétés antiseptiques » (l.13-14), « Le khôl ça a des propriétés antiseptiques, je ne l'ai pas vu à la maternité, mais j'ai vu des mères faire les sourcils du bébé » (l.185-186).

L'enfant est immanquablement mis au sein dans toutes les sociétés traditionnelles. Selon Lise Bartoli le taux d'allaitement est de 98,4% en Afrique, 94,5% en Asie et en Océanie et de 92,4% en Amérique latine.

C'est le premier lien entre la mère et l'enfant, surtout depuis la mise en place dans les maternités de la tété précoce en peau à peau tout de suite après l'accouchement. Ce qu'il apparait en premier lieu c'est une facilité pour certaines communautés et des notions différentes sur les bases et la mise en place de la lactation.

Françoise, puéricultrice a pu remarquer : « les mamans comoriennes sont déjà dans le principe qu'elles font les deux. Elles ont tout compris, elles arrivent à engager l'allaitement et nous demandent en même temps un mixte, des biberons. Elles savent quand donner le sein et quand compléter avec des biberons sans pour autant mettre la montée de lait en péril ou être engorgée. » (l.40-45)

Lise Bartoli (1994) explique que l'allaitement est parfois retardé dans certaines régions pour diverses raisons. Au Sénégal, par exemple, l'allaitement ne sera commencé qu'à partir de la montée de lait, car le colostrum est jugé dangereux. Avant, les comoriennes ne donnaient pas le colostrum à leur enfant pour qu'ils ne prennent pas de force et ne soient pas envoyés à la guerre, c'est une tradition qui est restée dans leur pratique et à laquelle elles ne veulent pas déroger. Elles demandent souvent alors à la coépouse ou à une amie de venir allaiter l'enfant en attendant, ou alors elles font un allaitement mixte dès les premiers jours qui ne met pas du tout en péril la montée de lait.

L'allaitement était également couramment retardé en France jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle. On pensait que le lait était dérivé du sang maternel. Puisque les jours qui suivent l'accouchement, la mère perd beaucoup de sang, on jugeait préférable d'attendre, parfois jusqu'à vingt jours pour que le sang maternel se concentre dans le haut du corps et le lait soit enfin de bonne qualité. Cette croyance a disparu mais jusqu'en 1950, un jeûne d'une à deux journées était encore fréquemment imposé aux nouveau-nés avant la première mise au sein.

Pour beaucoup d'ethnies, il est impératif que la mère allaite son enfant car le lait en poudre est beaucoup trop cher, aussi il n'est pas étonnant de voir un certain nombre de recettes transmises pour favoriser une bonne lactation. En Algérie les femmes dégustent la Tomina, une semoule grillée mélangée à du beurre salé et du miel. Si malgré tout une femme ne peut arriver à allaiter son enfant il est courant de les voir faire appel à des nourrices, ce peut être une autre femme de la famille.

L'allaitement dure assez longtemps dans la plupart des sociétés, Vanessa a pu le remarquer « Ici oui, on a des mamans qui allaitent très longtemps [...] On a des enfants qui a un an ne sont pas du tout alimentés parfois » (I.145-147). Pour le sevrage elles n'hésitent pas à employer les grands moyens « j'avait vu le piment ou l'arrisa qu'elles s'appliquent sur les bouts de seins pour arrêter l'allaitement » (Sonia, SF, I69-70).

Autre pratique couramment utilisée dans toutes les sociétés : le modelage du corps.

Les massages peuvent avoir lieu pendant et après le bain, Coralie, a pu l'observer : « j'ai remarqué surtout des massages au moment du bain ou juste après. Les africaines leurs tirent les membres, le plus souvent avec des huiles ou du beurre de karité » (I.8-9) ou encore comme relate Sonia : « Technique sénégalaise très violente pour nous occidentales, très dynamique, et son bébé au final a marché à 10 mois. Vraiment beaucoup de tractions sur le corps, les jambes, et le bébé qui se laisse faire, qui est comme un chiffon tout mou, qui ne pleure pas, qui se met dans un état second. » (I.39-32)

Cette coutume est très ancienne selon Lise Bartoli, les matrones du sud-ouest de la France modelaient le crâne des enfants à la naissance en leur comprimant la tête. L'enfant devait ensuite garder un bandage serré pendant plusieurs semaines, afin d'obtenir une forme allongée. On trouvait cela beaucoup plus joli et l'on pensait que l'enfant, ainsi reformé, serait plus intelligent. Ce geste est également effectué par la sage-femme marocaine, pour allonger l'enfant elle prend soin de le suspendre quelques instants par les pieds. En Algérie on étire surtout les jambes de l'enfant, en Tunisie on refaçonne son nez, son menton, voire son crâne.

Les ouvrages de puériculture ont peu abordé la question du portage. Diane, sage-femme, a rencontré le portage devant : « chez les africaines, sénégalaises, maliennes... elles le portent hyper serré, nous on a des écharpes mais le bébé flotte beaucoup plus [...] Devant, tout ce que j'ai vu c'est devant » (I. 163-167). Vanessa, puéricultrice, elle a rencontré le portage dans le dos : « on a beaucoup de populations Africaines ici donc elles portent spontanément les bébés mais ils sont plus grand quand elles les portent dans le dos » (I.25-26).



Seul Vallambert, au XV<sup>ème</sup> siècle, en parle comme d'une situation tout à fait naturelle et sans grand danger pour la santé de l'enfant. Le portage est une situation quotidienne qui jusqu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle, va de soi et ne requiert donc pas de commentaires particuliers. Ainsi porter l'enfant est l'une des manières de le stimuler. Un tour du monde rapide fait apparaître deux catégories principales : le portage à l'aide d'une étoffe, d'une écharpe et ceux qui utilisent des berceaux portables. Ces différents modes de portage intéressent directement l'expérience de l'enfant en ce sens qu'ils vont favoriser des expériences et stimulations particulières, tout à la fois posturales, motrices et sensorielles. Il est très courant dans certaines cultures, transmis de génération en génération, il permet à la femme de continuer son activité tout en gardant son petit, et il est une alternative à la poussette, moyen de transport européen qui peut s'avérer très couteux.

