



HAL
open science

Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et de 2ème génération : étude à partir de 20 entretiens de femmes

Erminia Petrel

► To cite this version:

Erminia Petrel. Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1ère et de 2ème génération : étude à partir de 20 entretiens de femmes. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887781

HAL Id: hal-01887781

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887781>

Submitted on 4 Oct 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ppn 140 046 410
II/ESF/2008/VINCENT

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne



29 JAN. 2010

Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de 1^{ère} et 2^{ème} Génération.

Etude à partir de 20 entretiens de femme

au CHR METZ-THIONVILLE

Mémoire présentée et soutenue par

Erminia PETREL

2009

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 0070297002



Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.



SOMMAIRE

Sommaire	3
Introduction	5
Partie 1 : Généralités.....	6
1. généralités.....	7
1.1. Le Maroc	7
1.1.1. Généralités.....	7
1.1.2. Situation politique	7
1.1.3. Evolution des traditions.....	8
1.1.4. Les systèmes de soins.....	8
1.2. Immigration en France: Situation en 2007	9
1.2.1. Définitions.....	9
1.2.2. L'immigration en quelques chiffres	9
1.2.3. La situation familiale des immigrés	12
1.2.4. La situation de la 2 ^{ème} Génération	13
1.3. La place de la femme.....	14
1.3.1. Au Maroc.....	14
1.3.2. Dans l'immigration.....	16
1.3.3. Issues de la 2 ^{ème} Génération	17
1.4. Rituels autour de la naissance	18
1.4.1. Dernier trimestre de la grossesse.....	18
1.4.2. L'accouchement	19
1.4.3. Le post-partum immédiat	24
1.4.4. L'accueil du nouveau-né	25
1.4.5. L'allaitement maternel	28
Partie 2 : Problématique, méthodologie et résultats	30
2. Problematique.....	31
3. Methodologie et resultats.....	33
3.1. Méthodologie.....	33
3.2. Présentation des patientes.....	34
3.3. Le travail.....	41
3.3.1. Connaissance des traditions autours de la naissance.....	41
3.3.2. La douleur et la prise en charge au cours du travail	42
3.3.3. L'alimentation au cours du travail.....	44
3.3.4. L'accompagnement d'un proche	44
3.3.5. La présence d'un soignant de sexe masculin.....	45
3.4. L'accouchement	45
3.4.1. L'expulsion.....	45
3.4.2. La délivrance	46
3.5. Le post-partum	46
3.6. La protection spirituelle de la femme en travail et de l'accouchée	47
3.7. L'accueil du nouveau-né	48

3.7.1.	Les soins du nouveau-né	48
3.7.2.	La protection spirituelle du nouveau-né.....	49
3.7.3.	Différences entre fille et garçon	51
3.8.	L'allaitement maternel	51
3.9.	Les séances de Préparation à la naissance et à la parentalité	53
3.10.	Stage au Maroc.....	53
3.10.1.	Présentation de la structure.....	53
3.10.2.	Activité.....	54
3.10.3.	Prise en charge.....	54
3.10.4.	Le post-partum	55
Partie 3 : Discussion et Propositions.....		57
4. Discussion et propositions.....		58
4.1.	Critique de la méthodologie	58
4.1.1.	Les points forts	58
4.1.2.	Les points faibles.....	58
4.2.	Connaissances des traditions autour de la naissance.....	59
4.3.	Première phase du travail	60
4.3.1.	Choix du soignant.....	60
4.3.2.	Déambulation et mobilité de la parturiente	62
4.4.	Deuxième phase du travail	64
4.4.1.	Position d'accouchement.....	64
4.4.2.	La délivrance	66
4.5.	Les soins de l'enfant en maternité.....	66
4.6.	Le retour à domicile	67
4.7.	Information et formation du soignant.....	68
4.8.	Information de la patiente.....	69
Conclusion.....		75
LEXIQUE.....		76
GLOSSAIRE.....		78
Bibliographie.....		79
Annexe 1		I
Annexe 2		V

Introduction

La Lorraine a été pendant longtemps une terre d'immigration. Région minière, elle a d'abord recruté de nombreux travailleurs à l'étranger à partir de 1870. De nos jours c'est par le regroupement familial que se fait l'immigration. C'est pourquoi, il semble important de mettre en place des moyens favorisant le processus d'intégration et de reconnaissance des traditions dans la société, et plus précisément au sein des services de soins.

Les traditions n'étant pas toujours similaires au sein des trois pays du Maghreb*, j'ai préféré me concentrer sur l'un d'entre eux. De plus, ayant effectué de nombreux voyages au Maroc de par la présence de membres de ma famille, je me suis intéressée à la population marocaine.

Au sein de leur société, la naissance présente un double enjeu : Tout d'abord, celui de l'intégration du nouveau-né au sein de son groupe social et religieux, puis la modification du statut de la femme vers le statut de mère, qui est reconnu socialement et religieusement.

Lors de mes nombreux stages dans les services de maternité et de salle d'accouchement je me suis rendue compte que la prise en charge des patientes étaient standardisée du fait de protocole. Ainsi le soignant ne prête pas toujours attention aux traditions de la patiente dans un souci de respect et de sécurité de la mère et de l'enfant. De plus, les traditions ne semblent pas immuables et paraissent s'adapter en situation d'immigration.

Le professeur E. Papiernik affirme l'utilité d'être un peu ethnologue pour être un bon accoucheur : « *Cette curiosité de la diversité du monde me paraît essentielle pour faire n'importe quel métier, mais en obstétrique, je dirais qu'elle est vitale* ».

L'objectif de cette étude est de découvrir les traditions marocaines liées à la naissance et d'en évaluer l'imprégnation et l'importance au moment de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né. L'objectif final serait d'amener les soignants à réfléchir sur ses pratiques actuelles afin de répondre au mieux aux attentes des patientes.

Le premier temps du mémoire est consacré à une présentation succincte du Maroc, puis de la situation épidémiologique et socio-économique des immigrés en France et en Lorraine et enfin une description des traditions marocaines liées à la naissance afin de mieux analyser les dires des patientes en seconde partie. Pour finir, les propos des patientes qui m'ont interpellée font l'objet de la troisième partie. Ils sont le point de départ de ma réflexion afin d'aboutir vers des pistes de prise en charge.

Partie 1 : Généralités

1. GENERALITES

1.1. Le Maroc

1.1.1. Généralités

- Présentation générale

Le Maroc : le mot arabe le désignant est le Maghreb. Il signifie « *le couchant* » (C'est le pays du soleil couchant). Il est situé à la pointe nord-ouest du continent africain. D'une superficie de 458.700 km² (hors Sahara Occidentale), il est bordé à l'Ouest par l'océan Atlantique, au Nord par la Méditerranée et n'est séparé de l'Espagne que par 14 km au niveau du détroit de Gibraltar. Il a des frontières terrestres communes avec l'Algérie à l'Est, la Mauritanie au Sud. (1)

- Population

Le Maroc compte 31 millions d'habitants.

