



HAL
open science

Désir de maternité après complication obstétricale sévère chez les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne

Holy Bezanahary

► **To cite this version:**

Holy Bezanahary. Désir de maternité après complication obstétricale sévère chez les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04296574

HAL Id: dumas-04296574

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04296574>

Submitted on 20 Nov 2023

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.

Collège des Sciences de l'Homme et Collège Santé
Faculté d'Anthropologie sociale – Ethnologie

**Désir de Maternité après Complication
obstétricale sévère chez les Femmes
migrantes originaires d'Afrique
Subsaharienne**

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du DU :
« Médecines et Soins Transculturels »
Par

Holy Bezanahary

Sous la direction de *Madame Madina Querre*

1^{ère} session 2022

Remerciements

Parce que lorsque l'on explore un nouveau chemin, on fait souvent de belles rencontres...

Un grand merci à Claire Mestre et à tous les enseignant(e)s du DU pour leur passion contagieuse...

Un merci spécial à Madina Querre pour son accompagnement bienveillant ...Le bâton Peul est une révélation...

Merci à mes camarades de DU, nous avons vécu une année haute en couleur, un merci tout particulier à Lili...

Et surtout merci à Diankemba, Virginie, Bintou et Daloba ...

« ..., je me retournai instinctivement pour regarder encore une fois ma mère. Je la vis qui atteignait le sommet de la dune. Le vent faisait flotter autour d'elle les pans de son boubou et soulevait son léger voile de tête. On aurait dit une libellule prête à s'envoler. Peu à peu sa silhouette élégante disparut derrière la dune, comme avalée par le sable. Avec elle disparaissait Amkoullel, et toute mon enfance. »

Extrait de « Amkoullel, l'enfant peul »

Amadou Hampâté Bâ

Sommaire

I – Introduction

II – Contextualisation de la recherche

III – Méthodologie

IV – Résultats

V – Analyse et discussion

VI – Conclusions

VII – Bibliographie

VIII – Annexes

Résumé

La réduction de la mortalité maternelle et des morbidités obstétricales sévères est un enjeu de Santé Publique. En France, comme dans d'autres pays européens, la morbi-mortalité constatée chez les femmes migrantes originaires d'Afrique sub saharienne reste plus élevée que celle constatée chez les natives. Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de quatre femmes africaines ayant eu une ou des grossesses après une complication obstétricale sévère (MMS) ayant mis en jeu leur pronostic vital ; le but étant d'en connaître les déterminants. Toutes les grossesses suivant la MMS étaient désirées et pour la plupart motivée par la reconnaissance de leur statut social de femme et de mère selon les normes sociétales traditionnelles. Conscientes du danger, elles utilisaient tous les moyens de protection à leur disposition : la tradithérapie, le système de santé du pays d'accueil et la Religion. Le sentiment de peur pendant leur grossesse était omniprésent et nécessite une adaptation des soins, au sens large, dédiés à ces femmes migrantes isolées, loin de leur mère. La dimension transculturelle est importante à introduire dans nos pratiques pour améliorer leur prise en charge au quotidien et pour espérer atteindre les objectifs de Santé Publique.

Mots-clés : désir d'enfant ; morbidité maternelle sévère ; grossesse ; migrantes africaines

Summary

Reducing worldwide maternal mortality and maternal near-miss is a Public Health concern. In France, but also in most european countries, sub saharan african migrant women are at higher risk of mortality and morbidity during pregnancy compared to native women. We conducted a qualitative study using semi-directive interviews and included four migrant women from SSA who had a subsequent pregnancy after a near-miss. Our aim was to analyze determinants of their choices. All pregnancies were planned and helped them to ascertain their social status as a Woman and as a Mother, thus fulfilling their traditional societal values. Aware of the danger, they protected themselves as best as they could with traditional therapies, using antenal bookings and prayers. Already isolated and living far away from their mother, fear was constant

during their pregnancy. Therefore, we really need to adapt our healthcare system to better welcome these women. Adding a transcultural dimension in our everyday practice is important in order to provide them a better and more protective care. This could be a way to curb maternal mortality so that the sustainable development goal 3 (WHO) could be reached.

Keywords : child's desire ; maternal near-miss ; subsequent pregnancy ; sub saharan African women

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle est considérée comme un indicateur de la santé des femmes et de la qualité des soins proposés aux femmes enceintes dans une population. Sa réduction au niveau mondial est un des objectifs majeurs de santé Publique. L'objectif SDG 3 de l'organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé pour but un taux de mortalité maternelle inférieur à 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030. En 2017, selon les dernières estimations issues des statistiques OMS-UNICEF-UNFA, le taux de mortalité maternelle était de 211 pour 100 000 naissances vivantes. La majorité (66%) des décès maternels a lieu en Afrique sub-saharienne (Alkema, 2017). En France, le taux de mortalité maternelle bien que relativement bas, reste stable (10,3 pour 100 000 naissances vivantes pour la période de 2013 - 2015). Des progrès ont été faits dans la réduction des décès par hémorragie ou du fait de complications hypertensives de la grossesse mais une disparité existe en fonction des pays d'origine des femmes avec une fréquence des décès quasiment trois fois plus élevée au sein de la population migrante, surtout en provenance d'Afrique sub-saharienne (ASS), par rapport à la population d'origine française. Pour expliquer cette disparité en terme de mortalité maternelle, en France, Philibert et al. (2008) ont constaté que les femmes originaires d'ASS ont cinq fois plus de risque de mourir de complications hypertensives et d'infection avec une prise en charge considérée comme sub-optimale après évaluation à postériori par des experts. Outre une prise en charge inadéquate du fait de mauvaises perceptions et interprétations des plaintes des parturientes, une difficulté d'accès aux soins a été avancée par Sauvegrain et al. (2020).

Dans les pays à niveau de ressources élevées, du fait de sa relative rareté, la mortalité maternelle n'apparaît pas un indicateur fiable pour vraiment évaluer la performance des systèmes de soins et de plus en plus, c'est la notion de morbidité maternelle sévère (MMS) qui semble mieux la refléter. La MMS est définie comme la survenue pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la délivrance d'un état pathologique mettant en jeu le pronostic vital maternel mais avec une survie de la femme. (Say L 2009, MAPAR 2015)

En ce qui concernent les données françaises publiées en 2020 par le groupe d'étude EPIMOMS (épidémiologie des morbidités maternelles sévères), la prévalence des MMS est de 0,33%. Parmi les facteurs de risque de survenue de MMS, on retrouve un risque multiplié par 1,8 pour les femmes originaires d'ASS (Raineau, 2021) Ce constat

a été fait dans d'autres pays comme le Royaume-Uni avec un risque multiplié par 2 ou les Pays-Bas avec un risque allant jusqu'à 3,5 fois en comparaison avec la population native. (Nair 2014, Zwart 2010).

Parmi les causes favorisant la survenue de MMS, aussi bien dans l'étude française que britannique ou néerlandaise, on retrouve un âge maternel supérieur à 35 ans, une pathologie chronique préexistante à la grossesse et surtout des antécédents de complications obstétricales lors de la précédente grossesse.

Cette dernière constatation implique que certaines femmes mènent une nouvelle grossesse malgré les complications obstétricales ayant émaillé la précédente.

Ferreira et al. (2020), se basant sur le registre brésilien COMMAG, s'aperçoivent que les femmes ayant présenté une MMS ont tendance à avoir moins d'enfant après l'évènement. En effet, le sauvetage maternel a parfois nécessité une hystérectomie, un choix de stérilisation définitive par peur de revivre les mêmes évènements. En Europe, selon Murphy et al. (2002), il existe une vulnérabilité de la femme tant au plan physique que psychologique après une telle complication si bien que le désir d'une nouvelle grossesse est moindre. En Californie, Bane et al. (2021) ont pu démontrer que les femmes ayant présenté une MMS ont un risque plus faible (HR 0,83 ; IC 95%0,82-0,84) de s'exposer à une nouvelle grossesse en comparaison avec celles dont la grossesse s'est déroulée sans encombre. Dans leur étude, ce risque est d'autant plus bas que la femme est âgée de plus de 35 ans, qu'elle a un statut socio-économique élevé, que la complication a entraîné un arrêt cardiaque dont elle a pu survivre, que le bébé est né vivant bien que prématuré. De plus, les grossesses ultérieures sont beaucoup moins fréquentes pour les femmes appartenant à l'ethnie caucasienne.

Au Burkina Faso, Storeng et al. (2012) ont suivi une cohorte de 337 femmes ayant eu une MMS afin de préciser leur devenir. Pendant la période d'observation de 4 ans suivant l'évènement, 5,3% (n=15) des femmes ayant eu une MMS sont décédées contre uniquement 0,9% dans la population de femmes n'ayant pas présenté de complication ($p < 0,001$). Les causes de décès dans le groupe MMS, sont en relation directe avec la complication obstétricale pour 6 d'entre elles ; trois femmes sont décédées au décours d'une nouvelle grossesse.

Une grossesse après une complication obstétricale même sévère reste possible avec tout de même des risques de morbi-mortalité maternelle sans équivoque. Cette

éventualité apparaît plus probable chez les patientes migrantes notamment d'origine africaine mais aucune étude en France ne l'a clairement analysé.

Dans le cadre de ma pratique professionnelle en tant que médecin interniste avec une spécialisation pour la médecine interne de la femme enceinte, je suis amenée à suivre des femmes enceintes en parallèle avec les équipes de sages-femmes, d'obstétriciens et d'anesthésistes, leur grossesse étant classée à risque de morbi-mortalité obstétricale. Bien souvent, les femmes ont survécu à leur précédente grossesse grâce à la collaboration des équipes et à la qualité des soins tant pour la femme que pour le nouveau-né souvent prématuré s'il arrive à survivre.

Si l'on voit selon le prisme « soignant », une nouvelle grossesse dans ce contexte apparaît à très haut risque de mortalité et pourtant, elles renouvellent l'expérience. Ceci entraîne une incompréhension totale de la part des différents soignants ayant été impliqués dans le sauvetage maternel ou de la part de ceux ou celles qui sont amené(e)s à suivre la nouvelle grossesse. Des jugements sont portés pouvant alors biaiser la prise en charge, avec une omission totale des traumatismes et des angoisses que ces femmes pourraient avoir.

En se basant sur les constats cités ci-dessus, il nous apparaît important de comprendre les déterminants d'un désir de maternité après une complication obstétricale sévère au sein de la population migrante originaire d'Afrique subsaharienne. Bien qu'il s'agisse d'un facteur qui pourrait sembler anecdotique, les données disponibles manquent.

La notion d'altérité et la dimension transculturelle nous paraissent importantes à intégrer pour mieux comprendre leur démarche nous permettant ainsi d'optimiser leur accompagnement en effaçant des stéréotypes et en créant un « contenant » plus fiable autour d'elles.

II. CONTEXTUALISATION DE LA RECHERCHE

1. Représentations de la grossesse, de la maternité

Comprendre ce que représente la maternité pour ces femmes est une étape essentielle.

Selon le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL), la maternité correspond au fait d'être mère, les droits, devoirs, sentiments et attitudes liés à cette

fonction. Le terme désigne aussi la fonction génératrice propre à la femme ainsi que les rapports privilégiés d'amour et de tendresse entre une mère et son (ses) enfant(s). Dans le langage courant, on distingue derrière la notion de maternité, l'étape de la grossesse, étape physiologique nécessaire à la mise au monde d'un enfant et l'acte de mise au monde d'un enfant, soit l'accouchement. « L'accouchement constitue une présomption irréparable de maternité » (Eric Fassin, 2002).

On pourrait ainsi assimiler le désir de maternité au désir d'enfant. La définition du désir d'enfant est en réalité très complexe et dépend de la perspective d'où il est étudié. Ainsi, le désir d'enfant se retrouve au carrefour de trois bases théoriques qui sont les théories biologiques, psychanalytiques et anthropologiques.

1.1 Aspect biologique

Dans l'introduction que fait L. Charton et J. Lévy (2017, p. 9), « *le désir d'enfant s'inscrirait dans les structures mêmes du vivant qui consiste dans la possibilité de se reproduire en assurant ainsi la conservation, la perpétuation des caractères héréditaires...le désir d'enfant est une évidence, les stratégies de reproduction des mammifères obéissent à des contraintes écologiques, saisonnières et hormonales. Le désir de maternité naît tout simplement d'un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. Tout comme les autres mammifères, il existe une concordance des conditions internes, physiologiques dont hormonales, et des conditions externes, environnementales, qui dictent le désir de maternité* ». Pour la femme en âge de procréer, le pic ovulatoire et la phase lutéale précoce modifient les instincts libidinaux.

Judith Kestenberg (1956) argumente dans ses observations que le désir d'enfant est probablement inné avec une emphase sur les origines biologiques et instinctuelles qui évolueraient à travers les stades de développement de l'enfant.

1.2 Aspect psychanalytique

A la lumière des précédentes théories, le projet semble être primaire et conscient mais selon les théories psychanalytiques, il apparaît, en fait, infiltré de significations et de désirs inconscients.

Selon Blum (1976, p.157), « *plus qu'une simple pulsion du ça, qu'une gratification narcissique ou qu'une consolation des fantaisies de castration, la maternité est l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. La maternité est selon lui, un idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère* ». En outre, Monique Bydlowski (1997, p. 169) appuie cette hypothèse en avançant que « *la femme en voie de devenir mère s'appuie sur l'ombre de sa mère. L'ombre de la mère représente la dette symbolique que l'enfant vient incarner, dette d'existence envers la Terre-Mère, qu'une femme règle avec sa propre mère par l'enfantement du premier enfant* ». Plus complexe encore, Abdel-Baki et al. (2004, p. 4) rajoutent que « *toute femme et même celle niant son désir de maternité en vient un jour à désirer l'enfant imaginaire, celui des fantasmes préconscients, celui qui peut tout accomplir, tout réparer, tout combler notamment les deuils, la solitude, le sentiment de perte. Toute femme, que ce soit celle qui a comblé son désir de procréation par de nombreuses maternités, ou bien celle qui vient juste d'accoucher, rêve toujours de l'enfant suivant, le désir d'enfant étant insatiable* ». Dans cet ordre d'idée, Monique Bydlowski (1997) pense que « *fantasmer un prochain enfant face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir. Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant, c'est le désir d'enfant, désir d'enfance, la réalisation d'un souhait infantile* ».

1.3 Aspect anthropologique

1.3.1 Statut de « femme à part entière »

Selon Amadou Hampâté Bâ (1994, p.257), en Afrique traditionnelle, la femme n'est réellement une femme qu'après la maternité. En effet, en se référant « aux portes du corps » qui sont le symbole des forces fondamentales, « Sur le plan occulte, la mère est considérée comme supérieure à l'homme : il est dit dans la Tradition qu'il existe onze forces fondamentales, mais que l'homme ne peut en acquérir que neuf. Seule la

femme en acquiert onze. Les neuf portes sont symbolisées par les orifices que l'on appelle les portes du corps (d'intériorisation et d'extériorisation) situées dans la tête-la bouche, les deux narines, les deux yeux et les deux oreilles-plus les deux exutoires naturels. Là s'arrête l'homme. Mais lorsque la femme devient mère, deux portes supplémentaires s'ouvrent sur sa poitrine, portes par lesquelles s'écoule la force de vie. Lorsque le nourrisson est suspendu au sein maternel, ce n'est pas seulement du lait qu'il boit, mais la Miséricorde divine elle-même, qui continue de le nourrir comme elle l'a déjà nourri dans le ventre de sa maman ».

Il renforce encore plus le statut de la femme selon sa citation d'un adage malien qui dit : « Tout ce que nous sommes et tout ce que nous avons, nous le devons une fois seulement à notre père, mais deux fois à notre mère. L'homme n'est qu'un semeur distrait, alors que la mère est considérée comme l'atelier divin où le créateur travaille directement, sans intermédiaire, pour former et mener à maturité une nouvelle vie. C'est pourquoi, en Afrique, la mère est respectée presque à l'égal d'une divinité. » (Amadou Hampâté Bâ, 1991, p.49)

L'accès à la maternité est pour de nombreuses sociétés, une conjuration du statut de femme stérile. Selon Delaisi de Parseval (1983), dans la quasi-totalité du continent africain, la stérilité féminine ou les fausses couches répétées sont jugés « dangereuses » pour la femme et pour l'entourage et peuvent amener à la marginaliser totalement. Françoise Héritier (1985, p.14), lors de ses observations chez les Samo, constate que « la femme qui n'a pas été enceinte au moins une fois, ne sera jamais considérée comme une vraie femme, et on l'inhumera avec un rituel spécial dans le cimetière des enfants, comme si elle était immature et n'était jamais sortie de l'état d'enfance ».

1.3.2 Maternité, devoir social

Assurer une descendance est un devoir social. Pour reprendre Amadou Hampâté Bâ (1991, P.17), « En Afrique traditionnelle, l'individu est inséparable de sa lignée, qui continue de vivre à travers lui et dont il n'est que le prolongement ».

Ceci est renforcé par Françoise Héritier (1985, p.5) pour qui, « toutes les sociétés humaines reposent sur une commune exigence : celle de leur reproduction, qui passe par celle de leur membre. Le désir d'enfant est soumis à des dimensions sociales et culturelles ; il s'agit d'une injonction à maintenir la descendance. Dans le mariage, tout

individu doit chercher à avoir la postérité la plus nombreuse possible ». Elle conclut ainsi que « le désir d'enfant est surtout un désir éminemment social d'accomplissement projeté au travers d'une descendance qui conservera la mémoire des morts et leur rendra le culte nécessaire ». Ainsi, « ne pas transmettre la vie, c'est rompre une chaîne dont nul n'est l'aboutissement ultime, et c'est par ailleurs s'interdire l'accès au statut d'ancêtre ».