Alors que le portage au dos tel qu'il se pratique en Afrique de l'Ouest est souvent présenté comme le prototype d'une situation de bonheur pour l'enfant en contact direct avec le corps de sa mère, l'utilisation de l'emballotement a été, à partir du XVIII<sup>ème</sup> siècle, assimilé à une pratique restrictive et donc néfaste, à proscrire absolument, Patricia, sage-femme l'a aussi remarqué : « L'emballotement c'était pratique avant, puis ça a été controversé... » (l.78-79). Or l'emballotement a été très largement pratiqué et reste encore aujourd'hui la règle durant les premiers mois de la vie de l'enfant dans de nombreuses régions du monde.

L'emballotement peut s'effectuer au moment du coucher « l'emballotement je l'ai vu surtout pour dormir » (Lisa, SF, l.89), après le bain, pendant le bain ou toute la journée selon les cultures. Ophélie, sage-femme a pu le rencontrer à différentes occasions : « à l'issue du bain chez les communautés comoriennes, elles les roulent dans des langes. Les maghrébines emballotent mais plus dans le souci de garder le corps au chaud alors que les comoriennes c'est pour faire en sorte que l'enfant se tienne droit ». (l.123-125)

Blandine Brill dans son livre *Du premier cri aux premiers pas* paru en 2008 explique les raisons données à l'utilisation du maillot qui sont de différents ordres selon les populations : esthétique (donner une « bonne » forme à l'enfant), régulateur de l'état physiologique (induire le sommeil), climatique (maintenir la température) et domestique (permettre à la mère de poursuivre son travail).

En dehors de la pratique des soins à proprement parler, le modèle familial est aussi quelques fois cité dans les entretiens, « chez les communautés maghrébines souvent le papa n'est pas du tout impliqué auprès de l'enfant dans les baignoires, et les soins. C'est la maman qui s'en occupe. Il ne s'est pas occupé non plus des autres enfants quand ils étaient bébés, il préfère les éduquer et s'en occuper quand ils sont plus grands. Il peut y avoir un investissement du papa dans l'allaitement mais plutôt chez les couples jeunes, les nouvelles générations. Dans les populations comoriennes c'est pareil, c'est surtout la maman qui prime » (Françoise, Puer, 1.23-28).

D. Champault dans *La naissance à Tabelbala* en 1953 insiste bien sur le fait que dans ces communautés le père n'a pas la même place que dans les communautés traditionnelles d'Europe, « en aucun cas un homme n'assiste à un accouchement. » En France, comme dans d'autres pays industrialisés, la présence du futur père est devenue banale. Il ne faut pourtant pas oublier que cette attitude est toute récente et qu'elle s'est installée progressivement. Dans certaine ethnies l'accouchement est jugé comme une affaire de femmes et la présence du père n'est en général pas désirée. Il existe même certains cas, en Afrique et en Asie où leur absence est indispensable au bon déroulement de l'accouchement.

Un environnement plus humain et plus chaleureux est propice aux nouvelles relations mères enfants. Dans les conditions actuelles de prise en charge est-il envisageable qu'une équipe médicale puisse prendre un jour en compte l'environnement culturel des femmes étrangères ? Ce que démontre l'étude c'est un avis unanime du personnel interrogé, ces pratiques sont bénéfiques à la mise en place du lien mère-enfant et il faut qu'en tant que professionnel de la périnatalité ils aient connaissance de ces pratiques, qu'ils soient formés. Il y a encore des représentations qui s'éloignent de la réalité, et il y a encore peu de formation et information à ce sujet.

## **Les connaissances et les représentations des professionnels de la périnatalité faces à ces différentes cultures**

L'étude a pu démontrer que l'état des connaissances sur ces différentes pratiques populaires pour la quasi-totalité des professionnels interrogés est insuffisant, tout ce qu'ils savent a été appris sur le terrain avec les années d'expériences, les différents lieux d'exercices et quelques formations continues proposées mais ils sont unanimes, ils n'ont jamais appris ça lors de leur formation initiale. Ils n'ont jamais entendu parler de pratique populaire en formation initiale que ce soit pour les sages-femmes, les auxiliaires de puériculture ou les puéricultrices. Patricia, sage-femme, le dit : « moi je me suis formée après, à l'école je n'en avais jamais entendu parler » (l.60). Ophélie, sage-femme, a appris beaucoup sur le terrain aussi : « l'allaitement à la demande je ne l'ai pas découvert à l'école ou dans les stages mais avec les mamans » (l. 77-78).

Ce qu'il ressort aussi c'est une évolution des mentalités, les professionnels interviewés l'évoquent : avant certaines pratiques étaient mal vues et certains professionnels refusaient de laisser faire les mères mais maintenant les connaissances groupales ont évoluées et certaines pratiques commencent à trouver leur place.

Par exemple, les pédiatres conseillaient il y a quelques années aux mères de laver leurs nouveau-nés tous les jours, « maintenant ils ne sont plus à cheval sur les bains, il y a peut être une ouverture dans ce sens qui laisserait à ces femmes plus de liberté [...] il y a des rigidités qui vont disparaître » (Sonia, SF, l. 23-28).

Ou encore l'emballotement autrefois très pratiqué a été controversé, « nos grands-mères pratiquaient l'emballotement avant puis ça a été un peu abandonné dans les maternités, mais apparemment ça a tendance à revenir ils en parlent de plus en plus. » (Laurena, SF, l. 77-79)

Cette évolution des mentalités se fait sentir aussi au niveau des cours de préparation à la naissance et à la parentalité, il y a maintenant des cours de portage, de massage, des ateliers sur l'allaitement qui laissent donc une ouverture à l'expression de ces pratiques. De plus les magasins de puéricultures se mettent à vendre des écharpes, des linges pour l'emballotement, des huiles de massages.

Certains centres hospitaliers recommandent fortement à leurs employés de se former continuellement, « A Nord tu es obligé d'avoir une petite formation sur l'allaitement » (Lisa, SF, l.84-85).