La population marocaine est composée essentiellement de Berbères (c'est à dire les plus anciens habitants connus dans ce pays) et d'Arabes, ces derniers arrivés au VIIème siècle et surtout aux XIIIème et XVème siècles. Les Berbères se trouvent plutôt dans les zones montagneuses et rurales, les Arabes sont majoritairement dans les zones urbaines. (1)

Aux arabes et aux Berbères, il faut ajouter les apports reçus d'Afrique Noire qui ont, dans le Sud métissé une partie de la population ; ils prédominent même dans les oasis en lisière du Sahara (c'est la population Harratine).

La population reste en grande partie concentrée dans les régions côtières et les plaines du Nord. Elle est caractérisée par sa jeunesse : les deux tiers ont moins de trente ans. La croissance démographique reste élevée. (1) Aussi le taux de fécondité est de 2,5 enfants par femme en 2001. (2)

Deux millions de marocains sont expatriés, dont plus de 800 000 en France. (1)

1.1.2. Situation politique

Le Maroc est une Monarchie constitutionnelle de droit divin. L'essentiel du pouvoir est détenu par le Roi Mohammed VI depuis 1999.

1.1.3. Evolution des traditions

Elles persistent globalement surtout en campagne avec des différences selon les régions.

1.1.4. Les systèmes de soins

L'accès aux soins ainsi que les aides sociales s'améliorent lentement. Les infrastructures, le nombre et qualification du personnel restent très insuffisants.

Des programmes de périnatalité ont été implantés pour réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

Sur le plan des naissances et de la périnatalité, les chiffres sont inquiétants. Le Maroc a vu naître en 2006, 635 000 bébés, compte seulement quelques centaines de sages-femmes diplômées et d'obstétriciens, cela représente seulement 9 infirmières et sages-femmes et moins de 6 médecins pour 10 000 habitants. (3)

La mortalité maternelle est de 227/10 000 naissances (contre environ 1 pour 10 000 en France) et la mortalité périnatale est d'environ 40 pour 1000 naissance (contre 3,6 pour 1000 en France) en 2006. (3)

Les femmes restent guères suivies pendant leur grossesse ; 17% ont bénéficié de consultations prénatales en 1992 et principalement dans les centres de santé. L'accouchement à domicile n'est pas rare ; 43% seulement ont lieu en milieu surveillé au Maroc en 1992.

On note une grande faiblesse de prise en charge : 28% seulement ont une assurance maladie et les prix sont parfois exorbitants : un accouchement eutocique vaut 230 euros ; une césarienne en vaut 1500 euros (selon les établissements de santé). 40% des marocains vivent en dessous du seuil de pauvreté.

1.2. Immigration en France: Situation en 2007

1.2.1. Définitions

« Selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France. Les personnes nées françaises à l'étranger et vivant en France ne sont donc pas comptabilisées. A l'inverse, certains immigrés ont pu devenir français. Les populations étrangères et immigrés ne se confondent pas totalement : un immigré n'est pas forcément un étranger et réciproquement, certains étrangers sont nés en France (essentiellement des mineurs). La qualité d'immigrée est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance qui définit l'origine géographique d'un immigré ». (4)

La **population générale** est l'ensemble de la population vivant en France Métropolitaine.

La **population lorraine** est l'ensemble de la population vivant en Lorraine, toutes origines confondues.

La population de **première génération** désigne la population née au Maroc et ayant immigré par la suite.

La population de **deuxième génération** désigne les enfants nés en France de parents immigrés.

1.2.2. L'immigration en quelques chiffres

Au premier janvier 2005, 6 millions d'étrangers (dont 2,6 millions Français par acquisition) ont été recensés en France métropolitaine. En 2006, environ 135 000 étrangers ont été admis au niveau du titre du séjour, un niveau comparable à celui de 2005. (5)

Les immigrés natifs du Maghreb occupent la fraction la plus importante de l'ensemble des immigrés. Le Maroc représente ainsi le deuxième pays pourvoyeurs d'immigrés avec un taux aux environs de 14% du flux total d'étrangers en 2006.

Cependant, les motifs de l'immigration ont changé. Au milieu des années 70, le ralentissement de la croissance économique est responsable de l'immigration des travailleurs. Ainsi, depuis 30 ans, l'immigration est généralement féminine, liée au regroupement familial. L'équilibre hommes/femmes est atteint en 2004.

Parmi d'autres motifs de migration, nous retrouvons les études, le regroupement familial, les raisons économiques ou politiques.

Les immigrés ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire français. En effet, ils sont plus nombreux dans les grandes villes (« *Près de deux immigrés sur trois habitent une unité urbaine de plus de 200 000 habitants* ») (6), en région parisienne, au nord-est français et pourtour méditerranéen. C'est-à-dire principalement au niveau des zones frontalières, les régions urbanisées et industrielles. Ainsi la proportion d'immigrés a augmenté entre 1990 et 1999 en Alsace.

Au premier janvier 2005, la Lorraine compté 180 000 immigrés toutes origines confondues, soit 7,7 % de la population totale en Lorraine. Parmi eux, 17 000 immigrés sont marocains, ce qui représente approximativement 0,72 % de la population Lorraine. *Selon une étude menée par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economique), entre janvier 2004 et janvier 2006, 53% sont des hommes et 60% d'entre eux travaillent. Cette population est la plus nombreuse dans la tranche d'âge de plus de 40 ans.* ^{3 (1)}

Répartition sociodémographique des immigrés en métropole (7)

Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006

Immigrés	Maroc
Hommes	53%
Femmes	47%
Actifs	60%
<i>dont hommes actifs</i>	37%
<i>dont femmes actifs</i>	23%
0 à 19 ans	8%
20 à 39 ans	39%
40 à 64 ans	44%
65 ans ou plus	9%
Part des Français par acquisition	38%

Les immigrés du Maghreb (53 000 immigrés) sont la deuxième population d'immigrés la plus nombreuse en Lorraine après les immigrés des Pays de l'Union Européenne. (8)

Cette population est issue d'une immigration ancienne puisque la plupart étaient déjà présent en Lorraine en 1990.

La situation socio-économique des immigrés en Lorraine est globalement comparable à celle dans le reste de la France métropolitaine.