De manière plus concrète, comme le rapporte Madina Querre (2002, p.142), chez les Peuls, « le statut social de la jeune fille est déterminé d'abord par la naissance d'un enfant, ensuite par la reconnaissance de ce dernier par le père. C'est l'imposition du nom qui est l'étape fondamentale pour elle comme pour son enfant. La belle-fille devient vraiment femme de la famille en devenant mère d'un enfant appartenant au lignage ».

La mère, une fois qu'elle aura pu faire survivre son enfant au-delà des 7 ans après sa naissance pour qu'il soit nommé, aura alors accompli son devoir envers elle-même et la collectivité. La stérilité est de ce fait un malheur biologique extrême. (Baubet, 2013)

1.3.3 Désir d'enfant dans le contexte migratoire

En exil, conjurer le malheur de l'infertilité reste tout aussi important. Pour preuve, Karine Herry et al (2008, p.162), fait partie d'une équipe prenant en charge en consultation transculturelle, des couples de migrants en assistance médicale à la procréation (AMP). Le problème de ces femmes migrantes devient complexe selon leur expérience car « le statut du féminin se décline en fonction des référents du pays d'origine et se complexifie avec les référents du pays d'accueil ».

L'objectif reste social avec la préservation de la descendance mais peut aller plus loin avec la recherche d'une sécurité économique et sociale qui peut parfois prendre plusieurs années et plusieurs générations. Pierre -Joseph Laurent (2017), nous rapporte son étude réalisée entre le Cap Vert et Boston sur plusieurs années pendant lesquelles il a réussi à décrypter les stratégies de recherche de sécurité sociale utilisées par les mères pour garder « un capital migratoire ». Un enfant en naissant aux Etats-Unis, peut acquérir le droit du sol. De manière progressive, les membres de la famille peuvent être rapatriés grâce aux lois de regroupement familial.

Laurence Charton (2017) nous rappelle ainsi que d'autres motivations associées au désir d'enfant reposent « sur un désir de sécurité sociale où les enfants sont

considérés essentiels pour assurer la survie de la famille à travers le soutien financier et domestique ».

2. Représentations des complications obstétricales et recours thérapeutiques.

2.1 « Le sens du mal »

Appréhender la question du désir de maternité après une morbidité obstétricale sévère nécessite d'analyser l'autre aspect du problème, qui est celle de la signification de la complication obstétricale du point de vue de la femme. La pathologie peut être vue selon un prisme complètement différent de celui des soignants et peut ne pas être considérée comme insurmontable à condition d'avoir mis les systèmes de protection adéquats.

On entre alors dans le champ complexe de la représentation de la maladie. Selon Marc Augé et Claudine Herzlich (1984, p. 9), « pour toute société, la maladie fait problème et exige l'interprétation : il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser ». Selon ces derniers auteurs, « la maladie constitue une forme élémentaire de l'évènement, en ce sens que ses manifestations biologiques s'inscrivent sur le corps d'un individu mais font l'objet, pour la plupart d'entre elles, d'une interprétation sociale, mettant en jeu et souvent en cause des relations sociales ».

Par exemple, comme l'écrit Herry et al. (2008, p.162), pour expliquer l'infertilité d'un couple, « une recherche effrénée de sens s'établira et de multiples étiologies seront évoquées, explorées afin de rendre fertile cette matrice vide. Une migration à la recherche d'émancipation des règles lignagères pourrait ainsi rendre compte de l'infertilité du couple : sa stérilité étant comprise bien souvent dans l'après-coup comme le prix à payer de cette transgression culturelle, sociale, lignagère et familiale ».

2.2 Les systèmes de protection

En fonction de la représentation de la maladie, il en découle un choix thérapeutique en adéquation avec la cause. Cependant, la situation peut être complexe et la maladie

peut être cause ou conséquence. Ceci pourrait être illustré par Marc Augé (1984), en prenant l'exemple des systèmes *vodu* au Bénin où, deux itinéraires thérapeutiques peuvent être possibles :

- l'un privilégie le symptôme, résultant d'un dysfonctionnement d'organe (relation naturelle perturbée), la maladie a une étiologie naturelle et les moyens thérapeutiques qui en découlent vont utiliser les plantes. C'est la nature des plantes choisies qui entraînent secondairement l'accomplissement de rites et de sacrifices à l'égard des Dieux qui en sont les maîtres ;
- l'autre privilégie la cause comme provenant des Dieux (cause identifiée par les procédures divinatoires) et l'utilisation des plantes sera alors pour les satisfaire afin de réparer les offenses qui leurs ont été faites (relation sociale perturbée).

Dans une publication récente issue de l'étude CLIP (Community Level Interventions to Prevent Pre-eclampsia), Akeju et al. (2016), rapporte les différentes représentations de la prééclampsie et de l'éclampsie au sein de la population de la province d'Ogun au Nigéria. La prééclampsie, plus généralement l'hypertension, est rattachée à un épisode de stress entraînant des pensées négatives et dépressives chez la femme et ceci pourrait résulter soit d'un conflit marital ou en lien avec des préoccupations financières. L'éclampsie, marquée par une crise convulsive généralisée, est une des formes ultimes et sévères de la prééclampsie. Elle est rattachée, selon les croyances populaires à une exposition prolongée au froid. Ainsi, les réponses thérapeutiques proposées visent à éliminer cette exposition au froid : les femmes doivent consommer des oignons, des épices, des citrons, de l'eau salée pour se réchauffer. Des baumes sont appliqués contre la poitrine.

Dans le travail de Madina Querre (2002), « quand les soins se sont avérés inefficaces, le référent interprétatif devient l'ultime référent soit Dieu. Si par exemple, il s'agit de la perte d'un enfant et que cela se passe pour la première fois, c'est la volonté de Dieu : c'est un destin et non un fatalisme. Si cela se répète, des rituels de protection sont pratiqués en référence à une cause déterminée ».

Odile Journet (1991, p.11) décrit le « *kanyaalen joola* », un rituel de préservation de la descendance mis en œuvre chez les Joola de Basse-Casamance lorsque la femme n'arrive pas à avoir des enfants qui survivent. « A la douleur de perdre ses enfants s'ajoute celle de la discrimination et des suspicions dont elle est l'objet de la part de la

société villageoise. Pour gagner un enfant qui survive, il faut travailler sur l'ensemble des causes possibles qui l'empêchent de vivre. L'étiologie de la stérilité ou de la mortalité infantile fait appel à plusieurs registres : on réfère soit à une responsabilité de la mère, soit – et c'est, au vu des informations recueillies, le cas le plus fréquent – aux mauvaises intentions des membres du lignage marital, soit encore à une attaque des génies de la brousse ou de l'eau ». La femme part alors s'exiler dans un autre village, elle est astreinte à des rôles codés d'esclave et de bouffonne : « on se tue pour avoir un enfant, on s'habille de loques, on mange du sable ».

3. Rapport aux systèmes de soins.

La grossesse est un phénomène physiologique. Dans certaines situations, elle peut se compliquer et devenir alors pathologique. Cette situation se rencontre lorsqu'il existe une pathologie chronique maternelle qui risque de se décompenser pendant la grossesse ou lorsque les grossesses antérieures se sont compliquées. Ainsi, il nous paraît important d'analyser le rapport de nos femmes originaires d'ASS aux systèmes de soins.

3.1 Rapports aux systèmes de soins dans le pays d'origine

Dans le rapport UNICEF de 2002, la proportion de femmes enceintes ayant eu une à quatre visites prénatales en ASS est de 68% contre 98% dans les pays à haut revenu. La première visite se fait tard, souvent au second ou au troisième trimestre. En effet, « on ne dit jamais qu'on est en grossesse, c'est remarqué par les traits du visage et les vomissements. Les gens vont le remarquer, mais on ne va pas le dire ». (Querre, 2002, p.123). Il faut protéger la grossesse contre le « mauvais œil ».

Chez les Peuls en milieu rural, « l'expulsion de l'enfant est un acte traditionnellement solitaire en raison probablement de la notion peule de - *seemtende* -, la honte qui est l'une des valeurs fondamentales de l'identité peule, le « *Pulaaku* » (Querre, 2002, p.115). Accoucher à la maternité ne se fait que pour les cas compliqués. En effet, l'accouchement à la maternité reste, en milieu rural, une éventualité rare. Une des raisons, outre le fait que ce soit un acte solitaire, pourrait être liée à la réputation des sages-femmes dans les centres de santé. Les sages-femmes en Afrique ont une

réputation exécrable et peuvent être comparées aux douaniers. On leur reproche d'insulter les parturientes, de les mépriser et de les racketter (Olivier de Sardan, 2001).

3.2 Rapports aux systèmes de soins dans le pays d'accueil

En situation de migration, la première consultation prénatale peut être tardive en partie due à la difficulté d'accès aux soins et à la barrière de la langue.

Une revue systématique de la littérature a été effectuée par Fair et al. (2020) sur les expériences des femmes migrantes lors de leur suivi de grossesse, leur accouchement et de leur relation aux soignants au sein des maternités en Europe. Quatre difficultés relatives par les femmes migrantes émergent de l'étude :

- la relative lisibilité du parcours de soins ;
- la mauvaise compréhension des uns envers les autres avec absence d'utilisation d'interprètes professionnels ;
- l'absence de respect des soignants (peu accueillants, toujours occupés, manquant de respect, ne tenant pas en compte leur demande). Elles ressentent une différentielle de prise en charge comme le souligne dans leur publication Sauvegrain et al. (2017) ;
- l'absence de prise en compte de leur demande en dehors des plaintes liées au déroulement de la grossesse, notamment sur des questions qui leurs paraissent cruciales comme les préoccupations concernant leur titre de séjour, leur logement précaire.

Pour tenter de comprendre les motivations de nos jeunes femmes, à l'appui de ces constats, nous émettons les hypothèses de recherche suivantes :

- Les théories biologiques et psychanalytiques suffisent-elles à expliquer le choix de nouvelle maternité chez ces femmes ayant eu une grossesse au péril de leur vie ou bien existe-il d'autres vecteurs d'influence des choix réalisés par ces femmes inhérents à leur statut de migrantes ?
- D'autres éléments, autre que le désir de grossesse peuvent-ils interférer telles que les représentations de l'évènement morbide avec ces différents recours thérapeutiques ou de protection ? (S'il s'agit d'un accident, l'assiduité et la régularité des consultations pourraient-elles protéger ? S'il s'agit d'un mauvais sort, alors la Religion, les rituels et la tradithérapie pourraient-ils aider ?).

III. METHODOLOGIE

1) Terrain de l'enquête

Les femmes ont été sollicitées au préalable et ont donné leur accord oral. Les entretiens ont été réalisés dans un lieu en dehors des institutions hospitalières dans un lieu de leur choix (pièce d'une association ou à leur domicile).

2) Echantillon

La population d'origine guinéenne est la communauté prédominante à Limoges. Un échantillon initial de 5 femmes d'origine guinéenne ayant donné leur accord oral a été prévu mais seules quatre d'entre elles ont été vues en entretien. La dernière patiente venait d'avoir une convocation de la Préfecture pour le renouvellement de sa carte de séjour temporaire, son entretien a été volontairement reporté pour ne pas la perturber davantage.

Les critères d'inclusion des femmes :

- Migrantes originaires d'Afrique sub saharienne
- Ayant mené une grossesse après morbidité maternelle sévère ou ayant une pathologie chronique qui, si la grossesse est menée, serait classée à haut risque
- Ayant remis un consentement écrit pour la participation de l'étude (enregistrements des entretiens)

3) Outils méthodologiques

Des entretiens individuels en semi directif à l'aide d'un questionnaire comprenant les axes principaux de l'analyse ont été réalisés (durée moyenne de 40 à 60 minutes).

IV. RESULTATS

(Tableau 1 ; p.59 : tableau récapitulatif de l'analyse des entretiens)

a) Cas 1(Mme DDi)

J'ai rencontré pour la première fois en consultation Mme DDi en 2018 suite à la survenue d'un hématome rétroplacentaire ayant entraîné le décès in utero de son enfant à 32 semaines d'aménorrhée (SA). Elle a bénéficié d'une césarienne en urgence pour sauvetage maternel. Après une fausse couche spontanée précoce, elle démarre une nouvelle grossesse en Novembre 2019 qui se complique, malgré le suivi mis en place, par la survenue d'un nouvel hématome rétroplacentaire à 34+6 SA. De nouveau, la mère a pu être sauvée mais pas le bébé. Au printemps 2021, elle appelle en urgence pour une nouvelle grossesse qui débute, on adopte le même protocole de prise en charge, on la garde en hospitalisation dès 30 SA, une césarienne en urgence à 32+5 SA permet la naissance d'une petite fille qui va bien à l'heure actuelle. Elle est en couple avec un jeune Guinéen rencontré sur le chemin de l'exil et tous deux vivaient jusque-là dans des foyers octroyés au gré des appels au 115 et peu de temps avant son hospitalisation, un appartement avait pu être trouvé pour le jeune couple.

Elle accepte l'entretien avec plaisir et me reçoit chez eux, dans un immeuble. Elle habite un appartement au premier étage et m'accueille dans la pièce principale très peu meublée en dehors d'un canapé et d'une télévision écran plat avec des rideaux très opaques. Nous venons d'entrer dans la période du Ramadan.

Elle a 25 ans, vit dans cet appartement avec son conjoint qu'elle a rencontré sur son chemin d'exil, exil entamé à l'âge de 16 ans à la suite du décès de ses deux parents, pour fuir me dit-elle un mariage forcé. Le désir de grossesse est motivé chez elle par une réponse « *parce que j'aime beaucoup les bébés* ». Au décès de ses parents, elle a dû élever ses frères dont l'un deux n'avait que deux ans à l'époque. Le désir d'enfant ne semble pas être influencé par d'autres facteurs extérieurs au couple. Elle me rapporte des explications très biologiques aux complications « le placenta se déplace... » sans aucune allusion à la potentielle gravité de la complication pour elle. Au bout de la deuxième complication, elle se disait « *pourquoi moi ?* » et fait part d'une fatalité lorsque la sage-femme en charge de la surveiller à domicile lui pose la question de la raison d'une surveillance aussi rapprochée, Mme DDi lui répond alors : « *parce que j'ai perdu deux bébés... c'est comme ça...* ». N'ayant pas eu de grossesse au pays, sans conseil de la part des siens, elle se remet complètement au système de soins avec une certaine exigence. Lorsqu'elle est hospitalisée pour sa dernière grossesse, sentant son bébé moins bouger, elle dit aux soignants du secteur de grossesses pathologiques : « *je ne veux*

pas qu'on me dise trop tard, c'est moi le patient, c'est vous le médecin, il faut prendre des décisions... ». Devant cette détermination, les médecins ont opté pour une césarienne le jour même faisant confiance aux ressentis de leur patiente. Pour ce qui concerne son système de protection pour que la grossesse se déroule au mieux : *« même les autres, j'ai prié, j'ai tout fait bien. Ils ont prié tous les jours, beaucoup de suivi aussi, encore encore échographie tout le temps. D'avoir les médecins, rassurée, ça me rassurait ».* Pour la nomination de sa fille, le couple a discuté en amont de la naissance. Mme DDi avait décidé de la sorte : *« si j'ai accouché très bien et tout va bien alors Mariame,..., le nom de la maman de Jésus »...*

b) Cas 2(Mme DV)

Je fais la connaissance de Mme DV, au printemps 2022 alors qu'elle venait juste de débiter une nouvelle grossesse après avoir été prise en charge en réanimation, en Juin 2021, pour un choc septique suite à une chorioamniotite c'est-à-dire une infection placentaire. Son bébé est décédé in utero à 17 SA. Elle a un lourd passé obstétrical avec des pertes fœtales tardives survenues : à 6 mois lors de sa première grossesse en 2007 au Cameroun, à 7 mois lors de sa deuxième grossesse en Guinée équatoriale. Elle a eu une grossesse en 2013, elle a accouchée de manière prématurée mais fort heureusement son fils a survécu. Il vit au Cameroun avec la mère de Mme DV, qui compte le faire venir grâce au regroupement familial. Elle attendait notre consultation avec impatience pour mettre en place le suivi nécessaire. C'est aussi avec plaisir qu'elle a accepté notre entretien et m'a reçu chez elle dans un appartement dans un immeuble en dehors du centre-ville. Elle est aide-soignante et loue cet appartement qu'elle partage avec son conjoint d'origine européenne.

Le couple a été très marqué par la perte de leur premier bébé. La motivation de la grossesse pour Mme DV, âgée de 36 ans repose sur le fait que, même si elle a déjà un fils vivant, elle se trouve dans l'obligation pour rester conforme à sa culture, d'avoir un enfant. *« Dans notre culture, si tu es en retard, la famille se pose des questions : la famille dit qu'elle est stérile, qu'elle a des soucis... j'en ai déjà perdu deux, je fais peut-être partie de celles qui ne produisent pas..., quand la femme est stérile, c'est comme une terre infertile, terre qui ne produit plus, ça entraîne des*

tiraillements avec la belle famille, pas d'utilité pour que tu restes avec le fils... » se référant à ce qu'elle avait vécu en Afrique. Par ailleurs rajoute-elle, « étant l'aînée, je suis la seule fille, pour ma fierté, pour ma mère, j'en ai besoin... ». De ce qu'elle a vécu en réanimation, même si elle a reçu concrètement des explications, elle n'a qu'un souvenir très imprécis ce qui génère chez elle beaucoup d'angoisse et de peur. « Madame, maintenant quand je fais pipi, je mets la lingette, je me nettoie avant de faire pipi, je ne sais pas où j'ai chopé la bactérie, comment c'est arrivé ? Ca entre par le sang ? Ou ça rentre par l'alimentation ? ». Lorsqu'elle a tenu sa mère au courant pour la complication, celle-ci lui a fait des reproches par rapport au fait que la tradition n'avait pas été suivie après son précédent accouchement : « ma mère était en colère car elle a dit qu'avec vos histoires de médecine, ça a failli te tuer, quand tu accouches il faut qu'on te masse, qu'on te tape... Quand tu sors de la maternité, on te met une bassine avec de l'eau chaude, on te tape, on te tape... on te fais asseoir sur un seau en plastique avec de l'eau chaude et la vapeur, ça remonte... Tout le sang s'en va... ».