Cette étude met également en évidence que les professionnels de la périnatalité interrogés ont énormément de représentations que ce soit sur les normes, la culture, le modèle familial ou la religion.

Les représentations les plus nombreuses sont sur les normes et la culture. Dans les entretiens réalisés les personnes interrogées classaient souvent les pratiques populaires de certaines ethnies comme différentes des pratiques européennes, les pratiques européennes représentant la norme pour eux.

Sonia, sage-femme, dit qu'elle a « toujours vu les bains classiques » sous entendu que la façon qu'ont les européens de donner le bain est la référence en matière de soin de nursing, elle parle de « technique sénégalaise très violente pour nous occidentales [...] nos massages à nous sont plus doux » (l.10, 39, 52). Le mot « violent » ici employé, se définit par une action qui fait preuve d'une grande brutalité, nous parlons ici de massage effectué sur des nouveau-nés, cette sage-femme qui n'a pas l'habitude de ce genre de massage, qui n'a pas grandi dans la même culture, qui n'a jamais été sensibilisée à ces pratiques, catégorise un acte différent de ce qu'elle connaît et de son quotidien, en acte violent. Ce qui représente la norme pour un individu ne l'est pas forcément pour quelqu'un d'autre.

Patricia, sage-femme, fait aussi allusion à ces représentations, « Nos femmes à nous sont de nature inquiète, beaucoup moins à l'aise » (l.75-76). Elles mettent en avant que les femmes de cultures différentes, principalement maghrébine et Africaine, ont le maternage dans le sang, ça se transmet de génération en génération chez elles, et pour cela ce sont des femmes très à l'aise, qui ne rencontrent aucun problème avec l'allaitement etc. Elles comparent avec les européennes tout au long des entretiens, les européennes ressortent comme des femmes mal à l'aise avec les soins du nouveau né, peu habituées et qui n'ont reçus aucun héritage culturel. Elles généralisent, catégorisent.

Selon l'étude de 2013 de P. Sauvegrain *La mère « africaine » en suites de couches, analyse d'une figure sociale*, il est démontré que si les soignants repèrent leurs patientes en fonction de leur âge, de leur parité, de leur état de santé, du

niveau de risque obstétrical qu'elles présentent, des critères « ethno-racialisants » sont également identifiés. Les processus de catégorisation qui mobilisent ces derniers s'appuient sur l'identification de différences physiques, l'imputation de différences culturelles et, puisque l'on interroge des pratiques professionnelles, le repérage de « problèmes » ou de facilités posés par certaines patientes.

Ils ont relevé une grande homogénéité des propos tenus par les soignants des maternités à propos des « Africaines », catégorie d'usage dans les discours. Ainsi, elle regroupe des femmes dont la couleur de peau est identifiée comme noire, et qui présentent quelques spécificités plus ou moins étayées telles que des bassins plus petits, des périnées plus souples sauf s'ils sont excisés, le portage de certaines maladies (type la drépanocytose), ou encore des nouveau-nés plus toniques.

Ces femmes sont aussi repérées à certains de leurs comportements sociaux, avec une imputation très forte de différences culturelles qui font l'objet de développements. Plusieurs registres sont convoqués : les structures familiales des «Africains», variant de la polygamie aux femmes isolées, leurs pratiques religieuses, leurs modes de vie, leur appartenance à des réseaux sociaux et familiaux étendus et solidaires, une appréhension différente de la mort, etc.

Selon cette même étude, certaines femmes sont suspectées de vouloir un enfant pour régulariser leur situation en France. Il ressort également de l'analyse que les soignants se représentent les « Africaines » comme appartenant aux classes sociales les plus défavorisées ou les plus aisées (femmes de diplomates, universitaires).

Enfin, les « Africaines » sont repérées, à travers l'analyse des pratiques professionnelles, par de nombreuses spécificités de leurs trajectoires de soins. Pour reprendre quelques exemples, elles sont décrites par les personnes interrogées comme moins assidues au suivi prénatal mais à l'aise, fortes, en bonne santé, sachant accoucher, refusant les césariennes, sachant allaiter et très bonnes mères.

L'étude met également en évidence qu'en suites de couche, les femmes «africaines» sont dites habiles à s'occuper de leurs nouveau-nés et autonomes. Leur dextérité pour les bains est louée. Elles allaiteraient toutes particulièrement bien, aidées par leurs enfants, qui seraient plus toniques que les autres. Elles bénéficient donc d'un régime de faveur : elles sont exhaussées dans leur demande de biberons de complément, malgré les recommandations très strictes en vigueur dans la plupart des services. Par ailleurs, de nombreux soignants les pensent moins sujettes au

baby blues. Tous ces éléments mènent les soignants à les laisser s'occuper de leurs bébés avec confiance, certains soulignant même apprendre beaucoup d'elles, professionnellement comme personnellement.

L'aisance des «Africaines» à s'occuper de leurs enfants est considérée par la plupart des soignants comme naturelle. Elles intellectualiseraient moins l'allaitement et les soins aux nouveau-nés que les autres femmes, ce qu'ils voient positivement. Dans cette étude des entretiens menés avec des femmes «Africaines», montrent que certaines multipares ne se sont pas occupées de leur(s) aîné(s), né(s) en Afrique, dans la période postnatale. Elles souhaiteraient donc être mieux entourées par les équipes. De plus, toutes estiment que les réponses qui leur sont apportées lors de leur hospitalisation sont souvent évasives ou incomplètes. Elles préfèrent donc demander conseil à leur entourage, leur mère en priorité, même si celle-ci réside à l'étranger.

Le poids des représentations réciproques mène donc les soignants à dispenser peu de conseils aux «Africaines» et les femmes à ne pas les solliciter. Si les soignants projettent sur les femmes «Africaines» une bonne transmission du rôle social de mère, la transmission du rôle de père est en revanche peu louée. Ils sont décrits comme très absents, or les préjugés que les soignants ont des hommes «africains» modèlent sans doute l'accueil qui leur est réservé dans les services de suites de couches. Dans le même sens, les familles nombreuses sont malvenues en visite.

Ces représentations des différentes cultures ainsi que leur manque de connaissances sur les différentes pratiques entravent-elles la prise en charge de ces populations immigrées et donc la mise en place d'un lien mère-enfant efficace ?