1.2.3. La situation socio-économique des immigrés

Le niveau d'études des immigrés a progressé. La proportion d'immigré ayant un diplôme supérieur se rapproche des non immigrés (24% contre 27%). En 1982, seulement 6% des immigrés et 12% des non immigrés étaient titulaires d'un diplôme supérieur. (9) En 1982, 81% des immigrés n'avaient qu'un certificat d'études primaires contre 41% en 2004 et 17% dans la population générale. (10) De plus, le tiers des immigrés présents en métropole depuis moins de 10 ans ont un diplôme supérieur contre 27% il y a 10 ans. (9)

Il y a une surreprésentation de la population immigrée dans le secteur secondaire : 52% des hommes et 23% des femmes y occupent une place, contre 37% des hommes et 10% des femmes de la population non immigrée. (10)

Depuis 10 ans, il y a une modification de la structure des emplois : un recul du secteur ouvrier en faveur du secteur tertiaire. Le nombre d'immigrés ouvriers a chuté de 13,5 points contre 1,8 pour les non immigrés. En conséquence, la part des immigrés parmi les professions intermédiaires a augmenté de 3,5 points contre 1,3 pour la population non immigrée. (10)

En 2007, le taux de chômage des immigrés est de 13,5% pour les hommes et de 17,3% pour les femmes. (11)

La majorité des immigrés a donc des revenus plus faibles que le reste de la population, et vivent pour la plupart dans des grandes villes où les logements sont plus onéreux. Ils sont ainsi moins souvent propriétaires (35% contre 57% chez les non immigrés) et plus souvent locataires du secteur social. (10) La quasi-totalité vit avec un confort sanitaire de base : eau courante, WC, baignoire, douche. Cependant, ils vivent

dans des logements plus petits, 75m² contre 91m² en moyenne chez les non immigrés, malgré des familles plus nombreuses. (10)

1.2.3. La situation familiale des immigrés

- Quelques chiffres :

En 1999, 2,9 millions d'immigrés sont en couple, il y a également 2 millions de familles dont la moitié comprend un membre immigré. Pour 45% des familles mixtes, la femme est issue de l'immigration, auquel cas la répartition sociale est proche de la population française. Le reste des familles suit le modèle socio-économique des immigrés. (12)

Lorsque les deux conjoints sont immigrés, il y a une forte prédominance de l'endogamie. Ainsi, 92% des maghrébins se marient entre eux. (12) De plus les couples mariés chez les immigrés sont marqués par une relative stabilité contrairement à la diminution des couples mariés non immigrés de 1990 à 1999. La cohabitation hors mariage reste peu fréquente parmi les immigrés. Moins d'un tiers des immigrés commencent leur union en concubinage, contre sept couples sur dix dans la population générale.

En 1999, 75 000 enfants sont nés de mères étrangères, ce qui correspond à 10,7% des naissances en France. Parmi l'ensemble de ces naissances, 36% sont de parents d'origine maghrébine dont 17,1% pour les Marocaines. Les maghrébines restent en France les représentantes les plus nombreuses parmi les pays à forte fécondité. (13)

Avec en moyenne 2,8 enfants par femme, le taux de fécondité des femmes étrangères est plus élevé que celui de la population générale (2 enfants par femme le 17 janvier 2007). La fécondité des marocaines en France est supérieure à celles de leurs homologues n'ayant pas migré.

- Evolution de la composition familiale

D'une manière générale la famille-type tend à devenir nucléaire par le mode de vie actuel et l'éloignement de ses membres.

Les relations de couple se trouvent davantage réduites à la conjugalité, la communauté intervenant moins.

Cependant, à chaque événement heureux ou non, touchant un de ses membres, la famille retrouve spontanément sa cohésion et la solidarité qui caractérisent la famille élargie traditionnelle de façon à maintenir l'équilibre du groupe.

Ces principes demeurent donc par le maintien de certaines valeurs même si la trame familiale a pu être partiellement modifiées par l'acculturation* française.

1.2.4. La situation de la 2^{ème} Génération

Par les lois réglementant le regroupement familial (décret du 29 avril 1976 et la loi Pasqua du 24 août 1993), la population maghrébine a alors augmenté, rajeuni, s'est féminisée et francisée. (14) D'où une réelle difficulté à dénombrer la population maghrébine réelle de deuxième génération notamment et ce pour deux raisons :

— Certaines sont nées françaises, d'autres non et sont restées étrangères ou ont acquis la nationalité.

— De plus les maigres statistiques portant sur cette population sont sujet à polémique. Depuis la classification en 1992 de Michèle Tribalat, chercheuse à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) qualifiée de ségrégationniste par Hervé le Bras, « *il nous est interdit d'exploiter ces catégories dans les chiffres du recensement* » ; « *On se borne à distinguer uniquement les français et les étrangers vivant en France* ». (17)

Le destin social des descendants de migrants est comparable aux enfants de non migrants. De plus la part des ouvriers a reculé parmi les enfants de migrants alors qu'elle est restée identique chez les enfants de non-migrants. (10)

La situation des jeunes issus de l'immigration est loin d'être simple. Ils grandissent au sein d'une ambiance maghrébine par la langue, le mode de vie, les rôles. Puis, ils sont insérés dans une institution scolaire laïque, dotée d'autres valeurs et traditions. Il s'agit ainsi de « *Véritables transferts culturels* » (15) qui les oblige à remanier les structures, les rôles, les normes sociales et familiales. Ces phénomènes inconscients peuvent entraîner chez certains jeunes des formes d'anxiété et des perturbations psychiques. (15)

Avec l'immigration, les mœurs de ces populations ont donc évolué significativement. Tout d'abord, l'assimilation linguistique semble rapide et générale : nombreux sont ceux qui déclarent le français comme leur langue maternelle. De plus,

les jeunes de 2^{ème} Génération d'immigrants sont aussi nombreux que le reste de la population à manifester une certaine indifférence religieuse. Peu ont lu le Coran ; la transmission s'est faite oralement par les parents, rarement par des cours à la Mosquée vite abandonnés. Le sens des obligations est souvent inconnu ou erroné avec confusion entre culturel* et cultuel*. Cependant, ils subsistent les rituels musulmans traditionnels matrimoniales se sont modernisées dans la mesure où le mariage entre cousins et devenu rare et les mariages arrangés moins fréquents. La résistance au modèle traditionnel se traduit par une certaine inhibition et un retard à la vie en couple. (17)

En conclusion, l'on peut dire que l'attachement culturel semble décliner avec l'émancipation familiale.

1.3. La place de la femme

1.3.1. Au Maroc

- Religieusement :

Dans la culture marocaine est plus particulièrement musulmanes, l'Islam est plus qu'une religion, c'est un mode de vie.