Pour la grossesse en cours, elle ne cache pas sa peur : « depuis que je suis enceinte, je me pose beaucoup de questions, je fais attention, je suis sur mes gardes, je sais que ce n'est que la médecine qui peut résoudre mon cas ». Elle a mis en place à la fois le suivi médical mais aussi la médecine traditionnelle et la prière. Elle voudrait rester conforme à la tradition et n'a révélé la grossesse qu'aux médecins. Elle venait juste de l'annoncer à sa mère : « la grossesse chez nous, ça ne se dit pas jusqu'à 5-6 mois car les premiers mois sont compliqués, chez nous, il y a les mauvais esprits, le mauvais œil, on ne le dit pas... ». Pour la grossesse actuelle, elle « applique la loi africaine » car pour « l'ancienne grossesse, mon compagnon l'avait annoncé à tous ses copains, tout le monde était au courant donc là je lui ai dit, pour cette grossesse, on attend pour le dire, moi je respecte mes coutumes... ».

c) Cas 3(Mme DB)

J'ai fait la connaissance de Mme DB en 2007 alors qu'elle était en cours de grossesse. Elle m'a été adressée dans les suites d'une perte fœtale survenue à 23 SA en 2005 dans un contexte de pré-éclampsie ayant permis de diagnostiquer une thrombophilie et une importante malformation vasculaire au dépens de son membre

inférieur gauche. En appliquant un suivi régulier et un traitement prophylactique lourd, elle a pu mettre au monde son premier fils et par la suite, elle a pu mener cinq autres grossesses selon le même protocole sans complication.

Elle a accepté l'entretien sans hésiter et m'a reçu dans son appartement dans un quartier défavorisé de la ville. Le jour de notre rencontre, je m'aperçois qu'au niveau de l'interphone, il y a plusieurs homonymes et sonne par hasard et il se trouve que parmi les 5 possibilités, c'était la bonne... Elle m'accueille avec son grand sourire et sa douceur habituelle, elle est habillée avec un joli boubou et me prévient que les enfants sont à la maison à cause du ramadan. Ils vont passer dans la pièce pendant l'entretien à tour de rôle, curieux pour dire bonjour... Son mari est au travail. Elle me reçoit dans la pièce principale avec un ameublement sobre : il y a un canapé, une télévision à écran plat et la pièce est sombre car les rideaux sont aussi très épais et laissent à peine passer la lumière. Elle entrouvre un peu le rideau pour notre entretien. Des cadres avec des photographies ornent les murs, un collier en bois restant suspendu le long de chaque cadre. Mme DB a maintenant 41 ans, n'a jamais voulu prendre de contraception. Les grossesses semblent très importantes car d'une part, *« quand tu es mariée, si tu n'as pas d'enfant au bout de 1-2-3 ans, la famille de l'homme, il va forcer, il faut chercher une autre femme »*. Par ailleurs, *« quand la femme n'arrive pas à faire d'enfant, si pas d'enfant, tu vas pleurer beaucoup, beaucoup de souci, t'es toute seule, c'est difficile..., la famille, c'est important. Quand tu es vieux, tu es fatigué, les enfants vont t'aider, quand tu es malade, ils vont te protéger, ils vont t'aider beaucoup »*. Mme DB, travaille en tant que femme de ménage et elle peut maintenant envoyer de l'argent pour sa mère restée au pays pour qu'elle puisse se nourrir et se soigner. *« Si je travaille, je gagne un peu l'argent, mon père est mort depuis petite, mère pas facile pour trouver à manger, pas moyen pour aller à l'hôpital. Pour ma mère, si malade, là elle va aller à l'hôpital, toujours elle a à manger. »*. Elle me donne cet exemple pour me dire *« c'est pour ça que si fatiguée, ce sont les enfants qui vont aider »*. Mme DB a assimilé qu'elle est malade et que la grossesse est *« oui, oui, c'est un danger pour moi... »*. Pour son système de protection : *« Rendez-vous toujours, en parallèle, maman des conseils, elle a donné des conseils. Je lui ai dit : je suis fatiguée pour avoir des enfants, parce que je suis malade, c'est grâce au docteur mais c'est difficile pour moi car tout le temps piquêre, tout le temps Rendez-vous. Ma mère, elle m'a dit : « si tu as trouvé quelqu'un pour t'aider, il faut avoir des enfants...Les*

enfants vont aider les parents beaucoup... Ton mari va être content de toi, ta belle-mère aussi va être contente de toi et elle ne va pas forcer ton mari à chercher une autre femme... ». « *Chaque fois, je prends le courage, c'est difficile : les rendez-vous, les piqûres oh lala... ».* La difficulté supplémentaire inhérente à la migration est surtout caractérisée par la solitude : « *la communauté elle connaît mais personne n'aide, tout le monde est occupé ,..., ici, difficile seule, franchement difficile... ».* Elle prie beaucoup aussi pour que la grossesse se déroule bien. La nomination des enfants de Mme DB se fait de manière traditionnelle. Le mari choisit en concertation avec son épouse les noms qui font souvent références aux personnes décédées de la famille.

d) Cas 4(Mme DDa)

Je connais Mme DDa depuis 2010, date à laquelle je la vois en consultation pour la survenue de 3 grossesses en 2006, 2007 et 2008 compliquées à chaque fois d'une pré-éclampsie s'annonçant de plus en plus précocément et de plus en plus sévère avec une perte fœtale tardive à 27 SA. Le bilan étiologique décèle une drépanocytose hétérozygote. Elle n'a jamais voulu prendre de contraception et de 2010 à 2021, va mener 4 grossesses dont le déroulement a été très houleux à chaque fois avec une perte fœtale à 30+5 SA en 2018. Pour la grossesse suivant cet évènement, elle est venue en consultation précoce avec son conjoint (qu'elle appelle toujours « le père de mes enfants »). Elle a été hospitalisée pour surveillance dès 30 SA et a pu accoucher à 34 SA de sa première petite fille, née vivante le 18 mars 2021.

En lui parlant de mon projet de formation, elle a voulu participer au travail en acceptant l'entretien. Elle me reçoit chez elle. Le père de ses enfants n'y vit pas. Elle y vit toute seule avec ses enfants dont le plus grand a 16 ans et va au lycée. Je suis reçue dans la pièce principale avec un grand canapé, la télévision écran plat et les rideaux opaques qu'elle n'entrouvre pas, si bien que nous discutons dans une quasi pénombre à 11 heures du matin. Elle installe un radiateur électrique car elle a peur que je ne prenne froid...

Les grossesses sont pour Mme DDa l'expression de la volonté de Dieu. « *C'est important comme toutes les femmes, pour ne pas être stérile, si Dieu te donne la chance. Il y a des gens qui abandonnent leurs enfants, ils ont des enfants et ils les*

abandonnent, sinon il y a des gens qui avortent. Nous, dans la Religion, on ne peut pas faire de choses comme ça. » la survenue d'une grossesse ou d'une complication suivent sa volonté : *« quand on est né, Dieu a préparé les choses. Avant de naître, Dieu il prépare déjà quelle année tu vas mourir, c'est écrit »*. Pour les complications, *« le problème que j'ai, je ne l'ai pas par hasard, le problème de tension, je l'ai dans la famille... mais merci à Dieu, même si c'est difficile pour moi...mes enfants en bonne santé et moi aussi... Vous m'avez aidé à passer tout ça... »*. Ses relations au système de soins restent ambivalentes cependant, car lors de sa grossesse de 2018 compliquée d'une perte fœtale alors qu'elle se trouvait à l'hôpital, la laisse perplexe et encore en souffrance : *« ils m'ont gardée, je n'arrive pas à dormir, je leur ai demandé si je pouvais prendre un médicament pour m'endormir (soupir), je ne sais pas, je me suis toujours dit dans ma tête si je n'avais pas pris ce médicament, peut-être que ça ne se serait pas passé...parce que tout allait bien avant de m'endormir »*. Pour la dernière grossesse, en dehors de ses traitements prophylactiques antérieurs, elle n'avait pas osé prendre les antibiotiques et s'était fâchée quand on lui proposait un hypnotique. Pour que la grossesse se déroule bien : *« la prière, je me suis dit que Dieu est grand, même si les médecins font leur travail, si Dieu a décidé autrement, donc il faut toujours demander ça à Dieu...On fait les prières pour demander à Dieu que tout se passe bien, avec le bébé, le bébé en bonne santé et la maman »*. La difficulté rapportée liée au fait d'être migrante, c'est encore une fois la solitude. *« Je suis seule, ma mère est à Toulouse, j'aimerais partir d'ici... »*.

III ANALYSE ET DISCUSSION

1) Données de l'étude

1.1 Le désir d'enfant

La ou les grossesse(s) menée(s) après celle qui a failli leur coûter la vie est (sont) désirée(s) et bien que la question de la contraception n'ait jamais été discutée pendant les entretiens, l'option d'une stérilisation définitive avait été refusée lors des rendez-vous médicaux auxquels j'ai pris part. La proposition d'un moyen de contraception juste après l'évènement est acceptée initialement mais vite interrompue.

Prouver qu'elles sont des femmes « fertiles » semble être la principale motivation. Dans son chapitre « la dette de vie, enjeu de la filiation féminine », Monique Bydlowski (1997, p.4) introduit la question du désir d'enfant en se basant sur le fait que cela découle de « la peur de la stérilité, cette peur de tous les temps et de toutes les femmes avant qu'une première grossesse n'apporte avec elle la preuve de la fertilité ».

Mais plus encore, elles semblent échapper ainsi à la stigmatisation familiale et sociale. L'intérêt de la femme est de ne pas être exclue de la société. Elle accède à son statut de femme à part entière en devenant mère. Bien que ce soit un choix personnel, il existe pour la plupart des jeunes femmes interviewées, une influence extérieure. Cette influence est exercée par la famille notamment par leur mère. De manière implicite, dans chacun des entretiens, on perçoit l'influence de la communauté et la nécessité de maintenir la tradition pour qu'elles soient un être social méritant sa place selon les règles sociétales du pays d'origine. Ceci est illustré par les propos de Mme DV : « *si tu es en retard, la famille se pose des questions : la famille dit qu'elle est stérile, qu'elle a des soucis...quand la femme est stérile... il y a beaucoup de tiraillement avec la belle famille. En étant l'aînée, je suis la seule fille, pour ma fierté, pour ma mère, j'en ai besoin...* ». En ayant plusieurs enfants, elles ont répondu aux exigences de la famille ainsi que de la belle-famille. Ces exigences sont sous tendues par la recherche d'une sécurité, sociale et économique, lorsque les parents n'auront plus la force de subvenir à leurs propres besoins. Mme DB le rapporte clairement : « *je suis fatiguée pour avoir des enfants, parce que je suis malade..., ma mère, elle m'a dit que si tu as trouvé quelqu'un pour t'aider, il faut avoir des enfants...les enfants vont aider les parents beaucoup, ton mari va être content de toi, ta belle-mère aussi va être contente de toi et elle ne va pas forcer ton mari à chercher une autre femme* ». Même si éloignées géographiquement et vivant parfois depuis plusieurs années dans le pays d'accueil, l'organisation sociétale de type communautaire perdure. Le lien avec le pays d'origine, s'il est maintenu, est facilité à l'heure actuelle par les différents moyens de communication et l'éloignement ne demeure plus que physique.

Par ailleurs, pour toutes nos jeunes femmes, quand leur mère est encore vivante, on a un sentiment d'attachement très fort à leur mère, se référant à elle pour les conseils et les décisions. Mme DV le rapporte bien : « *Pour cette grossesse, ma mère m'a envoyé des feuilles pour nettoyer, enlever la peste, la saleté. Chez nous, quand la femme accouche on n'a pas la médecine, on fait des massages du ventre à l'eau chaude, on purge, on lave les reins...j'ai reçu ça. Et la cendre, on tamise la cendre, ça*

c'est un secret africain que je vous donne, la cendre et de l'eau, on fait tiédir 2 à 3 purges, tu enlèves des saletés. Ma mère était en colère car elle avait dit -qu'avec vos histoires de médecine, ça a failli te tuer. Quand tu accouches il faut qu'on te masse, on te tape. Quand tu sors de la maternité, on te met une bassine avec de l'eau chaude, on te tape, on te tape... On te fait asseoir sur un seau en plastique avec l'eau chaude et la vapeur ça remonte. Tout le sang s'en va...ma mère était dans un état, car je n'avais pas fait ce qu'il fallait pour fluidifier le sang. Elle était inquiète surtout que l'acte s'est passé, il fallait faire l'étape suivante et faire la tradition mais là je parlais au bloc... je n'avais pas le monopole du pouvoir... donc j'ai reçu ça et j'ai fait ça pour que mon ventre soit nettoyé...pour préparer la suite et je pense qu'avec le médicament, le fertifol et le traitement africain traditionnel, ça a aidé. Ca m'a aidé pour cette grossesse ».

A la lumière de ces témoignages, on pourrait alors penser que le lien si fort avec leur mère justifierait aussi la projection du lien à leurs propres enfants. C'est une transmission partagée qui inspire le projet d'enfants.

Ce que nous dit Monique Bydlowski (1997, p169), en parlant de l'influence de la mère fait écho : « *Comme l'ombre, la reconnaissance de la dette est nécessaire. La vie n'est peut-être pas un cadeau gratuit mais porte en soi l'exigence de transmettre ce qui a été donné* ». Dans le récit de nos femmes, ce serait plutôt la notion de la transmission de ce qui a été donné qui semble primer plus que la notion de dette de vie.

Mais plus encore, ce qui fait résonance pour nos femmes, ce sont d'une part, les propos de Doris Bonnet et al. (2014, p.42), « En Afrique subsaharienne, le mariage qui est une étape déterminante pour la construction identitaire féminine et masculine, est directement associé à une injonction sociale à la procréation ». D'autre part, ce que nous dit Françoise Héritier (1985, p.10) reste complètement applicable à nos situations : « Il semble qu'il s'agisse davantage d'un désir de descendance et d'un désir d'accomplissement plutôt que d'un désir d'enfant, et de la nécessité d'accomplir un devoir envers soi-même et la collectivité plutôt que de la revendication d'un droit à posséder ».

1.2 Les représentations de la complication obstétricale

La complication obstétricale est vécue comme un dysfonctionnement biologique de leur corps mais avec cependant une implication divine qui détermine la survie ou pas du bébé. Il n'a pas été question, sauf dans un cas où la jeune femme a raconté

comment elle est revenue du « monde des morts », d'allusion directe à l'issue mortelle possible pour elle. *« Je me réveille en réa : je laisse tout ce monde, j'ai vu le film des ancêtres, les enfants qui couraient, on dirait des pleurs de chat, je voyais des mains et du voile blanc, des gens qui faisaient la main comme ça. (Elle met ses bras autour d'elle) C'était...Le jour où je suis sortie du coma si quelqu'un de ma famille me demandait, je pouvais lui raconter dans les détails... Là, le souvenir est parti, en sortant je pouvais dire d'où je viens, c'est un autre monde, le monde de la mort...je vous promets c'est un autre monde... ».*

Une autre jeune femme reconnaît néanmoins que la grossesse représente une menace pour elle, répondant à la question : « Avez-vous eu conscience que c'était dangereux aussi pour vous ? », elle nous dit : *« Oui oui c'est un danger pour moi... ».* Pour les autres, tout est centré sur le devenir du bébé. Ceci illustre les propos de Thierry Baubet et de Marie-Rose Moro (2013, p.161) : la naissance du bébé est la préoccupation maternelle primaire. Elles reconnaissent toutes que la grossesse dans leur cas représente un danger car elles peuvent perdre leur bébé mais que cela puisse aussi leur faire perdre la vie n'est pas aussi clairement exprimé. Lors de l'entretien, la question d'une issue fatale possible lors de la grossesse n'avait pas été directement posée pour ne pas induire cette notion car il était important qu'elles l'énoncent spontanément. Une des hypothèses possibles pour le désir d'enfant malgré la complication obstétricale sévère pouvait résider dans le fait qu'elle n'avait pas conscience d'une issue fatale possible, n'ayant pas reçu ou compris les informations données par les soignants quant au risque d'une grossesse ultérieure.

Pour toutes les femmes interrogées, les explications données par les équipes soignantes, n'ont pas été comprises à leur niveau. L'explication de Mme DV, qui a présenté le choc septique, à la question : « est-ce qu'on vous a expliqué ce qui s'était passé ? » reste confuse pour elle : pour son choc septique nous confie : *« Ouh ...j'ai eu une bactérie, c'est pas le staphylocoque, E Coli on vous a dit il faut pouvoir décortiquer ça je n'ai pas eu les détails de comment j'ai eu la bactérie, ils ont dit que la bactérie était au contact du fœtus c'est ça qui m'a infectée et qui a causé la fausse couche. J'ai dit OK... mais...pourquoi je me retrouve en réa, la bactérie est arrivée, j'ai accouché et je me retrouve en réa mais pourquoi ? Ils m'ont dit qu'ils n'ont pas pu avoir mon accord ou quoi, ils ont agi en urgence, mon cœur n'a pas tenu, mon cœur lâchait, la tension était très basse, je n'ai pas eu le détail comment la bactérie là on l'attrape, par le sang, par... je ne sais pas... ».* Pour le cas de Mme DB, elle nous répond : *« J'ai*

compris j'ai une maladie. J'ai une copine, elle m'a expliqué, mon premier enfant, il y avait un gros caillot et c'est lui qui a attrapé le bébé dans mon ventre ». Comme les explications ne sont pas clairement données par les soignants, cela laisse beaucoup de place aux malentendus. Mme DDa qui a eu plusieurs épisodes de prééclampsie sévère et de plus en plus précoces nous explique : « Je pense que le problème c'est depuis le début, mon fils le premier, j'étais trop jeune, je n'ai pas fait attention. La sage-femme, médecin ils font le monitoring, un jour la tension a monté, je suis allée à l'hôpital, au CHU, je suis allée là-bas, garder quelques jours là-bas, on m'a donné des médicaments pour la tension mais ça n'a pas marché, ils ont dit qu'il faut que tu accouches, le déclenchement de l'accouchement, j'ai eu mon premier fils, normal. Puis je suis tombée enceinte encore, on n'a pas fait le traitement, moi je croyais que c'était bon, c'était fini, le deuxième, j'ai changé d'hôpital ».