## **Le manque de formation face à une réelle attente des femmes**

Au cours de chaque entretien il a été demandé aux professionnels s'ils avaient entendu parler de ces pratiques pendant leur formation initiale, s'ils y avaient été formés avant ou après et si cela les avait mis en difficulté ou pas.

Tous les professionnels interrogés ont dit avoir ressentis un manque de formation mais aussi d'information sur ces différentes pratiques. Marianne, sage-femme le précise bien : « je suis sortie de l'école il y a 23 ans, mon dieu on en était pas la. Moi je me suis formée toute seule, en autodidacte » (l. 33-34).

Egalement, lors de son entretien Diane, sage-femme réponds constamment « Non » ou « pas du tout » à chaque fois qu'il lui est demandé si elle a été formée un jour à ce type de pratique. Beaucoup se sont retrouvés déstabilisés face à ses femmes, pour certain ça a même entravé leur prise en charge de certaines patientes. Coralie, auxiliaire de puériculture raconte les difficultés relationnelles qu'elle a pu rencontrer au début de sa pratique : « j'avais tendance à dire aux mamans que ce n'était pas comme ça qu'il fallait faire, à limite les engueuler puis j'ai appris qu'il fallait les laisser faire et intervenir quand elles le demandaient seulement » (l.31-33).

Quelques-uns ont fait de leur propre initiative la démarche de se former après leurs études face à une attente de beaucoup de patientes, mais dans tous les cas il ressort une nette demande de formation sur ces pratiques, ces différences culturelles au moment de la formation initiale ou au moins une circulaire d'information pour ne pas se retrouver démuni.

Vanessa, puéricultrice, le dit bien : « souvent elles sont un peu isolées les mamans qui ont des religions ou bien des pratiques différentes » (l.11-12), Morgane, sage-femme, insiste aussi sur ce point « la notion des 40 jours pour les comoriennes qui vivent en France sans leur famille c'est très dur à vivre [...] elles sont déprimées. Elles ont besoin de leur mère, de leur culture, de leur religion et elles se retrouvent ici avec personne à qui en parler » (l.59-62).

Il est important d'avoir un minimum de connaissances sur ces pratiques pour pouvoir répondre aux attentes des femmes , pour pouvoir repérer les femmes en difficultés, isolées et leur permettre d'établir un bon lien mère-enfant.

Beaucoup des professionnels de la périnatalité sont d'accord avec ça il est primordial d'instaurer des bases dans la formation initiale ou de développer plus de formations

continues sur le sujet. Pour certains une circulaire d'information pourrait servir à actualiser les connaissances de certains professionnels.

Ce n'est pas uniquement pour les femmes issues de cultures ou religions différentes, de plus en plus de femmes demandent à être initiées à ces coutumes qui étaient pratiquées autrefois dans certains pays d'Europe aussi. Face à une « hypermédicalisation », de plus en plus de femme veulent revenir aux pratiques « traditionnelles », considérées par certaines comme plus humaines.

Comme le dit Sonia, sage-femme : il y a « beaucoup de mamans qui achètent des écharpes » (l.117). Patricia, également sage-femme met aussi en avant cela : « j'ai pas mal de mamans qui me demandent si il existe des cours de massage pour le retour à domicile » (l.21-22). Les femmes sont de plus en plus demandeuses de nouvelles techniques, plus naturelles, plus traditionnelles, elles commencent à être craintives face à une prise en charge médicale qu'elles considèrent excessives. Cela se voit avec de plus en plus de projets de naissance établis par les couples.

Un des entretiens met en avant quelque chose d'intéressant, à l'image de l'entretien prénatal précoce du quatrième mois il serait pertinent de faire un entretien autour du premier mois du post-partum afin d'identifier les difficultés, les attentes des femmes et permettre la mise en place du lien mère-enfant. Cela éviterait quelques situations délicates et un isolement des femmes, surtout immigrées qui se retrouvent souvent démunies à leur retour à la maison, éloignées de leur famille.

Marianne, sage-femme le constate : « on est plus à un moment où les gens se posent des questions sur l'après naissance et les nouvelles sages femmes sont plus là dedans. [...] il faudrait que ce soit proposé à toutes les femmes qui n'en sont pas là, quelque chose en parallèle de la visite post natale, un entretien autour d'un mois après la naissance au plus tard. » (l.169-170, 182-184). Mais on en revient toujours à au même constat : pour cela il faudrait aussi des professionnels de la périnatalité formés ou informés des différentes pratiques selon les ethnies afin qu'ils ne se retrouvent pas déstabilisés.



## Conclusion

Les Bouches du Rhône est un département attractif du fait de sa position géographique et de son port Marseille. Il brasse un mixte de population importante, d'origine variée, principalement du Maghreb ou de l'Afrique. Ces populations comprennent un grand nombre de femmes jeunes en âge de procréer. Ces femmes, couples et familles sont de culture, communauté, religion diverses. La grossesse, l'accouchement et la naissance sont des moments privilégiés autour desquels on retrouve beaucoup de rites et de coutumes. Ces pratiques populaires peuvent être méconnues du personnel médical.

Cette étude s'est intéressée au travers d'entretiens semi-directifs avec des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices à leurs connaissances sur ces pratiques populaires, leurs ressenties, leurs difficultés, leurs représentations et leurs opinions sur la nécessité d'effectuer des formations sur ces rites de la naissance.

Le personnel interrogé a relaté ce qu'il a pu observer et apprendre au cours de son exercice sur des pratiques comme l'allaitement, le bain, le massage, l'emballage et le portage. Il persiste encore beaucoup de représentations quant aux normes, à la culture ou même au modèle familial. Bien souvent le personnel considère les pratiques hospitalières européennes actuelles comme la norme et les pratiques populaires de ces femmes immigrées comme quelque chose de « hors norme » du coup. Néanmoins ce qu'y est le plus ressorti de ces entretiens c'est un manque de formation ou d'informations sur ces rites qui a pu déstabiliser ou engendrer des difficultés dans leur prise en charge de ces patientes immigrées. Malgré la présence de formations continues, leur accessibilité n'est pas toujours facile selon le lieu d'exercice ou leur coût. Ils ont mis en avant le besoin d'effectuer une initiation à ces pratiques au cours de la formation initiale ou de diffuser une circulaire d'information pour leur permettre d'améliorer la qualité du lien mis en place avec ces patientes et par la suite du lien mère-enfant. Certains lieux ont commencé à intégrer ces pratiques dans leur fonctionnement, la maternité de La Ciotat par exemple pratique le bain enveloppé depuis quelques années et trouve ça beaucoup plus adapté pour les nouveau-nés.