Le Coran est « Le Livre sacré de l'Islam composé des révélations transmises par Dieu (Allah) au prophète Mohammed. Il se compose de 114 sourates divisées et versets. » « Son texte a fourni, à côté du recueil des traditions liées à la vie du Prophète, la Sunna, les bases de l'édifice islamique : la théologie est le droit musulman, la langue et la littérature arabes, enfin le culte musulman, qui réserve une place centrale à la récitation de ses versets. »(18)

La famille est le fondement même de la société islamique. Le modèle familial est de type patriarcal, les rênes de la famille sont tenues par l'homme ; patrilinéaire, l'héritage est transmis par l'homme ; et patrilocal, l'épouse vient habiter chez la famille du mari. Le mari est donc chef de famille, ce qui ne veut pas dire dictateur. En effet, au sein de la famille l'homme et la femme ont des rôles complémentaires. Le mari représente l'image sociale de sa famille, et la femme présente un rôle de gestionnaire du foyer familial. Mais son rôle principal est l'enfantement, puis éducation et la transmission des traditions aux générations futures, éléments constitutifs de la société de demain. L'Islam accorde donc beaucoup d'importance à la maternité, en effet dans la Sunna le prophète affirme : « *Le paradis est sous les pieds de la mère* » (19) La

maternité est donc un élément capital dans la vie de toute femme, d'autant plus si elle est musulmane puisque c'est une façon d'acquérir la reconnaissance de son rôle dans la famille et au sein de la société. Cet événement est exclusivement réservé à la femme, l'accomplissement et la réussite de cette entreprise est sous sa responsabilité.

- Politiquement

Le nouveau Code de la famille au Maroc que l'on appelle parfois et incorrectement Moudawana (Moudawana faisant référence au statut personnel de la femme) a été adopté à l'unanimité par les deux chambres en janvier 2004 et publié au Bulletin officiel le 5 février 2004 avec effet immédiat.

Le roi Mohamed VI a voulu réformé le code de la famille en 2004 afin de le moderniser et ainsi éliminer les termes dégradants pour la femme, la hissant ainsi au rang de partenaire de l'homme en droits et en obligation.

Il s'inscrit dans un projet de société articulé autour de 3 grands axes :

- _ Consécration du principe d'égalité entre les conjoints
- _ Souci d'équité et de justice
- _ Protection des droits de l'enfant

Parmi les principales modifications on note :

- _ Une égalité des époux au niveau de la responsabilité familiale. Ainsi la famille est placée sous la " responsabilité conjointe des deux époux ". Dans le texte précédent, la famille était placée sous l'unique " responsabilité du mari ". (Article 54)

- _ Egalité au niveau des droits et des devoirs des deux époux. Abandon de la règle de " l'obéissance de l'épouse à son mari ". (Article 51 et 52)

- _ Abolition de la règle qui soumettait la femme, au titre de la " wilaya " dans le mariage, à la tutelle d'un membre mâle de sa famille. La " wilaya " est désormais un droit de la femme majeure qui est maître de son choix et l'exerce selon sa propre volonté et son libre consentement. (Article 11)

- _ Egalité entre la femme et l'homme en ce qui concerne l'âge du mariage, fixé uniformément à 18 ans. L'âge dans le texte précédent, était de 18 ans pour l'homme et 15 ans pour la femme. (Article 19)

_ Le divorce est défini comme une dissolution des liens du mariage que le mari et l'épouse exercent, sous contrôle judiciaire, selon des conditions légales propres à chacun d'entre eux. Dans le précédent texte, le divorce constituait une prérogative exercée par l'époux de manière discrétionnaire et souvent abusive et aucun recours au juge n'était envisagé. (Articles 70,78 et 114)

_ La polygamie est désormais soumise à l'autorisation du juge et à des conditions légales draconiennes qui la rendent « presque » impossible. (Articles : 40, 41, 42, 43,44)

_ En ce qui concerne la défense des droits de l'enfant des dispositions intégrant les accords internationaux relatifs aux droits de l'Enfant auxquels le Maroc a adhéré, ont été insérés. C'est la première fois que de telles dispositions sont formellement intégrées dans la législation nationale. (Article 163). La garde de l'enfant est désormais confiée à la mère (jusqu'à l'âge de 7ans), puis au père, ensuite à la grand-mère maternelle et, en cas d'empêchement, le juge peut décide de confier la garde au plus apte à l'assurer parmi les proches de l'enfant en considération de l'intérêt de celui-ci. Dans le texte précédent, l'intervention du juge dans l'intérêt de l'enfant n'existait pas. Le texte se limitait à énumérer les proches de l'enfant pouvant se voir confier la garde sans prise en compte ...

1.3.2. Dans l'immigration

Il est essentiel de définir le trajet migratoire de chaque patiente.

Deux profils migratoires sont ainsi à définir :

_ L'immigration est un choix, souvent pour suivre son conjoint, le projet migratoire est alors intégré au projet familial. L'intégration est ainsi facilitée, d'autant plus si la patiente est jeune, scolarisée, ayant eu une formation linguistique française et si elle est primipare.

_ Lorsque l'immigration est vécue comme une rupture à un moment plus avancé dans l'évolution de la vie familiale, il persiste des difficultés d'intégration sur le long terme. Il s'agit alors de patientes réfugiées, en attente de statut, souvent plus âgées, multipares et sans formation scolaire.

Ainsi lorsque le phénomène de migration est réversible et/ou inscrit dans le cadre d'un projet de couple, l'intégration est favorisée. Au contraire, si le phénomène est réversible, il se retrouve alors des difficultés d'intégration majeure.

Dans tous les cas de figure, deux types de rupture sont souvent présents en situation d'immigration :

_ L'éloignement de son groupe social, qui génère des difficultés de reconnaissance identificatoire : Quelles sont les valeurs à transmettre à l'enfant ? Par conséquent, ces difficultés sont parfois à l'origine de dysfonctionnements dans la relation mère enfant.

_ La découverte d'approches médicales différentes, qui en explique le vécu difficile, parfois comme une transgression, ce qui accentue le sentiment de fragilité et de vulnérabilité. (21)

1.3.3. Issues de la 2^{ème} Génération

La problématique de la jeune fille issue de la 2^{ème} génération se rapproche de l'ensemble de la population issue de cette même génération. Cependant, certains points sont à souligner.

Outre le fait que cette génération est ballotée entre deux statuts qui s'opposent, les jeunes filles se trouvent dans une situation où elles doivent gérer leur émancipation individuelle sans pour autant rompre avec leur communauté dont elles souhaitent la promotion.

Cependant, quelques jeunes filles, à partir de l'adolescence, sont soumises à des pressions familiales, de la part du chef de famille ou du frère aîné. A la puberté, ces jeunes filles sont dépossédées de leurs corps, symbole de l'honneur familial. Cela se traduit par des interdits (vestimentaires, maquillage...), des prescriptions sexuelles (préservation de la virginité) jusqu'à atteindre parfois le mariage dit « forcé ». Ces jeunes filles peuvent connaître des difficultés à assumer leur féminité du fait du poids persistant des interdits. (21)

Les mentalités semblent ainsi évoluer moins vite que dans le pays d'origine. Elles sont comme figées telles qu'elles étaient au moment de la migration, et parfois ont même l'air de régresser. Des demandes nouvelles auprès du gynécologue se font entendre : certificat de virginité, demande de réparation de l'hymen....