De ce fait, l'éventualité d'une issue fatale si elles renouvelaient l'expérience, n'était pas entendue ou juste non considérée puisque tout revient à la volonté divine. Un mauvais sort ou le fait d'une sorcellerie n'ont pas été relatés, la complication est considérée comme une malchance ou se résume à la volonté de Dieu. Mme DV après ses pertes fœtales tardives nous dit : " *je l'ai vécu en deux parties, comme une malchance et qu'il y a un souci...* ». Pour Mme DDa : « *Chacun est né avec son...comment dire... les choses qui doivent se passer dans la vie quoi... Quand on est né, Dieu a préparé les choses. Avant de naître, Dieu il prépare déjà quelle année tu vas mourir, c'est écrit. C'est Dieu qui l'a écrit comme ça. Si décédé, c'est Dieu qui l'a voulu, il a décidé comme ça...* ». Pour la jeune femme ayant eu des grossesses compliquées par un hématome rétroplacentaire, elle semble placer les accidents obstétricaux comme une fatalité : « *les médecins n'arrivaient pas à donner les réponses. La sage-femme à la maison, pour le monitoring, demande pourquoi deux monitoring ?* ». Mme DDi lui rétorque : « *parce que j'ai perdu deux bébés* ». La sage-femme reprend : « *Au pays ou bien en France ? ...Notre jeune femme lui répond que tout s'était passé en France et ajoute : « c'est comme ça... ».*

1.3 Le système de protection et le rapport au système de soins du pays d'accueil

Conscientes d'un dysfonctionnement biologique, elles remettent toute leur confiance pour le traitement et la surveillance dans le système de soins du pays d'accueil. Elles

reconnaissent ses performances par rapport à ce dont elles disposeraient dans leurs pays d'origine. *« Depuis que je suis tombée enceinte, je me pose beaucoup de questions, je fais attention, je suis sur mes gardes, je sais que ce n'est que la médecine qui peut résoudre mon cas... »*.

Cependant, souvent, elles expriment une ambivalence par rapport au système de soins. Pour certains actes comme la prescription de certains médicaments, une indication à une hospitalisation, une décision d'une césarienne en urgence, elles peuvent agir de manière paradoxale car les explications manquent ou du moins les soignants semblent les avoir données mais de manière non intelligible pour les patientes. Mme DDa ne comprend pas les changements de décision des médecins pour son mode d'accouchement. Elle est hospitalisée pour surveillance étant donnée une prééclampsie qui évolue vers une forme sévère. Sans doute parce qu'il y a une décision urgente à prendre, le temps n'est pas pris pour expliquer la nécessité d'une césarienne et que le temps est compté pour le sauvetage materno-fœtal : *« ils m'ont dit qu'on va déclencher. Ils m'ont donné les médicaments pour la tension. Moi, je croyais que c'était un accouchement normal... mais à ma grande surprise, les médecins sont venus beaucoup le matin »*. Les médecins ont annoncé qu'ils allaient faire une césarienne. Ne comprenant pas, elle s'est exclamée : *« Quoi ? Mais, depuis hier, je n'ai pas mangé car vous vouliez faire un accouchement voie basse ??... Je me suis laissée faire une deuxième césarienne, le bébé allait bien, et lui, au moins, je l'ai gardé dans la chambre... »*. Pour la grossesse suivante, le scénario a été le même : *« ils m'ont gardée 05, 06 ou 08 en salle de naissance...Ils ont tout fait, les médicaments, les prises de sang. Le 9 janvier, ils ont dit -Aujourd'hui, les résultats ça ne va pas du tout, on vous fait l'accouchement aujourd'hui ... Jusque-là, je crois pas l'hôpital, Ils m'ont dit que ce n'est pas possible de faire un accouchement voie basse comme ça là... J'ai dit d'accord, le matin ils sont venus me chercher, ils ont fait la césarienne donc ça aussi ça a fini comme ça. Après mon fils il est né, il a passé 2 semaines comme ça en néonatal »*.

La relation vis-à-vis du système de soins est complexe : elles semblent faire confiance pour la prise en charge tout en restant un peu critique. Je pense qu'à ce niveau, il existe deux types de malentendus. Les soignants, clairement ne prennent pas assez le temps pour expliquer la gravité de la situation et les décisions qui nécessitent d'être prises en urgence. L'urgence de la situation de Mme DV l'illustre : *« Pourquoi je me retrouve en réa, la bactérie est arrivée, j'ai accouché et je me retrouve en réa mais*

pourquoi ? Ils m'ont dit qu'ils n'ont pas pu avoir mon accord ou quoi, ils ont agi en urgence, mon cœur n'a pas tenu, mon cœur lâchait, la tension était très basse... ».

Dans son cas, les réanimateurs ont pu lui donner des explications à posteriori et ce serait peut-être ce qui serait à faire dans tous les cas.

Sauvegrain P. (2013) avait réalisé une étude sur les parturientes « africaines » en France et la césarienne. Le nombre de césarienne était plus élevé chez les femmes originaires d'ASS. Elle avait expliqué ce constat à l'époque par un moins bon suivi prénatal en dépit de pathologies plus nombreuses. Une étude prospective récente de Linard et al. (2019) a montré qu'il y a clairement un taux de césarienne élevé chez les parturientes originaires d'ASS en comparaison aux françaises. Les indications de césarienne relevaient de la catégorie 5 de Robson (antécédent de césarienne antérieure). Certes, les femmes originaires d'ASS sont plus en surpoids, obèses, avec des pathologies chroniques mais les facteurs médicaux n'expliquent pas entièrement cette différence selon l'étude. La notion de biais implicite racial/ethnique de la part des soignants a été suggérée. Ce biais est lié pour l'essentiel à un défaut de communication du fait de la barrière de langue.

Le vécu de la grossesse n'est évidemment pas serein et c'est le sentiment de peur qui prédomine. Cependant, les entretiens n'ont pas permis de déterminer si cette peur naît du risque de la perte fœtale ou celle de perdre leur vie, ou encore les deux.

Aussi, toutes les mesures de protection sont bonnes puisqu'il pourrait s'agir d'une malchance et que tout ce qui se passe dépend de la volonté divine.

Pour le bon déroulement de la grossesse et la santé du bébé à naître, elles mettent en place la tradithérapie aussi bien qu'elles le peuvent n'ayant pas toujours à disposition les ingrédients pour leur « purge ». Pour l'une d'elles, après que sa mère lui ait reproché d'avoir manqué à la tradition, elle a essayé de suivre scrupuleusement la préparation traditionnelle pour protéger sa nouvelle grossesse. Elle prie beaucoup aussi : *« Je fais des prières tous les matins, sur you tube, tu as des cantiques. Je ne suis pas croyante, croyante mais j'ai la foi quand même. J'ai fait le traitement de ma maman. »* Pour les autres femmes, la question a été plus ou moins éludée *« je n'ai pas compris », « si vous voulez... »*. Mon statut de soignant a, sans doute, induit un biais pour cette question ainsi que pour celle de la qualité de prise en charge par le système de soins. Je pensais que le décentrage allait être facilité par le fait que l'on changeait de cadre en les voyant à leur domicile mais il n'en restait pas moins qu'à leurs yeux, je demeurais leur médecin. Même si pour certaines d'entre elles, on se

connaissaient depuis longtemps, cela avait eu un effet double : nos échanges sur un sujet aussi intime que leur grossesse étaient spontanées alors que pour leur position sur le système de soins et la médecine traditionnelle, je sentais une hésitation et une gêne.

Pour toutes les femmes sans exception, la prière reste un pilier majeur de leur système de protection reconnaissant bien que, comme nous dit Mme DDa : « *On fait les prières pour demander à Dieu que tout se passe bien, avec le bébé, le bébé en bonne santé et la maman. Même si les médecins font leur travail, si Dieu a décidé autrement, donc il faut toujours demander ça à Dieu...* ».

Un point clé cependant qui défie un peu les tendances retrouvées dans les études : toutes les femmes interrogées venaient consulter très tôt pour commencer le suivi de leur grossesse. Elles dévient un peu de la tradition qui veut « qu'on n'annonce pas une grossesse mais qu'elle se voit... ». Cependant, comme l'une d'elles le dit, en dehors des soignants, de sa mère, de son conjoint et de sa belle- mère, elle applique « *la loi africaine, pour éviter le mauvais œil...* ».

1.4 La difficulté liée au statut migratoire

Comme le soulignent tous les intervenants en consultation transculturelle pour les migrantes vivant une maternité en exil, c'est de la solitude dont elles souffrent le plus (Moro 2009, Mestre 2016). Quand elles sont vivantes, leurs mères restent des piliers mais elles sont loin. « Mettre au monde loin de sa mère » est une difficulté pour ces femmes, il leur manque leur contenant, leur enveloppe culturelle. Ceci reste vrai même si elles ont vécu depuis plusieurs années dans le pays d'accueil. Le mari ou les membres de la communauté dans le pays d'accueil restent disponibles. Toutefois, leur disponibilité n'est pas la même car ils peuvent vivre éloignés les uns des autres, dans d'autres quartiers, sans moyen de circulation en dehors des transports communs et tous sont occupés à se battre pour leur propre condition de vie.

Lorsqu'elles accouchent, elles ne bénéficient pas aussi facilement des commères à qui elles pourraient confier les enfants. Cette difficulté est évidente pour celles qui viennent d'arriver en France, n'ayant tissé aucun réseau. Par ailleurs, pour ces dernières, se rajoute le manque d'expérience pour le premier né en situation d'exil.

La solitude reste pesante aussi pour celles qui vivent depuis un certain temps dans le pays d'accueil avec une difficulté dans la vie de tous les jours. Elles sont seules pour

élever les enfants, pour les éduquer : deux de nos femmes le soulignent très bien : « *elles sont fatiguées, c'est beaucoup de travail* ». Elles peuvent cependant avoir un refuge temporaire auprès des amies, des voisines proches et « des grandes personnes » que je n'ai pas réussi à clairement identifier.

2. Limites et perspectives

Aux limites citées ci-dessus, liées à mon manque d'assurance pour mener un entretien et à mon inexpérience dans le domaine de l'enquête anthropologique, il existe un important biais dans ces résultats inhérent au fait que je suis leur médecin en charge du suivi de leur grossesse passée ou future. Les réponses aux questions concernant la médecine traditionnelle ou le rapport avec les institutions de santé sont biaisées. Les réponses ont été évasives et je crois comprendre en partie pourquoi car toutes sont d'origine peule. En effet, elles ou les parents viennent de la région de Gaoual en Guinée et cette région est peuplée majoritairement par les Peuls. Dans leur attitude, vis-à-vis de l'adversité, elles se plaignent peu et affrontent les difficultés en combinant plusieurs systèmes de protection. En outre, la taille de l'échantillon reste faible et il faudrait en interroger d'autres pour compléter les informations. Par ailleurs, une comparaison avec les quelques cas de femmes d'origine française menant une démarche similaire pourrait être intéressante afin de distinguer les particularités liées aux femmes migrantes originaires d'ASS.

Il me semble que, même implantées depuis un certain temps dans le pays d'accueil, avec une adaptation certes de leur comportement, elles gardent en essence le fonctionnement de la société communautaire de leur pays d'origine et ceci d'autant plus que la mère reste présente malgré l'éloignement géographique. En effet, la mondialisation avec ses moyens de communications a permis un rapprochement des familles, du moins de manière virtuelle. Ce qui mériterait d'être exploré, ce serait le cas de Mme DDI (cas1) qui ne rapportait pas l'influence familiale ni sociale pour son désir d'enfant. Elle était orpheline, n'avait plus de contact avec les « anciens » de son pays qu'elle a fui, refusant un mariage forcé. Elle semble adopter avec son conjoint un modèle de société métissée entre la tradition et la société nucléaire avec une nomination de son enfant qui n'honore pas un défunt. Le prénom, choisi par le couple, émane de leur histoire personnelle et vise selon elle à « protéger l'enfant » car ils lui ont donné le nom de Mariame correspondant à Marie, la mère de Jésus m'avait-elle

précisé. Ce processus a été décrit par Laurence Charton et al. (2017, p.168) dans son article « le désir d'enfant à travers les pratiques de nomination ». L'enquête est issue de la population Québécoise mais pourrait être applicable à large échelle. La nomination de la petite fille de Mme DDi suivrait le modèle « un enfant nommé dans une vision individualiste de la famille : la nomination se passe en dehors des références du couple à la famille, l'enfant est considéré dans sa singularité, semble être désiré pour ce qu'il représente et symbolise pour les parents ». D'ailleurs, pour la restructuration du noyau familial de Mme DDi et son conjoint ce qu'énonce Maurice Godelier (2010, p.199) semble s'y prêter : « Dans toute société, un individu devient un sujet responsable de ses actes lorsqu'il s'est séparé de façon significative de l'univers de sa première socialisation, qui est celui de la famille et des rapports de parenté... ». Les sentiments de peur et d'inquiétude qu'elles expriment pendant la grossesse qu'elles décident de mener sont à prendre en compte. Il y a certes, de la part de nos femmes une maîtrise imparfaite de la langue mais il n'empêche que les soignants doivent vraiment faire un effort pour donner des explications, ne pas hésiter à reformuler et à faire intégrer ici la notion d'altérité et de dimension transculturelle. Cette étude a été très riche et révélatrice pour moi, à l'issue de chaque entretien, j'étais épuisée, très touchée par leur récit et admirative devant leur courage et je pourrais les considérer comme des « héroïnes silencieuses ». Cette fragilité psychologique exacerbée par la transparence psychique de la grossesse mérite d'être détectée et prise en compte. Une consultation en complémentarité avec une psychologue pourrait être organisée permettant de cerner toutes les dimensions pour les entourer au mieux dans leur projet. On crée ainsi un contenant fiable et ceci ne pourrait que favoriser une meilleure interaction avec le système de soins. Ceci permettrait un meilleur suivi, une position de la femme actrice aussi dans sa prise en charge. Le but ultime étant d'essayer de réduire la mortalité maternelle au sein de la population migrante venant d'ASS.

IV CONCLUSIONS

La réduction de la mortalité maternelle en France est une problématique importante car elle permet de réduire in fine les inégalités des femmes face à la santé. La mortalité maternelle au sein de la population migrante originaire d'Afrique sub saharienne reste encore trop élevée par rapport à la population native ce qui dénote une prise en charge insuffisante de ces femmes. Parmi les femmes qui sont décédées, certaines avait

entamé une grossesse après une complication obstétricale sévère ayant mis en jeu leur pronostic vital.

Notre travail a consisté à connaître les motivations pour le désir d'enfant malgré le danger potentiel d'une autre grossesse. Son originalité repose sur l'intégration de la dimension transculturelle. La connaissance de l'Autre apparaît essentielle pour comprendre les motivations de ces femmes. Les raisons sont multiples, souvent ancrées dans la Tradition. Au final, c'est le texte écrit en 1979 par Henri Collomb, ethno-psychiatre, qui laisse l'empreinte dominante : « La vie est valeur première ; tout individu la reçoit et la donne. Le devoir pour qui la reçoit est de la transmettre. En réalité, donner la vie n'est pas une obligation, ce n'est pas un acte isolé, personnel. La vie est un courant éternel dont les hommes sont le support ; ce courant ne saurait être interrompu, cela va de soi. La question d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants ne se pose pas. L'existence terrestre permet l'écoulement de la vie à travers les générations qui se succèdent et se répètent ».

Leur désir d'enfant est bien un désir de filiation et de transmission, remplissant ainsi leur devoir sociétal pour défendre leur statut de femme et de mère. Il semble très fort car elles sont prêtes à braver la mort.

Bien conscientes du danger qu'elles encourent en menant une nouvelle grossesse, elles multiplient les protections que ce soit en utilisant les rituels traditionnels, la fréquentation des systèmes de soins très tôt avant même que la grossesse « ne soit visible » et en se remettant à la volonté divine. Pour toutes ces femmes, la prière est un de leur principal atout. Etant seules, surtout loin de leur mère en qui elles gardent un attachement très fort même s'il y a un éloignement géographique et vivant avec une peur permanente pendant leur grossesse, une adaptation de nos pratiques et de nos systèmes de soins apparaît fondamentale afin de les entourer au mieux en créant un « contenant » plus fiable qu'à l'heure actuelle. L'étude Fair et al. montre les premières attitudes à corriger conformément aux plaintes de nos femmes.