Les professionnels ont aussi mis en avant une demande de beaucoup de femmes à être initiée à ces pratiques populaires comme le massage ou le portage. Il est vrai qu'il a beaucoup été développé l'accompagnement en prénatal avec des cours de préparation à la naissance pour tout les goûts (piscine, sophrologie, haptonomie...), l'entretien prénatal précoce pour identifier les besoins de chaque femme, de chaque couple, mais il reste encore des lacunes quand à la prise en charge en post-partum. Le Prado est déjà mis en place il offre aux patientes la possibilité d'avoir recours à une sage-femme libérale à domicile lors de leur retour, mais encore faut il trouver une sage-femme formé à ces pratiques populaires. Certaines PMI commencent à proposer des cours de massage, de portage mais ça reste encore trop peu étendu et il serait vraiment intéressant de faire un travail dans ce sens là.

Il serait intéressant aussi au cours d'une autre étude de rencontrer ces femmes immigrées issues de cultures ou de religions différentes, par le biais d'association ou de groupes de parole, afin de récolter leur vécu sur leur séjour en maternité, leurs difficultés rencontrées et leurs attentes envers les professionnels de la périnatalité.

## Références bibliographiques

Aubaile-Sallenave Françoise (1997), « Le monde traditionnel des odeurs et des saveurs chez le petit enfant maghrébin. », *Enfance*, Tome 50 n°1, p. 186-208.

Barbaut Jacques (1990), *Histoires de la naissance à travers le monde*, Edition Plume, Paris, Livre

Bartoli Lise (1994), *Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Edition Plon, n°12948, Livre

Bril Blandine, Parrat-Dayana Silvy (2008), *Materner : Du premier cri aux premiers pas*, Edition Odile Jacob, n°7381-1728-X, Paris, Livre

Carles. G (2013), « Grossesse, accouchement et cultures : approche transculturelle de l'obstétrique. », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, p.275—280

Champault D (1953), « La naissance à Tabelbala. », *Journal de la Société des Africanistes*, tome 23. pp. 87-101.

Descamps. M (2014) « Cours : Profession Sage-femme »

Gastaut Yvan (2000), « Histoire de l'immigration en PACA », Article de synthèse, Université de Nice Sophia Antipolis

Geber Marcelle (1980), « Les nouveau-nés dans certaines régions d'Afrique », *Enfance*, Tome 33 n°4, p. 51-54.

Gélard Marie-Luce (2003), « De la naissance au septième jour. Rituels féminins et temps suspendu (tribu berbérophone du Sud- Est marocain) » *Ethnologie française* 2003/1 (Vol. 33), p. 131-139.

Héron Myriam (2010), *La revue de référence aide-soignante : Accompagner les patients de cultures différentes*, Fiches réalisées par la MNH

Insee, (Octobre 2012), « Synthèse Flash : Un habitant de Paca sur dix est un immigré », consulté sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Insee, (Septembre 2014), « flash PACA », consulté sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Maistre Gilles (2007), *Le premier Cri*, mai-juin production, M6 film 2007, DVD

Mauviel Maurice (1979), « Plaidoyer pour une éducation transculturelle. », *Revue française de pédagogie*, Volume 49, p. 21-35.

Oliveau-Morel Sophie (2010 / 2011), *Accoucher chez l'autre : aspects psychoculturels de la relation soignants/patientes autour des pratiques de santé maternelle*, Mémoire DU « Santé, maladie, soins et cultures », Faculté de Médecine Paris Descartes, 47 pages

Petrel Erminia (2009), *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et 2ème génération*, Mémoire, Université Henri Poincaré, Nancy 1  
École de Sages-femmes Pierre Morlanne, 92 pages

Porchet Hélène (2001), *Naissance, enfance et adolescence au Maghreb*, Travail de maturité, Lausanne, 27 pages

Réal. I (1995), « massage traditionnel des nourrissons et migration », *Journal pédiatrique puériculture n°2*, p.112-116

Sauvegrain. P (2013), « La mère « africaine » en suites de couches, analyse d'une figure sociale. » *La Revue Sage-femme*, p.191—195

Sharara. R, Moro. M.R (2000), « le portage des bébés », *Journal pédiatrique Puériculture n°7*, p.412-418