Il serait restrictif de dire que les jeunes filles de la deuxième génération peuvent être « classées » en deux groupes. Tous les comportements sont donc possibles entre les deux extrêmes décrits ci-dessus.

1.4. Rituels autour de la naissance

1.4.1. Dernier trimestre de la grossesse.

Il est important de développer les traditions en fin de grossesse car nous sommes amenés en salle de naissance à voir en consultation des patientes en suivi intensif de grossesse et des patientes qui consultent en urgence. Celles-ci sont susceptibles de retourner à domicile avec des conseils d'usage donnés par le personnel. Or les traditions interviennent sur la compréhension et l'observance des consignes ou des traitements donnés.

Selon les traditions, à partir des premiers mois de la grossesse jusqu'au 40^{ème} jour du post-partum, un réseau féminin se construit autour de la future mère, afin de préserver et de mener à terme cette grossesse et de transmettre à la future mère les bases de l'éducation de son enfant à venir.

La femme musulmane prend de nombreuses précautions afin de préserver jusqu'au terme de la grossesse sa santé et celle de l'enfant qu'elle porte : elle n'annonce pas sa grossesse tôt, elle ne sort jamais la nuit, ne pénètre jamais dans des sanitaires publics, porte des amulettes telles que la « *main de fatma* » qui la protège contre « *le mauvais œil* », se protège des émotions fortes. Celles-ci doivent garantir « *le travail des anges dans le ventre maternel* »(22) et éviter la naissance « *d'un enfant inachevé* »(22) Pour avoir un bel enfant, la mère chasse tout ce qui peut lui rappeler la laideur.

La femme enceinte est traitée comme une reine au Maroc, elle manifeste ses caprices, ses envies. Si ceux-ci ne sont pas assouvis, l'enfant risque de présenter sur le corps des tâches mongoloïdes. (21)

Durant l'ensemble de la grossesse, elle n'hésite pas à masser chaque jour l'ensemble de son corps avec de l'huile d'olive afin d'éviter toutes vergetures.

Au 7^{ème} mois de la grossesse, la cérémonie du henné est organisée par la famille proche. Les mains et les pieds de la femme sont décorés de henné, symbole que l'enfant à venir est désormais sauvegardé. (23)

Durant le dernier mois de la grossesse, la femme prépare son accouchement de diverses manières ; ces préparatifs sont importants pour le bon déroulement de

l'accouchement. La femme va au hammam où elle est massée, lavée. La chaleur de l'endroit aurait l'avantage d'assouplir les tissus et de mûrir le col utérin. (23) De même, les relations sexuelles fréquentes en fin de grossesse agissent en synergie sur la maturation du col. C'est cependant un fait controversé, mais qui n'entre pas dans la catégorie des interdits religieux, et qui reste à l'appréciation de chaque couple, certains préférant l'abstinence de peur de « déranger » le fœtus. Il est à noter que le toucher vaginal est considéré comme un « *acte indécent et dangereux pour le fœtus* »(24).

La femme est rasée quelques jours avant l'accouchement, la pilosité étant considérée comme extrêmement insalubre. Elle aura pris soin d'enduire les mains et les pieds de henné, d'accrocher « *une main de fatma* » à ses vêtements pour se protéger des esprits maléfiques. (22)

1.4.2. L'accouchement

- Le travail

Le lieu de l'accouchement, au Maroc, est différent selon la situation géographique et sociale de la femme. La prise en charge diffère suivant le lieu de naissance. Plus elle est médicalisée, moins les traditions sont conservées et transmises. En zone urbaine, l'accouchement a lieu à l'hôpital public ou en clinique privée si la famille en a les moyens financiers. Le travail est suivi par une sage-femme diplômée.

Si la famille habite en campagne, l'accouchement se déroule à domicile avec la sage-femme traditionnelle appelée communément « *qabla* » (= celle qui reçoit). Celle-ci est souvent une parente ou une amie de la famille. La « *qabla* » est un personnage important dans la société marocaine. Fortes d'une expérience personnelle et d'un savoir empirique, elles sont souvent âgées et pieuses. La transmission du métier s'effectue de mère en fille. De nos jours, de plus en plus de dispensaires voient le jour au sein des campagnes et des programmes de santé publique ont été lancés avec pour objectif principal de former les « *qablas* » afin de réduire la mortalité maternelle et infantile en période périnatale.

Tout au long du travail la parturiente est installée dans une pièce obscure. Dès les premières contractions, elle boit également une tisane sucrée à base de cannelle qui a la propriété d'augmenter l'intensité des contractions et de les réguler. Il existe aussi une tisane à base d'écorces d'oranges amères qui elles, ont une vertu antiacide pour

l'estomac. Si l'accouchement est long et/ou difficile, une potion à base de boutons de roses pilés dans de l'eau est donnée à la femme. Celle-ci a également comme propriété de réduire les hémorragies, notamment lors de la délivrance. (25)

Concernant la douleur peu de méthodes sont à la disposition des femmes. Il n'existe pas d'opposition religieuse à l'anesthésie par péridurale. Cependant au Maroc le coût trop élevé du geste ne permet pas aux patientes d'en bénéficier dans les hôpitaux publics, sauf si la famille apporte un supplément financier. En France, le refus de l'anesthésie peut s'expliquer par la peur du geste, ou le besoin de donner un sens plus fort à ce qu'elles vivent.

La patiente pourra consommer des tisanes calmantes à base de thym, de menthe, de clou de girofles et de cannelle destinées à soulager la douleur des contractions. (26) Si la peur se rajoute à la douleur de la femme alors une infusion de coriandre et d'anis vert sera de mise. (25)

Le travail sera valorisé par l'expression de la souffrance, cris, pleurs, prières. (22) La femme, lorsqu'elle exprime sa douleur, garantit l'honneur de son mari.

La parturiente pendant le travail marche et adopte toutes les positions qu'elle désire. Elle défait la ceinture qu'elle a autour de la taille, enlève ses bijoux, dénoue ses cheveux (ce geste est symbolique puisque effectué par la fille du prophète à la naissance de son premier enfant) et porte une tunique ample nommée : « *gandoura* »: tous les liens doivent être défaits pour supprimer les idées de fermetures et mieux se laisser aller. (27) Afin d'approfondir cette idée d'ouverture du corps, la femme est massée de haut en bas avec de l'huile d'olive.