Ce travail a été pour moi l'illustration de deux axes à prendre :

- La nécessaire multidisciplinarité pour la prise en charge des femmes migrantes enceintes avec la notion d'altérité à mettre en exergue car elle nous donne la clé pour mieux comprendre, mieux aider. On effacerait ainsi cette « différentielle de prise en charge » qui n'est après tout que le reflet de notre ignorance.
- Le militantisme de Didier Fassin et Anne-Claire Defossez (1992, p.24) quand ils écrivent sur les relations des Sciences Sociales et de la Santé Publique :

« nous croyons que les sciences sociales peuvent, sans faire de concessions sur la question de leur autonomie, enrichir la santé publique de leur apport critique ». Un « regard éloigné » sur mon travail, confirme cette affirmation.

VI BIBLIOGRAPHIE

Articles

Abdel Baki A. Poulin MJ. *Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour de désir d'enfant et de la grossesse.* Médecine et Hygiène 2004 ;24: 3-9.

Abou Zahr et al. *Antenatal care in developing countries. Promisses, achievements and missed opportunities. An analysis of trends, levels and differentials. 1990-2001.* UNICEF-WHO 2002.

Alkema L. Chou D. Hogan D. Zhang S. Moller AB. Gemmill A. Fat DM. Boerma T. Temmerman M. Mathers C. Say L. *Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030 : a systemic analysis by UN maternal mortality estimation inter-agency group.* Lancet 2016 Jan 30,387 (100017) 462-74.

Bane S. Carmichael S. Snowden J. Liu C. Lyndon A. Wall-Wieler E. *The impact of severe maternal morbidity on probability of subsequent birth in a population-based study of women in California from 1997-2017* Annals of epidemiology 64(2021) 8-14.

Blum H.P. *Masochism, the ego ideal, and the psychology of women.* J. Amer. Psychanal. Assn 1976 ;24/5 : 157-191.

Bonnet D. Duchesne V. *Migrer pour procréer : histoires de couples africains* L'Harmattan Cahier du genre 2014 ;56 : 41-58.

Charton L. Lévy JJ. *Désir d'enfant et désir de transmission : quelles influences sur la formation des familles ?* Anthropologie et Sociétés 2017 ;41(2).

Charton L. Lemieux D. Ouellette F-R. *Le désir d'enfant exploré à travers les pratiques de nomination.* Anthropologie et sociétés. 2017 ; 41(2).

Fair F. Raben L. watson H. Vivilaki V., Van den Muijsenbergh M. Soltani H. the ORAMMA team. *Migrant women experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries : a systematic review.* PloSone 15(2) :1-26.

Fassin D. Defossez A-C. *Une liaison dangereuse : sciences sociales et santé publique dans es programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur.* Cahier sciences Humaines. 1992 ; 28(1) :23-36.

Fassin E. *La nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction.* Journal des anthropologues. 2002.

Héritier F. *La Cuisse de Jupiter*. In : L'Homme, 1985, tome 25 n°94 : p 5-22.

Herry K. Génot M. Réal I., Neuman D. *Le malheur de l'infertilité : prise en charge transculturelle des couples en assistance médicale à la procréation (AMP)*. In : Moro MR. Neuman D. Réal I. *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. La pensée sauvage. 2008

Ferreira EC. Costa ML. Pacagnella RC. Silveira C. Andreucci CB. Zanardi DM. Santos JP. Angelini CR. Souza RT. Parpinelli MA. Sousa HS. Cecatt JG. *General and reproductive health among women after an episode of severe maternal morbidity : results from the COMMAG study*. Int J Gynecol Obstet 2020 ; 150 :83-91.

Kestenberg J. *On the development of maternal feelings in early childhood : observations and reflections*. Psychoanal. Study Child 1956, 11 : 257-291.

Laurent P-J. *Le désir d'enfant et la transmission dans le projet migratoire de femmes capverdiennes*. Anthropologie et sociétés. 2017 vol 41(2).

Linard M. Deneux-Tharoux C. Luton D. Schmitz T. Mandelbrot L. Estellat C. Sauvegrain P. Azria E. for the PreCARE study group and the BiP study group. *Differential rates of cesarean delivery by maternal geographical origin : a cohort study in France*. BMC Pregnancy and Childbirth 2019 ;19 :217.

Nair M. Kurinczuk JJ. Knight M. *Ethnic variations in severe maternal morbidity in the UK-a case control study*. PloSone 2014 9(4).

Murphy DJ. Charlett P. *Cohort study of near miss maternal mortality and subsequent reproductive outcome*. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol. 2002 ; 102 : 173-178.

Philibert M. Deneux-Tharoux C. Bouvier-Colle M-H. *Can excess maternal mortality among women of foreign nationality be explained by suboptimal obstetric care ?* BJOG 2008;15:1411-1418.

Raineau M. Deneux-Tharoux C. Séco A. Bonnet M-P ; the EPIMOMS Study group. *Antepartum severe maternal morbidity : a population-based study of risk actors and delivery outcomes*. Paediatr.Perinat.Epidemiol 2021 ;00 :1-10.

Saucedo M. Deneux-Tharoux C. *Mortalité maternelle, Fréquence, causes, profil des femmes et évitabilité des décès en France 2013-2015*. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 49(2021) 9-26.

Sauvegrain P. *Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de 4 décennies avec les équipes hospitalières*. Anthropologie et sociétés. 2013 ;37(3) : 119-137.

Sauvegrain P. Azria E. Chiesa-Dubruille C. Deneux-Tharoux C. *Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy : a qualitative study*. BJOG 2017 ;124 :1858-1865.

Sauvegrain P. Carayol M. Piedvache A. Guéry E. Bréart G. Bucourt M. Zeitlin J. REMIP Investigator team. *Understanding high rates of stillbirth and neonatal death in a disadvantaged, high migrant district in France : a perinatal Audit*. Acta Obstet Gynecol Scand 2020 ;99 :1163-1173.

Say L. Souza JP. Pattinson R. Maternal near miss. *Towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009 ;23 (3) : 287-96.

Storeng K. Drabo S. ganaba R. Sundby J. Calvert C. Filippi V. *Mortality after near-miss obstetric complications in Burkina-Faso : medical, social and health-care factors*. Bull World health organ. 2012 ;90 :418-425.

Zwart JJ. Jonkers M. Richters A. Ory F. Bloemenkamp KW. Duvekot JJ. Roosmalen J. *Ethnic disparity in severe acute maternal morbidity : a nationwide cohort study in Netherlands*. European J of Public Health 2010 ;21(2) :229-234.

Ouvrages

Augé M. Herzlich C. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Editions des archives contemporaines, 1984.

Baubet T. Moro M-R. *Psychopathologie transculturelle*. Elsevier Masson, 2013.

Bydlowski M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Le fil rouge, Puf, 1997.

Bydlowski M. *Devenir mère. A l'ombre de la mémoire non consciente*. Odile Jacob, Paris, 2020.

Delaisi de Parseval G. *L'enfant à tout prix*. Paris, Editions du Seuil, 1983.

Godelier M. *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*. Champs essais. Flammarion, 2010.

Hampâté Bâ A. *Amkoullé, l'enfant peul*. Mémoires (I). Aix, Actes Sud, 1991.

Hampâté Bâ A. *Petit Bodiel et autres contes de la savane*. Stock, 1994.

Lallemant S. Journet O. Ewombé-Moundo E. Ravololomanga B. Dupuis A. Cros M. Jonckers D. *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris, L'Harmattan, 1991.

Mestre C. *Bébés d'ici, mères d'exil*. Toulouse, Erès, 2016.

Moro MR. Neuman D. Réal I. *Maternités en exil. Mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. La pensée sauvage. 2008

Moro MR. *Parents en exil Psychopathologie et migrations*. Paris : PUF ; 2002.

Moro MR. Mestre C. Réal I. Périnatalité : des mères et des bébés en exil. In *Psychopathologie transculturelle De l'enfance à l'âge adulte*. Baubet T., Moro MR. Issy-les-Molineaux : Masson ; 2009 : 171 : 189.

Olivier de Sardan J-P. *La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest*. Autrepart(20),2001.

Picard P-C. Bonnet M-P. *Morbidité maternelle sévère : données Françaises, Registre, organisation pratique (USIO)* in *Communications scientifiques MAPAR 2015*

Querre M. *Le bâton peul sur les sentiers de l'enfance. Approche ethnologique de la socialisation de l'enfant Peul dans la région du Seno (Burkina Faso)*. Thèse de doctorat en ethnologie, anthropologie sociale et culturelle. Université de Bordeaux 2, 2002.

VIII Annexes

I. Guide d'entretien

Présentation du travail : Explorer les facteurs pouvant influencer le choix de mener une nouvelle grossesse après une grossesse à haut risque.

Données de contexte :

Mode d'identification

Lieu de l'entretien

Langue de l'entretien : parle français un peu/couramment ?

Comment elle va ?

Informations administratives concernant la femme

Age de la femme

Origine sociale :

- Lieu de naissance
- Depuis combien de temps vit elle en France ? A Limoges ?
- Condition de venue en France : rejoint la famille, conjoint, autre
- Ethnie
- Sa langue maternelle
- Statut migratoire actuel : demande d'asile/ demande de carte de séjour/situation régularisée

Composition du foyer en France :

Seule

Avec conjoint (activité)

Nombre d'enfants vivant du foyer (les siens, du partenaire, de la famille)

Nombre d'enfants vivants avec eux

Nombre d'enfants à leur charge

Enfants biologiques de la femme (sexe, âge, scolarisation) : France ou restés au pays

Nombre de grossesses

Nombre de grossesses arrivées à terme

Concernant la femme :

Est-ce qu'elle est fiancée, mariée (mariage religieux, civil) Religion ?

Scolarité :

Est-elle allée à l'école, à quel niveau ? (I,II,au-delà, école coranique)

Est-ce qu'elle peut lire ? écrire ? de l'école coranique ? en français ?

Ressources :

Quels sont les revenus par jour pour alimentation ? pour les soins (AME ?)

En situation exceptionnelle qui peut venir en aide ?

On demande si elle est d'accord pour enregistrer la suite.

Entretien enregistré

- I. Grossesse en cours ou terminée après une précédente grossesse émaillée par une complication obstétricale sévère :

<p>Grossesse accidentelle ?</p>	<p>La grossesse que vous vivez actuellement (ou que vous venez de vivre), était une grossesse choisie ? volontaire ? ou accidentelle ? racontez comment cela s'est passé, dans quel contexte Etiez vous heureuse de cette nouvelle ? précisez Preniez vous une contraception avant cette grossesse ? laquelle ? comment avez vous été informée ? racontez</p> <p>Si la grossesse n'était pas désirée : Comment vivez vous la venue de cette grossesse ? Comment pensez vous l'accueil de cet enfant ? Pensez vous que vous auriez pu l'éviter ou vous n'auriez pas souhaité l'éviter ? Pensez vous que cet enfant sera particulier tant il a voulu venir ? Est-ce que vous allez vivre sa venue comme celle des enfants précédents ? et votre entourage ?</p> <p>Si la grossesse est désirée : Comment vivez vous la venue de cette grossesse après les difficultés précédentes ? Pensez vous qu'il aura un statut particulier dans la famille ?</p> <p>Eventuellement passer ici aux questions relatives à la grossesse précédente et ses représentations pour mettre en perspective cette grossesse directement avec la précédente. Cela peut faciliter l'expression des représentations.</p>
<p>Grossesse désirée, les attentes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etat de la grossesse - Désir d'enfant 	
<p>Désir de grossesse, désir d'enfant -choix propre de la femme</p>	<p>La venue au monde de cet enfant, si vous l'aviez désiré, cela vient d'un désir très fort</p>

<p>-choix influencé par le conjoint -choix influencé par la famille (mère au pays ?) -choix influencé par la communauté ? -choix influencé par condition migration/ situation dans le pays d'accueil :</p> <ul style="list-style-type: none"> >solitude >transmission culturelle, filiation >ressource économique 	<p>de votre part ou de votre entourage ? racontez</p>
<p>Grossesse révélée et suivie à quel stade ?</p>	<p>Quand avez vous su que vous étiez enceinte ? comment l'avez vous vérifié ? quand êtes vous allé consulter ? où ? comment s'est passée la prise en charge ? pouvez vous me raconter ce qu'on vous a dit, expliqué ? il étaient gentils, attentionnés ? ou des choses vous ont mise mal à l'aise ? racontez</p>

II. Les représentations de la complication obstétricale précédente ayant mis en jeu le pronostic vital

<p>Complication = accident de parcours ? >qualité de suivi et adhérence aux consultations prénatales à voir</p>	
<p>Complication= Mauvais sort, punition de Dieu ?</p>	<p>Comment expliquez vous ce qu'il s'est passé pour la première grossesse ? pensez-vous que cela puisse être lié à des attaques de sorcellerie ou génie ou autre ? aviez vous fait de la prévention pour éviter toute attaque ou échange de bébé ? qui vous a accompagné dans ces démarches de prévention ? Et pour cette grossesse qu'avez vous mis en pratique pour que cela ne se reproduise pas ?</p>
<p>A-t-elle compris quel type de complication elle avait fait ? A -t elle eu conscience que la complication était grave et que sa vie a été menacée ?</p>	<p>Au niveau médical, que vous a-t-on expliqué au sujet des complications de la grossesse précédente ? pouvez vous détailler ce qu'on vous a expliqué ? Que vous a-t-on dit pour les grossesses suivantes ?</p> <p>Une fois qu'elle a déroulé si elle ne parle pas de risque questionner directement</p>

	<p>Vous a-t-on informé que les complications étaient graves ?</p> <p>Qu'a t-on dit ?</p> <p>Vous ont ils évoqué que votre vie était en danger à ce moment là ?</p> <p>(faire attention à ne pas induire que sa vie est en danger au moment de l'entretien donc ne pas l'évoquer, si elle l'indique ok mais pas vous)</p>
<p>Complication=Incompétence du système de soins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mauvaise explication ➤ Erreur des soignants 	<p>A priori vous aurez eu les réponses juste avant, mais vous pouvez encore revenir dessus, c'est très bien en demandant, Concernant ces complications et les explications, pensez vous qu'elles étaient suffisamment bien expliquées ? suffisamment claires ?</p> <p>Est ce qu'il y a des choses que vous auriez voulu savoir et que vous n'avez pas osé demander ?</p>

III. Rapport aux systèmes de soins pour la grossesse survenue après incident (hospitaliers, traditionnels, la Religion)

<p>Rapport avec le système hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> > confiance aux équipes? > prise des traitements proposées ? > suivi des RDV ? > A-t-elle compris la prise en charge ? > si problème pour la grossesse : ou consulte elle en premier lieu (connaissance, hopital, guérisseur,...) 	
<p>Rapport avec les soins traditionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Médaillon avec cori , plantes, guérisseurs, ... Conseils de la famille (mère au pays) Conseils de la communauté <p>Interdits alimentaires ? autres interdits ?</p>	
<p>Rapport avec la Religion</p> <ul style="list-style-type: none"> > prières > La Bible, Le Coran, autre ? 	

Quel recours dans le pays d'accueil ?	
---------------------------------------	--

IV. Réalité de la condition de migrants et la venue d'un enfant

Estomper le sentiment de solitude	
Garant économique	
Garant de la transmission culturelle, filiation Comment se passe la nomination de l'enfant né ou avenir ?	<p>Exactement faite détailler l'histoire du nom de l'enfant</p> <p>Demandez aussi comment cela se passe une fois l'enfant né au pays (en référence par exemple aux aides qui prennent soin d'elle et de l'enfant pendant plusieurs semaines) Et ici (questionner si elle va être aidée, soutenue, différence entre les deux)</p> <p>Enfin questionner si elle voudra encore des enfants après Revenir sur la perception du risque /bénéfice de la venue au monde d'un enfant dans sa famille, pour elle</p> <p>Terminer sur son avis sur ce qui, selon elle, devrait être amélioré en France pour accompagner les grossesses en général, l'arrivée de l'enfant, pour l'enfant, pour elle, pour la famille et enfin pour les grossesses à risque, pendant la grossesse, pendant la naissance, après une fois que l'enfant est avec elle et à la maison pendant les premières semaines, premiers mois, premières années</p>

II. Consentement

Numéro de codage entretien

Dans le cadre de la recherche menée pour le diplôme universitaire de soins et médecines transculturels dont l'objectif est d'améliorer l'accompagnement et la prise en charge des femmes migrantes menant une grossesse après avoir vécu une mise en jeu du pronostic vital maternel lors d'une grossesse précédente, je soussignée,

Mme....., certifie avoir parfaitement pris connaissance du contenu du présent formulaire et de la notice d'information qui m'ont été présentés et commentés. J'en ai discuté avec Madame Holy Bezanahary....., qui m'a expliqué la nature et les objectifs de ce travail.

J'atteste avoir eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais et avoir obtenu les réponses satisfaisantes.

Je comprends les conditions de ma participation, en particulier que j'avais la possibilité de ne pas participer à cet entretien et que malgré mon accord à participer, j'ai le droit de refuser de répondre à certaines des questions qui me sont posées lors de l'entretien sans avoir à fournir d'explication. Je peux interrompre à tout moment cet entretien sans justifier ma décision.

J'atteste avoir été informée des points suivants :

- La personne qui réalise-cette étude est tenue au respect du secret professionnel et s'engage à prendre les mesures nécessaires à la condition de la plus stricte confidentialité. Mon identité fera l'objet d'une codification lors de l'enregistrement et traitement et ne sera jamais mentionnée dans les publications qui en découleront.
- L'entretien ne comprend aucun acte médical.
- J'ai un droit d'accès aux données me concernant qui s'exercent à tout moment pendant la durée de l'étude auprès des chercheurs et je peux exercer mon droit de rectification et d'opposition.

Fait à, le

Signature

III. Entretien

H : moi ; E : elle

Transcription entretien 01 du 04/04/22 DDi

H : Nous allons discuter de votre vécu de la grossesse. Est-ce que c'était votre choix ou le choix de votre conjoint ?

E : C'était moi

H : Qu'est ce qui a motivé la grossesse après les complications, devenir femme à part entière ?