## **Annexes**

### **❖ Annexes imprimées : analyse de contenu des entretiens**

1. La pratique des soins
2. Les connaissances
3. Les perceptions
4. Guide d'entretien

### **❖ Annexes sur CD-Rom : retranscription de l'intégralité des entretiens**

## Pratique des soins

### Soins

|                         | Bain                                      | Massage                               | Allaitement                                   | Emmaitement          | Portage          |
|-------------------------|---|---------------------------------------|---|----------------------|------------------|
| <b>Sonia (SF)</b>       | I.10-12, I.32-33                          | I.37-44, I.52-53                      | I.59-61, I.69-70,<br>I.76-83                  | I.87-92              | I.111-113        |
| <b>Patricia (SF)</b>    | I.9-10                                    | I.23-24                               | I.40-42, I.75-77                              | I.78-79              | I.47, I.61       |
| <b>Ophélie (SF)</b>     | I.9-15                                    | I.47-51                               | I.80-89, I.110-112                            | I.123-125, I.128-129 | I.143-152        |
| <b>Lisa (SF)</b>        | I.21-23                                   | I.35                                  | I.53-55, I.57-60,<br>I.63-64                  | I.88-91              | I.92             |
| <b>Laurena (SF)</b>     | I.9-13                                    | I.25-32                               | I.49-56                                       | I.68-69              | I.70-71          |
| <b>Morgane (SF)</b>     |   | I.23-24                               | I.35-44,                                      | I.69-70              | I.71-73          |
| <b>Françoise (Puer)</b> |   | I.34-36                               | I.40-45                                       | I.73-80              |                  |
| <b>Florianne (AP)</b>   | I.8-11                                    | I.51-57                               | I.25-26, I.28-33, I.35,<br>I.36-38            |                      | I.82-83          |
| <b>Léa (AP)</b>         | I.7-10,                                   | I.43-45                               | I.19-20, I.24-26,<br>I.34-35, I.37-40         |                      | I.72             |
| <b>Coralie (AP)</b>     | I.8-9                                     | I.8-9, I.39-40                        | I.18-25, I.71-75                              |                      | I.62-63          |
| <b>Vanessa (Puer)</b>   | I.40-41, I.90, I.105-<br>106<br>I.110-111 | I.35-37                               | I.120-121, I.131-132,<br>I.145-147, I.151-153 | I.15, I.21-23        | I.25-33          |
| <b>Diane (SF)</b>       | I.4-7, I.19, I.39-41,<br>I.42-44, I.62-63 | I.42-44, I.71-74,<br>I.77-83, I.88-90 | I.99-101, I.105-109,<br>I.127-131, I.142      | I.62-63, I.147-150   | I.163-165, I.167 |
| <b>Marianne (SF)</b>    | I.4                                       | I.21-25, I.30                         | I.62-77                                       | I.102                | I.143, I.151     |

### Annexe 1. La pratique des soins

## Connaissance

| Expérience              |   |                                     | Formation                 |                               |   |                            |
|-------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---|----------------------------|
|                         | Personnelle                                       | Groupale                            | Formation initiale        | Formation continue            | Manque de formation/information                                   | Attente                    |
| <b>Sonia (SF)</b>       | I.67, I.72-75, I.104-106, I.155-164,              | I.22-28, I.30-31, I.93-95 I.116-117 | I.99-101                  | I.30-31, I.93-94, I.116-117   |   | I.117-118                  |
| <b>Patricia (SF)</b>    |   |                                     |                           | I.47-48, I.60, I.69-70        | I.28, I.33-34, I.60, I.69-70 I.82                                 | I.11, I.21-22              |
| <b>Ophélie (SF)</b>     | I.18-21, I.48-49, I.59-60, I.77-78, I.133-135     | I.113-114, I.126-127, I.138-140     |                           | I.101                         | I.64-65, I.96-99, I.100-103, I.105, I.133                         | I.72, I.115-116            |
| <b>Lisa (SF)</b>        | I.47-48   | I.35, I.84-85, I.93-95              | I.38-39, I.47-48, I.68-72 | I.84-85, I.92-93              | I.103, I.107  |                            |
| <b>Laurena (SF)</b>     | I.32-34, I.37-38, I.61-62, I.63-65, I.70, I.77-79 | I.77-79                             | I.59-60                   | I.39-40                       | I.16-18, I.21-22, I.37, I.68 I.74, I.81-82, I.93-94               | I.21-22                    |
| <b>Morgane (SF)</b>     | I.24-25, I.71-73, I.79, I.89-91                   |                                     | I.87-88                   |                               | I.79  | I.59-63, I. 64-66, I.98-99 |
| <b>Françoise (Puer)</b> | I.16-20, I.34, I.88-91, I.101, I.108-110          | I.95, I.101, I.122-124              | I.106-107, I.130          | I.52-54, I.56-61, I.95, I.101 | I.34, I.85, I.101   | I.36-37, I.55-56, I.97-98  |
| <b>Florianne (AP)</b>   | I.14, I.16-18, I.29-30, I.36, I.46-47             | I.60-61, I.65-68, I.79, I.84        | I.77-78                   | I.73, I.84-85                 | I.14, I.43-44, I.46, I.60, I.61-62, I.74, I.84-85, I.86, I.98-100 | I.83                       |

## Connaissance

| Expérience            |  | Formation                  |                                       |                                 |  |   |
|-----------------------|--|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|--|---|
|                       | Personnelle                                | Groupale                   | Formation initiale                    | Formation continue              | Manque formation/information               | Attente   |
| <b>Léa (AP)</b>       | I.14, I.30, I.65, I.67-68, I.79-80         | I.58-59, I.73-75, I.79-81  |                                       | I.30, I.50-51, I.67-68, I.79-80 | I.13, I.30, I.31-33, I.50, I.66-67, I.79   |   |
| <b>Coralie (AP)</b>   | I.14-15, I.56-57, I.66                     | I.51-52, I.66              | I.28-29, I.56-57                      | I.34                            | I.13-14, I.28, I.34-35, I.45               | I.63  |
| <b>Vanessa (Puer)</b> | I.15-17, I.46, I.50, I.63-66, I.68-69      | I.50                       | I.63                                  | I.66-67                         | I.15, I.132                                | I.7-8, I.12-14, I.47<br>I.52-53, I.80-81, I.112-114, I.119-122, I.142-143 |
| <b>Diane (SF)</b>     | I.255, I.271                               |                            | I.111-113, I.25, I.58-61, I.88, I.114 | I.114, I.255                    | I.55, I.86, I.156-157, I.171,              | I.39-41,  |
| <b>Marianne (SF)</b>  | I.26, I.33-36, I.144, I.171-174, I.208-210 | I.46-47, I.130, I.171-174, |                                       | I.85-86, I.92-93, I.159,        | I.33, I.80-81, I.107-108, I.130, I.159-160 | I.13-14, I.103-104, I.150   |