Pendant le travail, la solidarité féminine est très forte. Les femmes présentes, cousines, sœurs, amies de la patiente se préoccupent de son bien être. Elles ont un rôle psychoaffectif, et assurent de diverses manières la protection de la mère et du fœtus. La protection divine est le premier objectif des accompagnatrices, et reste la protection la plus sûre selon la tradition. Les femmes déversent de l'eau dans un récipient puis y rajoute du safran et remuent le tout jusqu'à l'obtention d'une coloration homogène, cela en prononçant la sourate « *al Zalzalah* » (=tremblement de terre) (« *La connaissance de l'heure et auprès de lui seul ; aucun fruit ne sort de son noyau, aucune femelle ne porte*

et ne met bas sans sa connaissance ») (28) et les versets indiquant qu'Allah connaît le contenu de l'utérus (« Dieu sait ce que la femme porte dans son sein ; de combien de matrice se ressert ou s'élargit. Tout est pesé devant lui ») (29). La parturiente boit la potion et s'en masse le ventre. Le milieu traditionnel maghrébin est, en plus d'être un monde guidé par la religion musulmane, imprégné de superstitions et de sorcellerie. Ainsi une forte protection contre le « mauvais œil » est offerte à la femme.

Le « *Mauvais œil* » est le pouvoir de porter malheur, de jeter un sort. Beaucoup possèdent ce pouvoir à leur insu et l'exercent involontairement. Il s'agit d'une force magique néfaste dont l'agent est le regard. Il est la manifestation, le véhicule du désir et des sentiments liés à la jalousie, l'envie, la malveillance, dirigés contre les biens, la richesse, le bonheur, la santé et le bien-être d'autrui. L'apposition de henné sur les mains, sur les pieds et l'agrafage d'une « main de fatma » sur la tunique sont quelques moyens de lutter contre cet agent malveillant. Dans le même objectif est pour l'assainissement du lieu de naissance, un ensemble d'ingrédients (encens, poudre d'alun, gomme de fêrulle) est brûlé dans un brasero sur lequel on jette de temps à autre une poignée de gros sel destinée à conjurer le mauvais sort. Ce brasero est placé régulièrement sous les jambes de la femme afin de provoquer une meilleure dilatation. (24)

- L'expulsion

Quand vient le moment de l'expulsion, la femme se tourne en direction de la Mecque. Le silence se fait, les femmes accompagnent la future mère de leurs vœux et prières. Cet accompagnement religieux est capital puisque selon la tradition « l'accouchement est un rite de passage à la frontière de la vie et de la mort ». Cet élément est renforcé par la persistance d'une forte mortalité maternelle au Maroc (7 femmes meurent en couche chaque jour en 2003). (27)

Dans une culture où la pudeur est une qualité, le mari n'est généralement pas présent dans la pièce, même s'il tend à assister, aujourd'hui, à la naissance en structure hospitalière. En effet, l'accouchement est une histoire de femmes, le conjoint ne doit donc ni voir le sang, ni les diverses pertes de son épouse. De même selon les spécialistes de l'Islam : « *il n'est pas permis à une femme de regarder les parties du corps d'une autre femme comprises entre le nombril et les genoux. La seule exception concerne le cas de nécessité absolue, comme les consultations médicales et l'accouchement. Mais même dans ce cas, seuls le gynécologue, le médecin ou la sage-*

femme aura le droit de regarder les parties privées de la patiente. »(30) (Mohammed Patel)

La position d'accouchement en milieu hospitalier et la position classique gynécologique. Dans les campagnes traditionnelles, la parturiente accouche de la manière dont elle désire. Une femme située derrière elle, appelée « *chaddada* » (=celle qui soutient) la soutient si celle-ci a choisi d'accoucher debout, assise ou accroupie. La « *qabla* » est située en face d'elle, et vérifie régulièrement sous la tunique la progression de la présentation. La « *chaddada* » exerce également une pression continue et lente sur le fond utérin pour que le placenta « *ne remonte pas au cœur* »(24) ce qui occasionnerait la mort de l'accouchée. (24) Au moment de l'expulsion, elle essuiera le visage de la mère pour effacer le masque de grossesse. (31)

La « *qabla* », masse le périnée avec de l'huile d'olive, du savon ou un jaune d'œuf afin d'éviter toute déchirure périnéale. (32) Ni la césarienne, ni l'épisiotomie ne présentent d'opposition religieuse. (33) Cependant, le rôle de la « *qabla* » dans les campagnes est à ce propos plus délétère dans la mesure où elle n'effectue aucune réflexion de déchirure par manque de matériel et de formation médicale : « *l'ange qui a déchiré la femme fera les sutures* ». (24)

La souffrance fœtale est insoupçonnée. La couleur du liquide amniotique n'est pas un indicateur pris en compte par la « *qabla* ». De même, ne pratiquant aucun enregistrement du rythme cardiaque fœtal, elle ne peut pas déceler les troubles du rythme. En cas de réanimation néonatale, les recours de la « *qabla* » sont limités également et se résume à maintenir le nouveau-né par les pieds, lui appliquer de l'eau froide sur l'anus et lui déposer une pincée de poivre dans les narines. (24)

Une fois l'enfant né, celui-ci est posé sur les genoux de la « *qabla* », attendant passivement la délivrance. Lorsque le placenta est expulsé, elle mesure quatre travers de doigts sur le cordon ombilical et le coupe à ce niveau à l'aide de ciseaux, après l'avoir ligaturé avec un fil de laine de couleur rouge. (24) La couleur rouge selon l'Islam est le symbole de la vie. (34) Aucune précaution antiseptique n'est prise et la plaie ombilicale est rarement pansée. Le tétanos ombilical, méconnu de la « *qabla* » est encore fréquent au Maroc lorsque l'accouchement a lieu en dehors de la structure hospitalière. (24)

Puis elle confie l'enfant aux accompagnatrices afin qu'elles puissent le présenter au père, qui attend la naissance derrière la porte. Afin de signaler la naissance et le sexe

de l'enfant à la famille en dehors de la pièce, la jeune mère crie trois fois pour un garçon, une seule fois pour une fille. Les accompagnatrices manifestent leur joie par des youyous sonores pour un garçon, elles restent muettes pour une fille. Seule la survenue d'un fils confirme la virilité du père musulman. (22) Cette différence d'accueil entre le nouveau-né féminin et masculin est d'autant plus marqué que le Coran l'affirme ouvertement : « *Si on annonce à quelqu'un d'entre eux la naissance d'une fille, son front rembrunit et il s'afflige profondément* »(35)

Vient le moment de la délivrance qui s'effectue dans la plupart des cas sans complications. En cas de rétention placentaire, le cordon est noué sur la cuisse droite de la patiente, et une pression continue est exercée sur l'abdomen. Une autre méthode consiste à la faire souffler de toutes ses forces dans une bouteille vide. Parfois, des graines de moutarde pilée dans le miel, sont données à la mère. La moutarde présente des propriétés ocytociques. (25) Si ces techniques sont inefficaces on installe la femme sur une cuvette d'eau chaude et on lui demande de pousser.