E : parce que j'aime beaucoup les bébés.

H : Parce que vous avez eu des expériences avec les bébés ?

E : avec mon petit frère, le petit c'est moi qui l'ai élevé.

H : il avait quel âge ?

E : ma mère est décédée quand il avait deux ans.

H : désir d'avoir un bébé car vous aimez les bébés et votre conjoint vous l'avez rencontré où ? en Guinée ?

E : non on s'est connu ici

H : Votre conjoint avait aussi un désir d'enfant, il a déjà des enfants ?

E : non

H : c'est le premier enfant du couple, les accidents ont été durs pour lui aussi...

(Elle acquiesce de la tête.)

H : vous êtes tout seuls tous les deux, connaissez -vous la communauté guinéenne à Limoges ?

E : non, j'ai une copine à Guéret, elle parle la même langue

H : vos seuls contacts ce sont votre copine et votre voisine... Vous n'avez pas cherché à intégrer la communauté ?

E : non mais beaucoup de gens ici

H : vous les rencontrez pour les courses

(Elle acquiesce. Le conjoint arrive pour prendre le bébé et s'assied à côté de nous.)

H : pour les problèmes que vous avez eus vous étiez seule avec votre conjoint ?

E : oui avec le conjoint, avec psychiatre à Guéret

H : à Saint Vaury ?

E : oui à Saint Vaury, avec assistance sociale, avec les médecins.

H : Vous avez eu des complications graves, avez-vous compris les complications ?

E : On m'a dit que c'est le placenta qui se déplace...

H : qui se décolle

E : qui se décolle

H : Vu que les grossesses sont toujours compliquées, est ce que c'était un mauvais sort, un accident de la vie ?

E : je n'ai pas compris

H : Est-ce que c'était un accident, un mauvais sort, une punition de Dieu ?

E : je me demande pourquoi tout le temps le placenta, pourquoi moi ? La deuxième quand même, pourquoi moi ? Pourquoi vous n'avez pas préparé depuis pour empêcher ; médecins toujours tout va bien. Pas de problème pour bébé, pas de problème pour moi, c'est tout à coup le placenta... Le 30 limoges, le gynéco tout allait bien, le problème le 06 à Guéret

H : C'est que vous aviez mal au ventre ?

E : hémorragie aux toilettes, j'ai appelé mon conjoint, je lui dis « je suis en train de saigner... il faut appeler le SAMU ... eux ils vont poser beaucoup de questions, j'ai dit « si vous ne venez pas, c'est de votre faute ». SAMU est venu, il a regardé, il a dit les médecins vont regarder. A l'hôpital, le cœur du bébé s'est arrêté encore... A l'hôpital, monitoring, il y a quoi ? encore échographie, échographie, tout est noir, il a dit, je vais appeler l'autre médecin. J'ai dit, il faut me dire si quelque chose ne va pas. Le médecin : « est-ce que je peux parler à votre conjoint ? ». Il a dit « votre femme, le cœur du bébé s'est arrêté »

H : quand vous avez appris la grossesse pour Mariame...

E : J'ai eu peur, vous m'aviez dit si grossesse il faut vous informer, c'était aussi le mois du carême, pas vu les règles, j'étais inquiète... Tu as dit si je tombe enceinte, il faut t'informer, j'ai appelé les secrétaires j'ai dit c'est urgent, il faut qu'on se voit.

H : on s'est vu et on a prescrit le médicament l'aspirine

E : et le Dr C. a mis les piqûres trois mois. Même en hospitalisation, le jour de la césarienne, le matin, un peu de mouvement dans le ventre. Au médecin, j'ai dit qu'elle ne bouge pas trop aujourd'hui alors monitoring. J'ai vu monitoring et moi mémoire et j'ai appelé la sage -femme, sonnette à l'hôpital. J'ai dit : ce n'est pas un bon signe, il faut voir avec les médecins. On a appelé le médecin et je pleurais. Le médecin, pourquoi vous pleurez et j'ai dit « je ne comprends pas aujourd'hui, parce que le bébé ne bouge pas bien, je ne veux pas qu'on me dise trop tard, c'est moi le patient, c'est vous le médecin, il faut prendre des décisions. Le médecin : depuis que vous êtes là, vous ne pleurez jamais, c'est vous qui sentez ... J'ai dit : « aujourd'hui, ça ne va pas, je ne veux pas entendre le mot trop tard... ». le médecin est venu avec l'équipe : c'est toi qui sens, on va faire la césarienne...

H : heureusement que ça s'est bien passé avec la césarienne, vous étiez soulagés tous les deux. Le prénom de votre fille comment vous l'avez choisi ?

E : C'est le prénom de la maman de Joseph, Marie...

H : Marie, la maman de Jésus ? Votre choix c'est la maman de Jésus pour qu'elle soit protégée ? C'est le nom de la maman de Jésus, vous êtes musulmane, ça se fait beaucoup chez vous ?

E : oui ...

H : pour porter bonheur à l'enfant... Les autres enfants, vous avez donné des prénoms ?

E : non pas de prénom, on a donné chez nous « de nano » et vrai nom au pays c'est une semaine après, on dit des nano

H : Ici en France, on doit donner le prénom tout de suite

Conjoint : Ici, on a proposé avant la naissance

E : si j'ai accouché très bien et tout va bien alors Mariame

H : les parents ici choisissent les prénoms

E : au pays, c'est père ou mère ou tante. Pour le nom du grand-père, de la grand-mère ainsi de suite

H : pourquoi ? rendre hommage aux grands parents ?

E : mon nom c'est le nom de ma grand-mère, conjoint c'est mon grand père

H : Mariame, c'est vous qui l'avez choisi sans les parents...

Ils acquiescent.

H : Par rapport à ce qui s'est passé ? pas de chance... pour la grossesse de Mariame, pour être mieux, vous avez beaucoup prié ?

E : Même les autres, j'ai prié, j'ai tout fait bien. Ils ont prié tous les jours, beaucoup de suivis aussi encore, encore échographies tout le temps. D'avoir les médecins, rassurée, ça me rassurait.

H : parmi les différents rendez -vous, ce n'est pas facile, il fallait venir tout le temps

E : ça m'a rassuré

H : Avez-vous demandé des conseils des gens au pays ?

E : non, les parents sont décédés

H : au pays pour protéger la grossesse, est qu'il y a des interdits ?

E : je ne sais pas, pas de grossesse là- bas. Les médecins n'arrivaient pas à donner les réponses. La sage -femme à la maison, pour le monitoring, pourquoi deux monitoring (par semaine). Parce que j'ai perdu deux bébés. Elle a dit : « Au pays ou bien en France ? » Premier à Guéret, le deuxième à Limoges. Elle a dit c'est incroyable, j'ai dit : « c'est comme ça... »

H : pour bébé à la naissance, vous avez fait des choses par rapport à bébé pour la protéger ?

E : non

H : les boucles d'oreille, c'est parce qu'elle est une fille ?

E : oui

H : Qu'est ce qui était difficile de vivre la grossesse ici ? Tout seuls, il y avait les problèmes de papiers, le logement, l'angoisse de la grossesse, angoisse du papier...

E : Si pas de papier, pas de foyer. Si OFPRA, papier, si recours : pas de papier et pas de foyer

Entretien 02 du 05/04/22 DV

H : Merci beaucoup en tout cas, la première question : votre désir de grossesse d'où est ce que ça vient ? Quelles sont vos principales motivations ?

E : Pour retomber enceinte tout de suite ? Le désir de grossesse ça vient de ma culture, mes petits frères et mes petites sœurs, ils ont déjà beaucoup d'enfants...Je suis l'aînée, je suis en retard bien que j'aie déjà un fils, c'est bien mais si je n'avais pas un fils ça allait être un « blocus » si ma petite sœur, ma petite cousine avait déjà un enfant, si moi j'en avais pas chez nous ça bloque un peu

H Ca bloque ??

E : Ca bloque dans la vie de famille, c'est-à-dire que tu n'as pas l'instinct d'être mère, tu n'as pas ce besoin, ça ne te dit rien ou tu veux vivre comme ça sans avoir des enfants. Quand toi tu n'y arrives pas, tu te dis que tu as des problèmes, tu peux être une femme stérile. Dans notre culture, si tu es en retard, la famille se pose des questions : la famille dit qu'elle est stérile, qu'elle a des soucis. J'avais déjà ce désir, avant mon fils, mon fils de 9 ans, j'en ai déjà perdu deux. Je fais peut -être partie de celle qui ne produise pas. Quand la femme est stérile, la vie en Afrique avec des maris, couple, mariage, femme qui n'est pas fertile, une terre infertile, terre qui ne produit plus... beaucoup de tiraillement avec la belle famille, pas d'utilité pour que tu restes avec le fils. En étant l'aînée, je suis la seule fille, pour ma fierté, pour ma mère, j'en ai besoin...

H : votre fierté, votre mère, pourquoi devoir ça à votre mère ?

E :je viens d'une famille séparée, ma mère et mon père se sont séparés quand j'avais deux ans. Mon père est venu m'arracher à ma mère, je suis revenue chez ma mère à 15 ans. La vie chez mon père et chez ma mère c'était différent...Chez mon père, j'étais l'enfant chéri, j'allais à l'école accompagné d'un chauffeur et il y avait le gouter dans le sac. A l'occasion des vacances j'étais allée chez une tante, ma marraine. Ce n'est pas forcément le nom du père qu'on donne. Mon nom de jeune fille, M... n'est pas mon nom de famille, c'est le nom d'une tante du côté de ma mère.

H : dans la famille de votre maman, c'est plutôt une famille matriarcale ?

E : C'est un consentement des deux parents. C'est la nomination chez nous, ça date depuis des générations. Par exemple, ici Bertrand le nom de famille et tous les enfants c'est Bertrand, chez nous le nom c'est plutôt quelqu'un qui a compté.

H : Le désir de grossesse est personnel, ne pas être une femme stérile, si je comprends bien ?

E : Oui et c'est important d'être une mère.

j'ai le cœur sur la main je ne voyais pas la raison de ne pas être mère...

H : et votre conjoint ?

E : pas d'influence sur la grossesse, c'est moi qui décide mais le désir est partagé. Lui aussi est dans le besoin pour être père, il y a l'influence des copains qui ont déjà des enfants Le désir est partagé.

E : je suis Africaine, pourquoi ne pas avoir des enfants, il y a des africaines qui refusent d'avoir des bébés, il y a beaucoup d'avortements parce que ce n'est pas le moment (les études, dans la tête, elle ne se sent pas prête, encore trop belle, elle ne veut pas allaiter) et puis ça ne vient pas, elle a enlevé trois grossesses et puis ça ne vient pas c'est le seigneur qui a décidé. Elle a beau faire la médecine, on dira que le sorcier est derrière, il y a aussi le passé...

H : la complication qui a failli coûté votre vie, est ce que les médecins ont bien expliqué ?

E : Au départ, je n'ai pas compris le scénario, de ce qui s'était passé... Ca allait tellement vite. Je me suis levée, je suis partie au boulot, en quelque temps, tout est chamboulé, je me retrouvais à l'hôpital. Quand j'ai vu le liquide jaunâtre qui a coulé, en vrai je me suis dit pouf c'est un échec mais ça ne s'est pas produit pareil. Le 2eme échec que j'ai eu, l'enfant était mort dans le ventre, je le trainais la journée, je ne savais pas qu'il était mort. Je n'avais pas eu de « pouf » de liquide quoi... En fin d'après -midi, j'ai dit à ma mère que je me sentais lourde, on est parti à l'hôpital et là ils ont trouvé que le bébé était déjà mort, j'ai mis bas normalement avec des perfusions. En ce moment, il est bien tôt c'est vrai pour ressentir les mouvements mais je me touche le ventre parce que je ne veux pas...vous savez, j'étais bien portante, je n'avais pas de fièvre et le bébé était déjà mort. Je ne sais pas comment ça se présente. Un coup j'étais bien portante, la grossesse à 6 mois..., je ne sais pas comment ça se présente, je suis dans une situation de peur.

H : quand il y avait l'écoulement jaunâtre, qu'est -ce que vous vous êtes dit ?

E : quand il y avait l'écoulement jaunâtre, c'était l'heure de la pause à 11h30 et avec ma responsable avec qui je m'entendais très bien m'a dit : « écoute on va passer par le sous-sol, le temps que ta sœur arrive. Et c'est là que j'ai senti un pouf, le liquide est sorti. Elle veut me rassurer et là j'ai dit c'est mal barré. Elle a voulu rassurer mais tellement le liquide est sorti, elle était obligée de me changer, d'enlever le slip, j'ai mis le pantalon du boulot...

La cousine est venue, j'ai dit à ma cousine que le liquide est sorti. Elle ne me croyait pas...Aux urgences, je savais que c'était plus ça. Mais ma responsable, elle m'a trop rassurée, quelque chose qui bougeait, peut-être qu'on peut encore le sauver. Je ne sais pas

H : Comment l'avez-vous vécu : malchance, punition de Dieu, mauvais sort ?

E : je l'ai vécu en deux parties, comme une malchance et qu'il y a un souci... J'ai refait le film...C'est un regret déjà, je m'en voulais car le matin quand je partais au travail, je n'étais pas bien, j'ai forcé, j'avais des douleurs et c'était des douleurs de femme enceinte. Ce n'est pas tous les jours que tu te réveilles en pleine forme ...peut-être que je n'aurais pas dû aller au travail mais j'aurais dû aller à l'hôpital, ça pouvait être sauvé. Je m'en voulais déjà beaucoup, c'était un peu ça la douleur qui me tuait à

l'instant, pourquoi j'étais partie au travail, ou j'aurais pu me rendormir, pourquoi j'ai pas appelé SOS médecins. Je n'ai pas annoncé au conjoint, lui il est routier, n'est pas là de la semaine. J'ai dit à sa maman, elle me dit ne lui dit pas mais, il n'a pas arrêté d'appeler l'hôpital.

A 13h dans la chambre, le regret commençait à revenir. A côté de ça pourquoi ça m'arrive ? Cette grossesse j'ai l'ai eu après huit ans de pilule et je pensais que je n'allais pas tomber enceinte tout de suite. J'ai arrêté en Nov Dec 2019, en Février, je me suis trouvée enceinte... Encore, qu'est ce qui se passe, j'ai une maladie chronique ? j'ai quoi ? Avant de sortir de l'hôpital...

La veille ma mère est partie dans une province économique pour le problème de mon enfant le mercredi elle avait RDV là -bas. J'ai dit à mon petit frère que j'étais partie à l'hôpital, eux ils devaient me donner le compte rendu du Cameroun. Mais depuis que je suis hospitalisée le mercredi, ma mère n'était au courant que le samedi soir. Ma mère qui sort du rdv, impossible de m'avoir de mercredi à samedi. En gros, ici j'étais dans tous mes états car il faut le dire comme ça, j'étais en train de mourir. L'accouchement s'est bien passé, vers 18h il y avait des « sage » et les infirmières qui ont dit qu'il y avait des caillots dans le ventre, j'étais partie au bloc, je savais qu'il n'y avait plus rien dans mon ventre et qu'ils vont me nettoyer et en partant au bloc j'ai dit le mot « j'ai peur », j'entre le 24 juin et sort le 02 ou 03 juillet. J'étais, j'étais ... (*elle se met la main devant la bouche*)

Quand je me suis réveillée, j'étais attachée de partout, ligotée de partout, les tuyaux... je pars d'une salle d'accouchement et je me réveille en réa. Je me réveille en réa : je laisse tout ce monde, j'ai vu le film des ancêtres, les enfants qui couraient, on dirait des pleurs de chat, je voyais des mains et du voile blanc, des gens qui faisaient la main comme ça. (*Elle met ses bras autour d'elle*) C'était...Le jour où je suis sortie du coma si quelqu'un de ma famille me demandait, je pouvais lui raconter dans les détails... Là, le souvenir est parti, en sortant je pouvais dire d'où je viens, c'est un autre monde, le monde de la mort...je vous promets c'est un autre monde...

Quand je me suis réveillée, je suis attachée de partout. Je demande la date au docteur. Le docteur est gentil il me fait voir le téléphone, nous sommes le 3 juin. Qu'est ce qui s'est passé ? Ils ont applaudi, je suis attachée de partout, les filles ne m'ont pas fait de cadeau, il y avait une infirmière là, « mais madame vous aussi vous étiez costaudes hein. Ils m'ont attaché les genoux, les pieds avec la sonde urinaire sur moi et c'est là que j'ai commencé à pleurer, à pleurer...

H : On vous a expliqué ce qui s'était passé ?

E : Ouh ...j'ai eu une bactérie, c'est pas le staphylocoque, E Coli on vous a dit il faut pouvoir décortiquer ça je n'ai pas eu les détails de comment j'ai eu la bactérie, ils ont dit que la bactérie était au contact du fœtus c'est ça qui m'a infectée et qui a causé la fausse couche. J'ai dit OK... mais...

Pourquoi je me retrouve en réa, la bactérie est arrivée, j'ai accouché et je me retrouve en réa mais pourquoi ? Ils m'ont dit qu'ils n'ont pas pu avoir mon accord ou quoi, ils ont agi en urgence, mon cœur n'a pas tenu, mon cœur lâchait, la tension était très basse, je n'ai pas eu le détail comment la bactérie là on l'attrape, par le sang, par... je ne sais pas...

H : Derrière, vous n'avez pas vu le gynéco ?

E : Madame, maintenant quand je vais faire le pipi, je mets la lingette, je me nettoie avant de faire pipi, je ne sais pas où j'ai chopé la bactérie, comment c'est arrivé ? Ça entre par le sang, ou ça rentre par l'alimentation ?

H (*explications données car je l'ai sentie anxieuse*)

E : depuis que je suis tombée enceinte, je me pose beaucoup de questions, je fais attention, je suis sur mes gardes, je sais que ce n'est que la médecine qui peut résoudre mon cas...