### Annexe 2. Les connaissances



## Perception

|                      | Ressentis           |   | Difficultés          |                           |                    | Représentations  |                     |   |                    |          |
|----------------------|---------------------|---|----------------------|---------------------------|--------------------|--|---------------------|---|--------------------|----------|
|                      | Emotions            | Opinions  | Logistiques          |                           |                    | Relationnelles   | Normatives          | Culture   | Modèles familiales | Religion |
|                      |                     |   | Matériel             | Organisati-<br>-tionnelle | Budget             |  |                     |   |                    |          |
| <b>Sonia (SF)</b>    | I.89, I.109         | I.33-34,<br>I.47-49,<br>I.68<br>I.72-75,<br>I.125,<br>I.129-130,<br>I.148,<br>I.150-151                   | I.132-134            | I.17-18,<br>I.130-132     | I.150              | I.16-17, I.28-29,<br>I.33, I.57-58, I.60<br>I.62-64, I.134-136,<br>I.143-147,<br>I.160-161 | I.10, I.39,<br>I.52 | I.49-52,<br>I.70-71,<br>I.76-77<br>I.109-110                            |                    |          |
| <b>Patricia (SF)</b> | I.73                | I.28-29,<br>I.43, I.52-57,<br>I.60<br>I.61-62,<br>I.66-68,<br>I.80-82                                     |                      | I.12, I.35                |                    | I.73   | I.75-76             | I.42, I.73-74   |                    |          |
| <b>Ophélie (SF)</b>  | I.18                | I.24, I.35-41,<br>I.54-61<br>I.95, I.103-104,<br>I.113-114,<br>I.117-118,<br>I.130<br>I.143,<br>I.159-168 | I.66-70<br>I.106-108 | I.109                     | I.25,<br>I.106-108 |  | I.9-10,<br>I.26-31  | I.10-15,<br>I.26-31,<br>I.47-49,<br>I.79-84,<br>I.110-112,<br>I.143-145 |                    |          |
| <b>Lisa (SF)</b>     | I.14, I.44,<br>I.68 | I.10-14,<br>I.31-32,<br>I.40-45<br>I.60, I.79-83,<br>I.89-90<br>I.107-116                                 |                      | I.19-20                   |                    | I.55-56  |                     | I.53-55,<br>I.59-60   |                    |          |

## Perception

|                         | Ressentis                 |  | Difficultés |                       |        | Représentations  |                       |   |                    |           |
|-------------------------|---------------------------|--|-------------|-----------------------|--------|------------------|-----------------------|---|--------------------|-----------|
|                         | Emotions                  | Opinions   | Logistiques |                       |        | Relationnelles   | Normatives            | Culture                                     | Modèles familiales | Religion  |
|                         |                           |  | Matériel    | Organis-<br>tionnelle | Budget |                  |                       |   |                    |           |
| <b>Laurena (SF)</b>     | I.16, I.31                | I.21-22,<br>I.43-44,<br>I.77<br>I.80-85,<br>I.88-92,<br>I.95-99  | I.85        | I.45                  |        |                  | I.30-31               | I.49-56                                     |                    |           |
| <b>Morgane (SF)</b>     |                           | I.18-20,<br>I.29-32,<br>I.65-66,<br>I.80<br>I.84-96,<br>I.93-103 |             | I.10-12               |        | I.50-51, I.57-66 |                       | I.13-15,<br>I.35-43,<br>I.53-54,<br>I.71-74 |                    |           |
| <b>Françoise (Puer)</b> | I.40, I.81,<br>I.113-115  | I.69-70,<br>I.120,<br>I.127-129,<br>I.131-135                    |             | I.65-66               |        | I.117-119        | I.76-77,<br>I.115-116 | I.34-36,<br>I.40-45,<br>I.115-116           | I.23-28,<br>I.124  | I.120-122 |
| <b>Florianne (AP)</b>   | I.15-16, I.23<br>I.53-55, | I.33-34,<br>I.47-48,<br>I.75-76,<br>I.79<br>I.90-91,<br>I.98-100 |             |                       |        | I.26-27, I.33-34 | I.8-9, I.55-56        | I.35-38,<br>I.55-56                         |                    |           |

## Perception

|                       | Ressentis   |   | Difficultés |                        |        | Représentations   |  |  |                                     |   |
|-----------------------|---|---|-------------|------------------------|--------|---|--|--|-------------------------------------|---|
|                       | Emotions  | Opinions  | Logistiques |                        |        | Relationnelles  | Normatives                               | Culture  | Modèles familiales                  | Religion  |
|                       |   |   | Matériel    | Organisa-<br>tionnelle | Budget |   |  |  |                                     |   |
| <b>Léa (AP)</b>       | I.20-23, I.31<br>I.45                                 | I.31-33,<br>I.68-69,<br>I.80-81,<br>I.84-92                     | I.52-53     |                        |        | I.35-36   | I.7-10, I.44                             | I.7-10,<br>I.24-26   | I.20                                |   |
| <b>Coralie (AP)</b>   | I.10, I.31,<br>I.76                                   | I.36, I.45-<br>47<br>I.58, I.66,<br>I.77-78,<br>I.80<br>I.84-85 |             |                        |        | I.31-33, I.41,<br>I.72-73, I.75-76                                    | I.8-10                                   | I.18-25  |                                     |   |
| <b>Vanessa (Puer)</b> | I.106-110   | I.42, I.51-<br>52<br>I.67-68,<br>I.118-119,<br>I.169-175        |             |                        |        | I.11-12, I.90,<br>I.94-97   | I.40,<br>I.105-106,<br>I.110-111         | I.25-26,<br>I.33<br>I.35-36,<br>I.154  | I.94,<br>I.179-187,<br>I.193-199    |   |
| <b>Diane (SF)</b>     | I.93-94,<br>I.119, I.156-<br>157, I.235,<br>I.262-268 | I.93, I.148-<br>149, I.235<br>I.258,<br>I.262-268               |             | I.17                   |        | I.65-67, I.93-94<br>I.110-124,<br>I.148-149, I.203-<br>205, I.286-288 | I.43, I.88-90<br>I.153                   | I.83, I.103-<br>I.104<br>I.119-124<br>I.163-164<br>I.189-190<br>I.206-207<br>I.248-249 | I.227-235<br>I.238-244<br>I.248-253 | I.37-39,<br>I.191-192<br>I.197-199<br>I.218-219 |
| <b>Marianne (SF)</b>  | I.22, I.25,<br>I.91, I.144                            | I.41-42,<br>I.43-45,<br>I.53-59,                                |             | I.13                   |        |   | I.4, I.22-25,<br>I.109-111,<br>I.152-156 | I.62-68,<br>I.71-77,<br>I.192-206  |                                     |   |