La « *qabla* » ne vérifie ni l'intégrité du placenta ni la quantité des pertes sanguines. Elle ne s'aperçoit de la gravité de la situation que lorsque la femme commence à présenter des signes de choc hémorragique. (24) L'abondance du sang à cet instant de l'accouchement présentera un risque spirituel pour la mère puisque les démons sont attirés : la patiente est protégée par la présence de sel jeté sur les draps. De même, afin d'éloigner les mauvais esprits de la maison, le devenir du placenta est important : il est enterré comme « *tout élément qui s'est détaché du corps humain* »(36) (Mohammed Patel), et ce le plus loin possible du domicile.

Si l'accouchée ne désire plus avoir d'enfant, elle enterre le placenta du cadet avec une grosse aiguille et du sel. (22) De même la « *qabla* » peut tremper quatre à cinq figes séchées dans les lochies pour les emporter avec elle plus tard. Leur nombre correspond aux nombres d'années d'infertilités souhaitées. (24) Ces pratiques ont disparu avec l'essor de la contraception.

Le cordon ombilical est enfoui près d'une école s'ils veulent que l'enfant devienne avide de devoir, et près d'une mosquée s'ils veulent qu'il soit pieux. Enfin pour que l'enfant ait de l'affection pour son père, certaines glissent sous l'oreiller paternel un morceau de cordon emballé dans du satin avec des graines de nigelle et de cumin, le jeudi de préférence de bonne heure. (22) Le jeudi étant la vieille du week-end

musulman. Cet acte assure un contact heureux et chaleureux avec l'enfant durant ses jours de congé.

1.4.3. Le post-partum immédiat

Tout de suite après l'accouchement la femme bénéficie d'un massage complet du corps afin de détendre tous les muscles, massage qui se termine par des étirements et des vibrations des membres inférieurs visant à remettre en place le bassin. Un massage un peu plus musclée sera réalisée au 10^{ème} jour par la « qabla » afin de repositionner les organes qui aurait pu se déplacer lors de la grossesse ou de l'accouchement. (24) Elle terminera son massage par une pression exercée sur la vulve de la nouvelle accouchée dans le but de « *repousser les organes génitaux* »(24). Et enfin elle bandera le ventre maternel. Ce geste permettrait de maintenir l'utérus en position basse, d'accélérer l'involution utérine, mais également de combler le vide provoqué par la naissance. (29) (25) Le bandage est effectué avec un tissu de couleur blanche. Le blanc étant symbole de pureté, de renaissance et est au cœur de chaque rituel dans la vie d'un musulman. (34)

La jeune mère après l'accouchement à droit à quelques grains de cumin noir et de graines de moutardes dans du miel, les vertus galactogènes et diurétiques du cumin noir sont précieuses. (25)

Une alimentation riche est préconisée chez la jeune-mère afin de récupérer des forces et de favoriser la montée de lait. Les boissons chaudes sont appréciées, ainsi on déconseille de prendre des boissons gazeuses et des plats froids. Trois plats favoris sont conseillés :

_ Un plat à base de poulet, de lentilles et d'une sorte de crêpes épaisses (*msmen*) appelé : « *r'siffa* ».

_ Une soupe « *harira* », agrémentée d'une grosse poignée d'épices, que la femme prendra tous les matins en guise de collation, durant les 40 jours de repos compensateur après chaque naissance. (25)

_ Un plat sucré composé de farine grillée, d'amandes pilées, de miel, d'huile d'olive, de la fleur d'oranger et de sucre appelé « *sellou* ».

Plus l'alimentation maternelle est riche et abondante, plus la quantité du lait maternel est importante.

Ainsi pendant 40 jours la jeune-mère peut prendre soin d'elle et du nouveau-né sans se préoccuper des tâches ménagères quotidiennes. En effet, le réseau féminin constitué autour d'elle pendant la grossesse reste très présent pour la confection des repas, la tenue du foyer, les changes et les bains du nouveau-né. Durant cette période, l'accouchée s'installe avec son enfant dans une pièce de la maison autre que la chambre conjugale. Très vulnérables, ils sont au centre de toutes les préoccupations, et ne sont jamais laissés seuls. Durant ces 40 jours la femme est considérée comme impure, elle s'éloigne donc de la vie religieuse, ne prie pas, n'a pas le droit de toucher le Coran, n'observe pas le ramadan. (25)

1.4.4. L'accueil du nouveau-né

- D'un point de vue religieux

Dès la naissance, l'enfant n'est pas mis en peau à peau avec sa mère. Il est présenté à son père qui lui prononce à voix basse la « *shahada* ». Il s'agit de la profession de foi des musulmans, soit le premier des 5 piliers de l'Islam. Il est donc recommandé de réciter à tous les nouveau-nés :

_ *Al-adhâm*, l'appel à la prière, dans l'oreille droite

_ *Al-iqâma*, l'annonce de la prière, dans l'oreille gauche.

L'entrée dans l'Islam s'effectue en 4 étapes :

_ Baptême au 7^{ème} jour de vie

_ Choix du prénom

_ Coupe de cheveux (« *hassana* »)

_ Circoncision dès l'âge de trois ans.

Le choix du prénom de l'enfant est capital dans la vie religieuse, il s'agit d'une occasion d'orienter le devenir de l'enfant vers le bien. Le prophète affirme : « *c'est un droit de l'enfant sur son géniteur, le fait que celui-ci l'éduque bien et lui choisisse un beau prénom* »(37). Pour un garçon, le choix se fait souvent parmi les 99 noms donnés à Allah auquel on ajoute le préfixe : « serviteur de... » (=Abdel...), et le nom du prophète. Pour une fille, le prénom est inspiré d'une défunte regrettée, d'un rêve prémonitoire que la mère a eu pendant la grossesse, du déroulement de l'accouchement. Si celui-ci fut difficile l'enfant s'appellera « *Rabha* » (=Victorieuse) ou « Aïcha » (=la vivante).