H : Vous avez peur, vous avez mis quoi en place, par rapport à votre culture ?

E : Oui, je ne peux pas mélanger... quand il y a des situations comme ça, il y a de la médecine traditionnelle qu'il faut utiliser mais il faut beaucoup de feuilles, mais on ne trouve pas ici, on fait des ovules avec une feuille le soir au coucher, mais là je ne peux pas parce que je ne les trouve pas ici

H : Vous avez utilisé ça pour vos précédentes grossesses ?

E : oui, j'ai utilisé ça, en tant que jeune fille, je ne suivais pas les trucs de ma mère à la lettre, une fois sur deux je faisais ça. Mais c'est quand j'ai eu un puis deux problèmes que je suivais ça... Les astuces, ma mère le tenait même pas de sa mère mais d'une tante, la doctoresse de la famille. C'est la sœur à ma mère. Quand on a des soucis, on se rabat vers elle ; elle connaît tout sur les astuces des femmes et des bébés. On fait des purges, il faut attendre à partir de 4 à 5 mois puis il faut te purger pour que ton enfant ne sorte pas sale, pour enlever des taches, des maladies, pour lutter contre la jaunisse, il naît avec la jaunisse vous connaissez ? Il y a des enfants qui naissent aussi à la naissance avec comment je vais appeler ça.. c'est pas vraiment la bronchite...

Ils sont toujours en train de tousser. A partir de 6-7 mois une purge par mois, question de préparer le fœtus. Quand tu as des problèmes, le sang qui coule, le col qui coule ou qui picote, on met ovule tous les soirs au coucher, le matin tu le sors. Le premier mois, ça ferme le col de la femme.

H : Ici qu'est-ce que vous pouvez faire pour cette grossesse ?

E : Rien, je ne peux rien faire... Pour cette grossesse, ma mère m'a envoyé des feuilles pour nettoyer, enlever la peste, la saleté. Chez nous, quand la femme accouche on n'a pas la médecine, on fait des massages du ventre à l'eau chaude, on purge, on lave les reins... j'ai reçu ça. Et la cendre, on tamise la cendre, ça c'est un secret africain que je vous donne, la cendre et de l'eau, on fait tiédir 2 à 3 purges, tu enlèves des saletés. Ma mère était en colère car elle avait dit « qu'avec vos histoires de médecine, ça a failli te tuer ». Quand tu accouches il faut qu'on te masse, on te tape. Quand tu sors de la maternité, on te met une bassine avec de l'eau chaude, on te tape, on te tape... On te fait asseoir sur un seau en plastique avec l'eau chaude et la vapeur ça remonte. Tout le sang s'en va... Ma mère était dans un état, car je n'avais pas fait ce qu'il fallait pour fluidifier le sang. Elle était inquiète surtout que l'acte s'est passé, il fallait faire l'étape suivante et faire la tradition mais là je partais au bloc... je n'avais pas le monopole du pouvoir... Donc j'ai reçu ça et j'ai fait ça pour que mon ventre soit nettoyé... pour préparer la suite et je pense qu'avec le médicament, le fertifol et le traitement africain traditionnel, ça a aidé. Ça m'a aidé pour cette grossesse

H : Votre maman est loin ... Elle est au courant pour cette grossesse ?

E : uniquement il y a 2 jours, elle est contente, elle a dit qu'il faut faire attention, elle est loin, et donc il faut suivre ce que la médecine dit de faire, elle a dit de laisser le travail, le travail ne fuit pas...

H : Vous, vous êtes croyante ?

E : Je prie mais j'ai baissé la garde. J'ai commencé le jeûne mais quand je jeûne, je ne demande pas beaucoup de chose au seigneur. J'ai des mots clés que je demande au seigneur. Le jeûne de cette année, j'ai prié pour tomber enceinte et pour l'arrivée de mon fils. Les deux premières semaines, j'ai pas arrêté, j'ai prié, j'ai prié. Quand j'ai su que j'étais enceinte, avec le travail physique, ma tête me tournait, j'ai arrêté. Je fais des prières tous les matins, sur you tube, tu as des cantiques. Je ne suis pas croyante, croyante mais j'ai la foi quand même. J'ai fait le traitement de ma maman, traitement

de fer après les règles, pourquoi trois jours après les règles 3 jours après les règles, il n'y a pas de fer quand on a les règles, quand tu as un besoin de fertilité, il faut que le corps soit neutre. Tu as fini d'évacuer et maintenant tu passes à l'étape vierge, ton corps est ouvert, il faut le remède après les règles. A faire de bonne heure, une purge, un traitement liquide, on m'a fait venir ça d'Afrique, j'ai utilisé...

H : Il faut utiliser tous les moyens pour que ça marche...

E : C'est un peu bête de réfléchir comme ça... Il est vrai, il faut attendre que je sois soignée avant de retomber enceinte mais j'avais peur de ne plus... j'avais peur de ne plus tomber enceinte. L'année dernière, j'ai arrêté de prendre la pilule, est ce que c'est vrai, que les gens ne m'ont pas enlevé l'utérus... j'étais un peu dans un truc...

H : Ici, vous vous sentez seule ?

E : pas seule, conjoint, il y a ma cousine, ma mère par téléphone... Ma cousine, je suis allée la voir hier mais je ne lui ai pas dit que j'étais enceinte...

Parce que l'année dernière, je suis allée chez ma cousine. Elle partait au Cameroun au mois de juin. Je suis allée la voir un mercredi ou un mardi ; je suis allée lui dire au revoir, bon voyage, je suis enceinte et le lendemain, le problème est arrivé et j'étais à l'hôpital. Hier, je suis allée la voir, je n'ai rien dit...

H : c'est légitime...

E : « Tu ne tombes pas malade elle m'a dit car je ne suis pas là » ; je ne reste pas malade, je t'attends... C'est à peu près le même scénario...

H : Si problème avec la grossesse ?

E : il y a une grande amie de la famille, mon chéri et sa maman non mais j'ai des personnes de confiance au cas où il m'arrive des problèmes...

H : vous vivez dans le pays d'accueil

E : au pays il y a ma maman, la médecine traditionnelle, mais je ne vais pas me plaindre ici, il y a mon compagnon, sa maman. Ma grande copine. Je suis pas seule...

H : Si on avait des choses à améliorer ?

E : Difficulté, c'est quand j'étais seule... et c'était vraiment le cas aussi en Guinée, je n'avais personne...

H : Pour améliorer les choses ?

E : pour que tout se passe bien... il faut que je sois bien entourée. Il faut que j'essaie de m'épanouir de voir du monde, de ne pas me renfermer... ça me fait passer du temps, je ne vais pas vivre dans une prison. Quand je tourne en boucle, pourquoi je suis un peu bizarre, je me mets un cantique, une prière dans la tête pour ne pas penser, les petits bobos des femmes enceintes, ça tire sur le bas ventre, le nombril, il ne faut pas toujours penser que c'est toujours le pire... je travaille sur moi-même...

H : et votre fils de 8 ans, comment ça s'est passé pour son nom ?

E : c'est le papa, il a donné son nom, le nom de son grand père

A la naissance, ils ne sont pas nommés tout de suite ; à la naissance peut être le prénom d'abord et le nom ça peut être tout de suite ou après... ça dépend des 2 parents. Ca dépend de son vécu avec son mari, des tromperies... maintenant vous savez avec la polygamie, elle est partie fâchée, elle met un point d'interrogation le temps que le mari revienne négocier... On donne le prénom et après la famille doit discuter. On met d'abord le prénom.

H : Est-ce qu'il y a des grossesses pour pouvoir nommer le prochain enfant ?

E : Pas vraiment, c'est pas l'être humain qui décide, la grossesse chez nous ça ne se dit pas jusqu'à 5 -6 mois car les premiers mois sont compliqués, chez nous, il y a les mauvais esprits, le mauvais œil, on ne le dit pas... la femme enceinte, quand elle est enceinte, chez nous en Afrique, on ne le dit pas...

Ici, j'applique la loi africaine mais pour l'ancienne grossesse mon compagnon l'avait annoncé à tous ses copains, tout le monde était au courant donc là je lui ai dit on attend pour le dire moi je respecte mes coutumes, je les prends en cœur, je le dis à ma famille, ma maman, les autres découvriront. C'est un moment où l'enfant est en train de se former, la femme elle-même est dans tous ses états, elle n'est pas sûre si ce sera là ou pas, c'est un moment un peu secret, la période de la grossesse chez nous en Afrique, c'est un truc sacré. Lui c'est un européen, pour celui-ci j'ai mis les vis. Il m'a dit, je te laisse faire... On parlait chez ses copains, on le dit aux parents mais on attend pour les autres... Même sa mère, elle a dit « vous ne le dites à personne ». J'attendais d'être vraiment sûre, on a annoncé à ma mère il y a deux jours. Elle a dit « tu fais attention, tu ne le racontes pas, tu n'as oublié pas la tradition pour protéger la grossesse. Cette grossesse, cas à part, il faut suivre les docteurs. Je me suis limitée pour sortir. Les autres femmes, elles savent lire quand tu es enceinte, au maximum, j'éviterai le public. A 4-5 mois, je ne peux plus cacher... Je sais lire, *(elle descend son col roulé...)* tu la regardes, ça bat tellement fort *(en me montrant les carotides)*. Je vais éviter les yeux du public, pour ma vie pour être protégée... *(elle me montre ses cicatrices au niveau de l'hypochondre gauche)*

H : Et la rate ?

E : c'est pour la colique des enfants à la naissance, ça fait pleurer l'enfant. Il faut faire couler du sang, quand il y a des coliques, le ventre de l'enfant est dur, on coupe, des entailles c'est pour appliquer des infusions que préparent la mamie du village. C'est un produit noir avec des graines de palmier, on crame, l'huile de palme est spéciale, c'est une huile noire on masse une semaine tous les matins ou tous les soirs. La doctoresse continue jusqu'à la cicatrisation, on met une bande pour que ça ne salisse pas les vêtements.

Entretien 03 du 06/04/22 DB

H : Merci... la question, les raisons pour mener la grossesse ?

E : c'est pour moi important la grossesse. Chez nous, nous Africains, c'est quand tu es mariée, si tu n'as pas les enfants au bout de 1-2-3 ans après la famille de l'homme, il va forcer, il faut chercher une autre femme, il ne faut pas rester sans famille. Même si pas les moyens pour manger, si difficulté pour faire grandir les enfants, mais quand même tu vas avoir des enfants, la famille c'est la coutume des africains. Il y a beaucoup de gens qui sont là c'est à cause de l'allocation... Quand on n'arrive pas à avoir d'enfant, c'est obligatoire, il faut chercher une autre femme. On a besoin de famille, les enfants. Il faut que tu cherches une autre femme pour amener les enfants.

H : Pourquoi c'est important ?

E : la famille c'est important. Quand tu deviens vieux, tu es fatigué, les enfants vont t'aider, quand tu es malade, ils sont bien la mère, le père, ils vont te protéger, ils vont t'aider beaucoup. Si pas d'enfant, s'il arrive quelque chose, tu restes seule.

H : si la femme n'arrive pas à faire d'enfant, qu'est - ce qu'elle devient ?

E : quand la femme n'arrive pas à faire d'enfant, si pas d'enfant, tu vas pleurer beaucoup beaucoup beaucoup de souci, parce que toi toute seule. Je ne sais pas comment le dire, si la famille doit faire des trucs, t'es toute seule, c'est difficile. Si je travaille, je gagne un peu l'argent, mon père est mort depuis petite, mère pas facile pour trouver à manger, pas moyen pour aller à l'hôpital. Pour ma mère, si malade elle va aller à l'hôpital, toujours elle a à manger. Si pas d'enfant qui va aider ? surtout en Afrique, là- bas c'est difficile... comment ça va se passer.

Maman à Conakry 60 ans bientôt 70 ans, elle est malade, la tension, très fatiguée mais elle vit

H : en tant que fille, vous devez aider votre mère ?

E : c'est pour ça que si fatiguée, mon enfant, si fatiguée, ce sont les enfants qui vont aider.

H : c'est un peu la pression de la famille et de la belle famille pour avoir des enfants ?

E : Oui, voilà la pression de la famille, surtout de la belle famille. Si ta femme n'arrive pas à avoir des enfants il faut chercher une autre femme.

H : même si vous êtes ici ?

E : Oui, même ici. Il faut chercher une autre femme car ce sont les enfants qui vont aider toi, si tu n'as pas d'enfant, ici... Le blanc va aider mais si tu as des enfants c'est important. Si pas d'enfant, deuxième épouse, on va souffrir beaucoup, loin de tout le monde. Le mari deuxième épouse. Il faut plusieurs enfants pour la famille jusqu'à ce que ce soit impossible.

H : par rapport à la première grossesse qui était difficile avec le problème de santé ?

E : on a vu le problème, il faut le traitement...

H : la toute première fois est ce qu'on vous a bien expliqué ?

E : J'ai compris j'ai une maladie. J'ai une copine, elle m'a expliqué, mon premier enfant, il y avait un gros caillot et c'est lui qui a attrapé le bébé dans mon ventre

H : Avez-vous eu conscience que c'était dangereux aussi pour vous ?

E : Oui oui c'est un danger pour moi...

H : qu'est-ce que vous avez fait pour les grossesses après ?

E : RDV toujours, en parallèle, maman des conseils, elle a donné des conseils. Je suis fatiguée pour avoir des enfants, parce que je suis malade, c'est grâce au docteur mais c'est difficile pour moi car tout le temps piqure, tout le temps RDV. Ma mère, elle m'a dit : « si tu as trouvé quelqu'un pour t'aider, il faut avoir des enfants... Les enfants vont aider les parents beaucoup. Moi fatiguée et toi tu m'aides, c'est pour ça il faut avoir des enfants. Ton mari va être contente toi, ta belle-mère aussi va être contente de toi et elle ne va pas forcer ton mari à chercher une autre femme. Chaque fois, je prends le courage, c'est difficile : les RDV, les piqûres oh lala

H : Ici, vous utilisez les coutumes, plantes pour la médecine traditionnelle ?

E : pas du tout...

H : Il n'y a pas tous les produits ?

H : en France, vous avez vu des guérisseurs ?

E : pas de guérisseur.

H : Pour le premier enfant après le problème, comment avez-vous prévenu votre maman ?

E : pas le moyen, pas le portable, pas de renseignement pour la mère.

Je connais les coutumes, j'essaie encore pour les enfants.

H : quand est ce que vous avez pu parler avec votre mère ?

E : mais c'est pas trop longtemps, envoyé les photos vidéo, très heureuse. La belle-mère, content bien

H : Vous êtes restée longtemps sans pouvoir donner des nouvelles à votre maman.

E : au début, pas moyen...

H : Ici, grossesse difficile, il y a des aides ? communauté ?

E : je connais mais personne n'aide, tout le monde est occupé

mon mari travaille, il va aider pour les enfants, il va faire cuisine, le grand va aider

H : Quelle est la difficulté ici, toute seule ici ?

E : Oui toute seule. Ma mère, frères et sœurs sont au pays

2 frères et une sœur sur 7 enfants. Trois morts : jumelles dont une est décédée, l'autre est vivant, mon frère, il a une maladie je ne sais pas comment le dire, il y a le « fantôme », il va tomber, il fait des crises, ma mère va chercher le marabout, faire rituel, lavé lui mais décédé

H : Si vous étiez au pays ce serait plus facile?

E : Ma mère sinon difficile seule, franchement c'est difficile...

H : Vous avez beaucoup de courage pour votre mère c'était important

E : Chez nous Africains, jamais les enfants ne vont t abandonner. Ici les Blancs, les enfants vont abandonner. Mon grand frère, il est au Portugal, il va aider, on va parler. En 2019, on est parti en vacances avec 3 enfants. Ma mère, belle-mère, beau-père très contents. Mon mari a surveillé les autres. Pas vu depuis 2005 c'était très fort.

H : Ca a beaucoup changé ?

E : Ca a beaucoup changé, ils sont contents. Les enfants sont contents bien. Quand ma mère, elle m'a vue, aujourd'hui elle a dit je vais dormir bien, elle a pleuré...

H : Par rapport aux médecins, comment ça s'est passé ? comment vous avez trouvé tout ça ?

E : médecin sage-femme, franchement bien, va parler moi, si douleur, il me dit Mme D , ça passe...

Pendant la grossesse aussi, le gynéco il est gentil

H : Qui a choisi le prénom des enfants ?

E : par rapport au bébé mort dans le ventre, prénom mon mari a décidé

Ici, c'est la coutume aussi, quand tu as accouché, c'est le mari qui décide si beaucoup d'enfant si ma mère, sinon mon père. Si deuxième garçon, il va donner son père. Si une seule fille, il va donner sa mère et si deux filles il va donner ma mère...

Les enfants ont les noms des grands parents

H : Pourquoi le nom des grands parents ?

E : pour nous c'est important, mon premier bébé, il a donné mon père, mon père ne vivait pas, je vois son visage et ça me fait rappeler mon père

H : ça fait rappeler la personne décédée

E : oui c'est ça, c'est important

H : c'est votre mari qui a décidé ?

E : dans la coutume, j'ai demandé à mon mari d'abord, on fait comment ? une seule fille, le nom de la mère du mari car elle ne vit pas

H : vous êtes plutôt musulmane, Dieu c'est important ?

E : c'est Dieu qui le veut

H : Prière pour le premier ?

E : Peut-être pas d'autre enfant, à cause de mon problème de santé, c'est pourquoi je suis content de toi, tu m'as aidé beaucoup sinon franchement si je n'ai pas d'enfant j'étais perdue, parce que quand tu n'as pas d'enfant : ton mari, tu n'es pas acceptée, tu n'es pas important pour lui, tu n'as pas la famille...