| Perception |           |  |             |                          |        |                 |            |         |                    |          |
|------------|-----------|--|-------------|--------------------------|--------|-----------------|------------|---------|--------------------|----------|
|            | Ressentis |  | Difficultés |                          |        | Représentations |            |         |                    |          |
|            | Emotions  | Opinions   | Logistiques |                          |        | Relationnelles  | Normatives | Culture | Modèles familiales | Religion |
|            |           |  | Matériel    | Organisati-<br>tionnelle | Budget |                 |            |         |                    |          |
|            |           | I.96<br>I.109-111,<br>I.125-127,<br>I.133-134,<br>I.139-140,<br>I.169-171,<br>I.188-189,<br>I.197,<br>I.215-220<br>I.245-246 |             |                          |        |                 |            |         |                    |          |

**Annexe 3. Les perceptions**

## Annexe 4. Guide d'entretien

Nous allons aborder au cours de cet entretien votre expérience personnelle, vos connaissances, vos formations et difficultés ressenties à propos des pratiques populaires du post partum des populations les plus représentées dans les Bouches du Rhône.

Dans les pratiques populaires nous allons aborder tout ce qui tourne autour du nouveau- né :

- Le bain
- Les massages
- L'allaitement
- L'emballotement
- Le portage

Les populations les plus représentées selon les dernières études de l'INSEE sont essentiellement :

- Populations maghrébines (Algérie, Maroc, Tunisie)
- Comores
- Le reste de l'Afrique

Concernant le bain,

Avez-vous déjà pu observer d'autres pratiques ? Comment avez-vous réagi ?

Avez-vous entendu parler de ces pratiques lors de vos études ?

Pensez vous que ces pratiques trouvent leur place dans les maternités ?

Pensez vous que l'on doit être formé à cela ?

Le massage est couramment pratiqué dans les populations d'Afrique et du Maghreb, Avez-vous déjà vu des techniques de massage ?

Est-ce que ça vous a déstabilisé ou étiez vous déjà formé ?

Pour vous le massage est-il bénéfique au nouveau-né ? À la relation mère/enfant ?

Ne pensez vous pas qu'il puisse être intégré dans notre formation beaucoup plus tôt ?

L'allaitement maternel est beaucoup plus fréquent dans les communautés Africaines et Maghrébines. Mais leurs pratiques diffèrent souvent de ce qu'on nous apprend en tant que professionnel de santé.

Avez-vous déjà rencontré des pratiques d'allaitement particulières ?

Cela vous a-t-il déstabilisé ?

Une formation ou information vous semblerait elle utile ?

L'emballotement et le portage sont des pratiques très courantes dans ces populations.

Avez-vous déjà vu des mamans porter et emballoter ?

En avait vous déjà entendu parler dans vos études ?

Que pensez-vous de ces pratiques ?

Pensez-vous qu'une formation ou information soit utile ?

En conclusion, les pratiques populaires dans le post partum sont très variées.

Ne pensez vous pas que dans l'intérêt d'une meilleure intégration de ces populations mais aussi pour l'amélioration du lien mère enfant, nos pratiques en tant que personnel soignant devraient s'élargir ?

Pensez vous que ces pratiques manquent à nos formations ? Quelles sont vos attentes ?



## Résumé

**Introduction à l'étude :** Le département des Bouches du Rhône présente un fort flux d'immigration par sa position géographique. Ces populations ont des cultures différentes, riches en coutumes et rites autour du moment de la naissance.

Une étude c'est intéressée à ces différentes pratiques populaires, aux connaissances des professionnels de la périnatalité, à la perception qu'ils en avaient ainsi qu'à leur vécu.

**Objectifs :**

Explorer les connaissances et apprécier les ressentis des professionnels de la périnatalité sur les pratiques populaires des populations immigrées les plus représentées dans les Bouches du Rhône

Identifier leurs difficultés et leurs besoins pour l'accompagnement de ces populations en période de post-partum

**Matériel et méthode :** Etude descriptive prospective qualitative sur le département des Bouches du Rhône. 13 entretiens semi-directifs selon la méthode Kaufmann ont été réalisés avec des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et puéricultrices.

**Résultat :** Les pratiques des soins sont nombreuses et très importantes aux yeux de ces populations immigrées. La connaissance des professionnels résulte plus de l'expérience personnelle, un manque de formation est déclaré. Les représentations normatives et culturelles sont encore trop présentes.

**Conclusion :** Les populations immigrées sont de plus en plus présentes, elles accordent beaucoup d'importance aux pratiques populaires autour de la naissance, les professionnels ont évoqué un besoin de formation et information, afin de ne pas entraver l'intégration de ces populations et la mise en place du lien mère-enfant.

**Mots clés :** culture, coutume, rite, naissance, périnatalité, pratique populaire, immigration, post-partum

## Abstract

**Introduction:** The Bouches du Rhône department has strong immigration flows by its geographical position. These populations have different cultures, rich in customs and ceremonies around the time of birth. A study is interested in these popular practices, knowledge professionals perinatal these rites, to the perception that they had and to their experiences.

**Objectives of the study:**

Explore the knowledge and appreciate the feelings of professionals in perinatal care on popular practices most represented of immigrant populations in the Bouches du Rhône.

Identify their difficulties and needs the support of these populations in the postpartum period.

**Materials and Methods:** Qualitative prospective descriptive study on the Bouches du Rhône department. 13 semi-structured interviews by the Kaufmann method were made with midwives, auxiliary nurses and childcare.

**Results:** Care practices are numerous and very important in the eyes of these immigrant populations. Knowledge of professional results in more personal experience, a lack of training is declared. The normative and cultural performances are still too present.

**Conclusion:** Immigrant populations are increasingly present, they attach great importance to popular practices around birth, professionals have suggested a need for training and information, in order not to hinder the integration of these populations and development instead of the mother-child bond.

**Key words:** culture, custom, ceremonies, birth, perinatal, popular practice, immigration, post-partum