H : toute seule ici, vous aviez peur pour chaque grossesse ? vous avez beaucoup prié ?

E : Beaucoup prié chaque fois, la nuit vers 4 heures 5 heures, il faut que je me lève, j'ai fait prière beaucoup de prière pendant toute la grossesse

Entretien 04 du 07/04/22 DD

H : La grossesse pourquoi c'est important ?

E : ma mère est à Toulouse avec frère et sœur. C'est important comme toutes les femmes, pour ne pas être stérile si Dieu te donne la chance. Il y a des gens qui abandonnent leurs enfants, ils ont des enfants et ils les abandonnent, sinon il y a des gens qui avortent. Nous, dans la Religion, on ne peut pas faire des choses comme ça. Un enfant c'est beaucoup de travail, pour éduquer les enfants, il faut qu'ils fassent les choses bien, c'est beaucoup de travail. Ceux que Dieu n'a pas donné, ce n'est pas leur faute, c'est Dieu qui a décidé comme ça il ne faut pas se moquer des autres, ceux qui n'ont pas. Chacun est né avec son...comment dire... les choses qui doivent se passer dans la vie quoi... Quand on est né, Dieu a préparé les choses. Avant de naître, Dieu il prépare déjà quelle année tu vas mourir, c'est écrit. C'est Dieu qui l'a écrit comme ça. Si décédé, c'est Dieu qui l'a voulu, il a décidé comme ça.

H : le problème que vous avez eu sur les grossesses, comment vous l'avez vécu, c'est Dieu ?

E : le problème que j'ai, je ne l'ai pas eu par hasard, le problème de tension, je l'ai dans la famille, je me trouvais dedans mais quand j'étais petite, je ne savais pas. Mais merci à Dieu, même si c'est difficile pour moi... mes enfants en bonne santé, et moi aussi ...Vous m'avez aidé à bien passer tout ça...

Je pense que le problème c'est depuis le début, mon fils le premier, j'étais trop jeune, je n'ai pas fait attention. La sage -femme, médecin ils font le monitoring, un jour la tension a monté, je suis allée à l'hôpital, au CHU, je suis allée là-bas, garder quelques jours là- bas, on m'a donné des médicaments pour la tension mais ça n'a pas marché, ils ont dit qu'il faut que tu accouches, le déclenchement de l'accouchement, j'ai eu mon premier fils, normal. Puis je suis tombée enceinte encore, on n'a pas fait, moi je croyais que c'était bon, c'était fini, le deuxième, j'ai changé d'hôpital. Je suis allée à la clinique, là où le 5 il passe... A ce moment- là, beaucoup de gens là-bas, c'était nouveau, je suis suivie là-bas. Un jour, je suis allée chez une amie, je suis allée dormir là-bas avec mon fils, j'ai eu des contractions et ça grattait, j'ai dit à la dame : « mon ventre, il me fait très mal ». Elle l'a dit à son mari et ils ont dit : « si ça continue, ils vont appeler le SAMU ». Ils sont venus me chercher et on est parti à la clinique. A la clinique, ils m'ont dit qu'avec le problème que j'ai, il faut immédiatement transférer à l'hôpital mère enfant (HME), la nuit même j'étais transférée là-bas. La première fois, HME en mai 2008, on m'a gardé un ou deux jours, la nuit ils ont tout fait pour baisser la tension mais ça a continué. Un moment, ils sont venus me dire, ils vont faire accouchement. J'étais toute seule, je suis restée, j'ai écouté ce qu'on m'a dit. Puis césarienne pour essayer de sauver bébé, ils ont dit il n'y a pas beaucoup de temps et mon fils est né le 12 Mai 2008, mon fils est né, prématuré, il a fait deux semaines en néonatal, je suis restée quelques jours, j'ai fait les va-et-vient puis il est sorti, lui aussi...

Depuis ça, ma troisième grossesse on s'est rencontré, ils ont dit qu'il y a des problèmes, et c'est là qu'on s'est rencontré. Pour me suivre mieux, quoi... la tension monte dès que grossesse, le 3eme en 2010 on est hospitalisé, la tête n'est pas en place, quelques jours à la maison et je suis revenue, le truc pour faire pipi. Ils m'ont dit qu'on va déclencher. Ils m'ont donné les médicaments pour la tension. Moi, je croyais que c'était un accouchement normal un accouchement mais à ma grande surprise, les médecins sont venus beaucoup le matin. « Mme D on est venu pour vous dire qu'on ne va pas faire le déclenchement mais qu'on va faire une césarienne. Je me suis dit « Quoi ? Mais, depuis hier, je n'ai pas mangé car vous vouliez faire un accouchement voie basse ?? ». Ils ont dit que la tête n'est pas droite ; je me suis laissée faire une

deuxième césarienne, le bébé allait bien, et lui, au moins, je l'ai gardé dans la chambre parce que les autres va et vient.

Pour mon quatrième, on a fait le suivi, la sage -femme à la maison. La sage-femme, un jour avec la tension, j'ai eu des maux de tête, des maux de tête... En décembre 2014, à l'hôpital passé le nouvel an, là-bas 2015 à l'hôpital après ils m'ont dit qu'il faut rester. J'ai dit non car mes enfants, ils étaient tout seuls, il n'y a personne, les amis sont en vacances. J'ai beaucoup insisté pour aller chez moi. J'ai dit je vais aller chez moi et je prends les médicaments. Ils m'ont laissé partir. Le 04 janvier, je suis allée faire les courses le matin j'ai pris les médicaments mais ça n'a pas marché, j'ai mal à la tête. La sage -femme est venue et m'a dit mme D vous avez raison. La tension est très élevée et elle a appelé l'hôpital. A l'hôpital, ils ont dit « On vous a dit Mme D, il ne faut pas partir... » J'ai dit oui mais il y a les enfants... Je les ai emmenés à côté-là, chez les voisins et ils m'ont gardé là-bas. Ils m'ont gardé 05, 06 ou 08 en salle de naissance, ils ont tout fait, les médicaments, les prises de sang. Le 9 janvier, ils ont dit « Aujourd'hui, les résultats ça ne va pas du tout, on vous fait l'accouchement aujourd'hui ». Jusque-là, je crois pas l'hôpital, Ils m'ont dit que ce n'est pas possible de faire un accouchement voie basse comme ça là... J'ai dit d'accord, le matin ils sont venus me chercher, ils ont fait la césarienne donc ça aussi ça a fini comme ça. Après mon fils il est né, il a passé 2 semaines comme ça en néonatal, les va et vient, il est resté une semaine.

H : Mais à chaque fois toute seule, les voisines et les autres amies, la maman ne peut pas venir aider ?

E : j'ai des amis ici qui peuvent aider...

H : et la communauté ? Vous connaissez beaucoup de gens de Guinée, vous les connaissez ?

E : Oui je connais, mais ce sont les plus proches qui peuvent venir vous aider, les voisins les plus proches pour aider. Dès fois, il y a leur père qui vient, il aide. En 2010, le père les garde. A chaque fois, le père aide.

H : la grossesse qui s'est compliquée en 2018 ?

E : En 2018, avec la fatigue et tout ça, ça recommence comme d'habitude, comme je suis déjà habituée, je me suis dit que pour moi, c'est comme ça... On m'a dit qu'il faut aller à l'hôpital. On m'a fait des prises de sang et on m'a dit qu'il y a quelque chose dans la prise de sang, il faut venir demain matin, c'était le jeudi, le Vendredi, je ne peux pas y aller, je suis retournée le samedi matin vers 9h comme ça. On a fait le monitoring on m'a gardé en grossesses pathologiques, la journée, la nuit jusqu'à 23h tout allait bien. Ils ont fait le monito et la tension un peu mieux, la tension ça c'est pas le problème ce jour -là, ils ont dit qu'il y a quelque chose dans le foie ça me gratte sur la peau. Ils m'ont gardé, je n'arrive pas à dormir, je leur ai demandé si je pouvais prendre un médicament pour m'endormir ...j'ai pris le médicament pour m'endormir (*soupir*), je ne sais pas...je me suis toujours dit dans ma tête si je n'avais pas pris le médicament, peut-être que ça ne se serait pas passé... parce tout allait bien avant de m'endormir. Le matin, vers 6 H, 7H, on fait le monito, et c'est là que ça n'allait pas... La dame n'a rien capté, ils ont regardé... on va faire une échographie. Il a fait une écho et c'est là qu'il a dit que son cœur ne bat plus... (*sa voix tremble et se reprend...*) Je suis sortie du lit en criant, j'ai crié de toutes mes forces, non je me suis dit encore... La deuxième grossesse avant le 2 ème en 2007, ça m'est arrivé, moi-même je ne me suis pas aperçue, je suis allée à l'hôpital et là échographie, le monito son cœur il ne bat pas. Ils ne m'ont pas gardé à l'hôpital, je suis rentrée à la maison, ils m'ont fait revenir pour l'accouchement, ils n'ont pas expliqué, je ne me souviens pas... il y a longtemps.

Imaginez, j'ai eu une fille en 2007, ça s'est passé comme ça... 12 ans plus tard, ça se passe la même chose, peut-être que ça se passe avec les filles...

H : C'est le chemin de Dieu, mais est-ce que vous pensez que les médecins n'ont pas fait ce qu'il fallait ou on vous a jeté un sort, c'est une punition ?

E : je ne sais pas... Je ne sais pas du tout... Peut-être, comme ils disent le bébé était là au mauvais moment... pas de sang, le sang ne circulait pas bien

Et là je me suis dit, j'étais à l'hôpital quand même... Au moment de la deuxième perte, j'étais à l'hôpital, vous êtes surveillée. Pour ma dernière grossesse, quand j'étais à l'hôpital, le temps là-bas, ça me fait peur... Je n'arrive pas à m'enlever de la tête : si je n'ai pas pris le médicament pour dormir...

H : vous n'avez pas pris les médicaments pour dormir...

E : Non, mais des fois là-bas (*elle sourit*), les médecins ils ont donné des antibiotiques, je voulais refuser, j'ai dit à la dame non et ensuite aussi, le médicament pour dormir, elle me le met dans la boîte le médicament pour dormir. Je me suis énervée, je ne voulais pas de médicament pour dormir. Je ne sais pas s'ils ont bien fait ou pas ou si c'était mieux fait, ce serait passé autrement, mais ça on ne peut pas savoir... les docteurs ont programmé l'accouchement le 08/04. Un jour je me suis énervée, la gynéco il faut attendre 34 semaines, ça m'a énervée. Moi, je ne peux pas attendre comme ça... Un moment le 03 mars, il a fait échographie et ils ont dit, le placenta, ça ne peut pas attendre jusqu'en Avril. C'est là qu'ils ont changé leur programme. Ils ont tout fait pour tenir jusqu'à 34, 34 c'est le 18 Mars...

H : Ca m'a fait plaisir de vous voir en néonate.

E : Avec tout ce qui s'est passé je ne peux pas insister pour rentrer chez moi...

H qu'est-ce que vous avez fait pour chaque grossesse ? vous avez fait comment pour que ça se passe bien ?

E : La prière, je me suis dit que Dieu est grand et je me suis dit qu'il y a plusieurs femmes qui subissent ce genre de chose et qu'il n'y a pas que moi.

En 2018, il y avait beaucoup de gens, des gens qui ont vécu la même histoire, ils ont des enfants, ils accouchent, l'enfant n'a pas survécu... ça arrive à beaucoup de femmes...

H : Vous avez beaucoup prié, vous avez cherché la protection dans votre culture: infusion, collier pour protéger la grossesse ?

E : Ouf, si vous voulez oui mais on fait les prières pour demander à Dieu que tout se passe bien, avec le bébé, le bébé en bonne santé et la maman. Même si les médecins font leur travail, si Dieu a décidé autrement, donc il faut toujours demander ça à Dieu... Sylvie (*une sage-femme de l'unité où elle était hospitalisée*), elle m'a dit nous avons aussi fait ce possible, les médecins ne peuvent pas tout savoir, dans quelques années peut-être ils vont savoir ...on ne sait pas... on n'est pas Dieu, on ne peut pas tout savoir...

On ne sait pas, il y a beaucoup de femmes nous dans notre communauté, ça arrive... Nous aussi à Limoges, elle n'avait que des filles et puis Dieu a donné un garçon qui n'a pas survécu...

H : comment vous faites ?

E : Nous si Dieu a décidé comme ça, celui-là n'est pas né pour vivre, si poursuivre, beaucoup de difficulté

Dans ma famille, l'année-là en 2019, j'ai une sœur qui a eu la même histoire, la tension est élevée, mais lui au moins il est arrivé jusqu'à son terme. Le temps qu'ils l'emmènent à l'hôpital, ils ont fait la césarienne, le bébé il est mort, il n'a pas survécu...

H : qu'est-ce que vous avez dit à votre sœur ?

E : on est allé là-bas 3 jours, eux aussi ils sont venus pour me voir quand j'étais à l'hôpital.

H : Et les prénoms ?

E : c'est leur père qui choisit, il y a des grandes personnes pour nous, c'est eux qui demandent comme les parents.

Le père de mes enfants n'a pas son père, peut-être il faut consulter ses frères

Le premier : le petit frère de son père, il est décédé quand tout petit

2 eme, prénom de mon père

3 eme père de mon mari

4 eme son plus grand frère. Pour la dernière, on a décidé ancêtre, arrière grand-mère...

H : arrière grand-mère de quel côté ?

E : des deux côtés...on vient du même village...

H : vous vous êtes rencontrés à Limoges ? Vous venez du même village...

E : nous c'est Touba...

En 2018, elle devait avoir le nom de ma mère...mais elle n'a pas survécu...on a eu beaucoup de difficulté, il y a beaucoup de femmes qui vivent ce genre d'histoire...C'est pas qu'en France ici, en Afrique c'est pareil...

Ils ont beaucoup d'enfants, ils perdent beaucoup beaucoup avant d'en avoir un vivant.

Il naît et ne « survécute » pas

Moi-même, la grande sœur de ma mère elle a eu beaucoup d'enfants mais au final, que trois. La sage-femme qui me suivait il y a beaucoup de femmes comme vous...

Mme D beaucoup ont la même histoire que vous peut-être qu'ils vont vous garder jusqu' à l' accouchement... Au final, j'ai tout préparé, le père est venu, j'ai préparé à manger ; le week -end ils me laissent venir à la maison, je prépare la semaine...

Je suis seule, ma mère est à Toulouse, j'aimerais partir d'ici. Nous allons là-bas pour les événements, les vacances toute l'année, ils vont là-bas...

H : votre maman est contente

E : elle prie beaucoup, comme les grandes personnes qui prient pour nous. Il y a les grandes personnes en Afrique aussi, il y a des gens qui font des prières. Le suivi c'est important.

IV Liste des tableaux, encadrés et illustrations

Tableau 1 : tableau récapitulatif de l'analyse des entretiens

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4
Age (ans)	25	36	41	35
Niveau d'éducation	Collège	Niveau Bac	Non scolarisée	Non scolarisée
Année d'arrivée en France	2017	2014	2005	2005
Statut migratoire actuel	Carte provisoire	Carte de résident	Carte de résident	Carte de résident
Ethnie/origine géographique des parents	Diankanké/Guinée, Gaoual	Batanga/Guinée, Cameroun	Diankanké/Guinée Gaoual	Diankanké/Guinée, Gaoual
Représentation de la grossesse	Désir d'être mère	Femme fertile Statut social	Statut social, sécurité économique	Femme fertile Volonté divine
Représentation de la complication obstétricale	Explication biologique Fatalité	Explication biologique mal comprise Superstition (cousine)	Explication biologique	Volonté divine
Système de protection mis en place	Prière Suivi médical	Prière, médecine traditionnelle, suivi médical	Prière, suivi médical	Prière, suivi médical
Lien au système de soins	-Mauvaise compréhension des explications -Adhésion au suivi Au traitement	-Mauvaise compréhension des explications - Relative confiance --- Adhésion au suivi	-Mauvaise compréhension des explications -Adhésion au suivi et traitement	-Mauvaise compréhension des explications -Relative confiance au système de soins
Vécu de la grossesse après complication sévère	Peur	Peur	Peur	Peur
Nomination de l'enfant après complication	Couple	Mari (pour son premier fils)	Mari	Mari, « grandes personnes »
Difficulté liée à la migration	Solitude	Solitude	Solitude	Solitude

Table des Matières

I – Introduction	p.7
II – Contextualisation de la recherche	p.9
1. Représentations de la grossesse, de la maternité	
1.1 Aspect biologique	
1.2 Aspect psychanalytique	
1.3 Aspect anthropologique	
1.3.1 Statut de « femme à part entière »	
1.3.2 Maternité, devoir social	
1.3.3 Désir d'enfant dans le contexte migratoire	
2. Représentations des complications obstétricales et recours thérapeutiques	
2.1 « Le sens du mal »	
2.2 Les systèmes de protection	
2 Rapport aux systèmes de soins	
2.1 Rapports aux systèmes de soins dans le pays d'origine	
2.2 Rapports aux systèmes de soins dans le pays d'accueil	
III – Méthodologie	p.18
1. Terrain de l'enquête	
2. Echantillon	
3. Outils méthodologiques	
IV – Résultats	p.18
a) Cas 1 (Mme DDi)	
b) Cas 2 (Mme DV)	
c) Cas 3 (Mme DB)	

d) Cas 4 (Mme DDa)

V – Analyse et discussion

p.24

1. Données de l'étude

a) Le désir d'enfant

b) La représentation de la complication obstétricale

c) Le système de protection et le rapport au système de soins du pays d'accueil

d) La difficulté liée au statut migratoire

2. Limites et perspectives

VI – Conclusions

p.33

VII – Bibliographie

p.35

VII– Annexes

p.39