Le baptême de l'enfant a lieu au 7^{ème} jour de vie. Lors de la cérémonie de l'imposition du nom, « *tasmiya* », le prénom est dévoilé par son père ou l'imam présent. Par tradition, on lui coupe une mèche de ses cheveux et on demande la protection divine du nouveau-né. Il est donné en aumône, 4^{ème} piliers de l'Islam, l'équivalent en or ou en argent du poids des cheveux coupés aux pauvres. Puis un mouton est sacrifié et partagé lors de la fête donnée pour la circonstance. (22) Dans la période préislamique, lors de la naissance d'un garçon, un mouton était égorgé et de son sang on maculait la tête du nouveau-né. Depuis la naissance de l'Islam, le sacrifice du mouton est conservé. Cependant, on enduit la tête de l'enfant avec du safran après l'avoir rasée. (38)

- Soins au nouveau-né

Selon la légende, la première respiration de l'enfant correspond au moment où Dieu, par l'intermédiaire d'un ange, l'informe de son destin mortel. L'enfant prend conscience de la vie et de la mort. Effrayé, il se met à pleurer.

A la naissance, l'enfant est essuyé. Il ne reçoit son premier bain que la veille du baptême au sixième jour de vie. L'eau du bain est considérée comme de l'eau bénite avec laquelle il est bon d'arroser les plantes. (39) Le nouveau-né reçoit une goutte de jus de citron ou de colostrum dans chaque œil afin d'éviter les infections oculaires. La « *qabla* » lui passe à l'aide d'une spatule très fine du méconium sur les sourcils pour aider les poils à pousser en abondance. Cette pratique est ancienne et oubliée depuis une vingtaine d'années. (24) La « *qabla* » suspend l'enfant quelques instants pour qu'il s'allonge et lui tire le nez entre le pouce et l'index pour qu'il soit fin. (24)

Puis l'enfant est massé avec de l'huile d'olive et de poudre d'écorce de pin qui ont des vertus antiseptiques. (25) Effectué tous les matins jusqu'à l'âge de 18 mois, ce massage traditionnel favorise une bonne circulation veineuse. Plus tard, il diminuera les fièvres dues aux poussées dentaires et facilitera le percement des dents. Durant le massage l'enfant est maintenu par le menton et l'occiput, pour qu'il soit grand et son port de tête affirmé. (22)

Puis il est emmaillotté jusqu'au cou, ce qui bloque ces mouvements et permet une meilleure coordination de ceux-ci. (39) A partir du troisième mois, la mère commencera à le découvrir, le jour seulement, en lui libérant au fur et à mesure les bras, puis le thorax, puis les jambes. Il sera emmaillotté pendant environ une année. De plus, cet enveloppement semble différent selon le sexe du bébé : la petite fille est plus à

l'étroit que le garçon, afin d'encourager leur disposition à la dépendance. (Conclusion de Sophie Garnero, psychiatre)

Sur le cordon on dépose parfois du khôl ou poudre d'antimoine ayant des propriétés antiseptiques. Parfois l'enfant est maquillé avec celui-ci à partir du troisième jour de sa naissance afin de le protéger contre le mauvais œil.

Concernant l'alimentation du nouveau-né, l'enfant ne reçoit pas le colostrum, puisqu'il ne correspond pas au lait définitif. Un mélange à base de beurre fondu et de poudre d'armoise blanche (« *sheech* ») lui est donné. Cette potion est filtrée et déposée dans sa bouche à but laxatif. Une fois le méconium évacué, l'enfant tétera avec plus de vigueur ce qui assure la montée laiteuse. L'armoise blanche a une excellente action contre les oxyures et autres vers intestinaux. Cette pratique est moins courante actuellement puisque les femmes ont conscience de l'importance du colostrum. Au Sud du pays marocain et dans les régions sahariennes, les biens faits du colostrum sont reconnus. Dans la région orientale du pays la majorité des femmes ne lui accordent aucun intérêt, il est extrait et jeté. Plus de 25% des femmes marocaines continuent à administrer des liquides type tisane ou autre avant la première tétée. Il s'agit d'un problème de santé publique, que les professionnels de santé tentent de remédier par la révision de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (installée au Maroc depuis 1992). (45) Une fois l'allaitement maternel bien installé, tous les soirs l'enfant reçoit une tisane à base d'anis (« *habet halawa* ») et de cumin (« *kemmoune* »). L'anis pour le détendre et le cumin pour l'endormir. (25) Si l'enfant a des coliques intestinales, sa mère lui donnera une infusion de verveine ayant des vertus stomachiques, digestives et antispasmodiques. (31)

Outre sa fragilité physique, l'équilibre psychique du nouveau-né est facilement atteint par le « *mauvais œil* ». Ainsi la parole et le regard sur l'enfant sont soumis à des règles restrictives : il ne faut ni trop l'observer, ni trop lui faire de compliments. Les mères déploient toutes sortes de pratiques afin de les protéger. La plus répandue est la conservation du cordon ombilical de l'enfant. Quand ce dernier tombe, il est placé dans un petit sac de toile, sous son oreiller. Ce talisman reste à cette place jusqu'aux premiers pas du nourrisson. A l'âge de sept ans, la mère montre à son enfant son cordon ombilical, dans le but de ne jamais oublier ni son enfance, ni sa religion.

1.4.5. L'allaitement maternel

L'allaitement maternel établit le lien de filiation entre la mère et son enfant. Ainsi c'est l'allaitement et non la gestation qui confère à la femme son rôle maternel.

Selon le Coran : « *Les mères allaiteront leurs enfants deux années entières si elles veulent un allaitement complet* ». (41)

L'allaitement maternel est la continuité de la grossesse. Le sein est considéré comme le second cordon ombilical de l'enfant. Toujours à la disposition de l'enfant, c'est un moyen de découverte des sensations olfactives et gustatives, mais également tactiles et corporelles en fonction des différentes postures de mise au sein. (42) Afin d'être toujours à la proximité de l'enfant, le « *co-sleeping* » et le portage sont deux pratiques couramment utilisées dans la vie quotidienne.

A l'écoute des conseils de l'entourage, la jeune mère allaite de manière instinctive. A l'écart des regards masculins, l'enfant est nourrit à la demande, sans retenu et sans honte.

Avant chaque mise au sein, une prière est récitée. La tradition veut que ce soit le père qui récite l'incantation invitant le nourrisson à se laisser guider par la prière, mais une femme peut en assumer le rôle si le père n'est pas disponible. (43)

Durant le temps de l'allaitement, la relation mère enfant est symbiotique. En effet, il est coutume de dire qu'il « *faut laisser l'enfant au sein même s'il ne tète plus, il a besoin de la nef de sa mère* », car il doit en respirer « *l'âme, l'odeur, l'haleine, et la chaleur* ». (42)

Si l'enfant ne peut pas être allaité en post-partum immédiat, en raison de la fatigue maternelle, il reçoit un liquide à base de plantes sacrées : « *l'enfant nourrit par les anges n'a pas besoin du lait maternel les premiers jours.* » (44)

Parfois la mère ne peut pas allaiter, le recours aux mères nourricières est alors recommandé par l'Islam : « *...S'il se trouve des obstacles qu'une autre femme allaite l'enfant.* »(50) Mais c'est au père de se procurer une nourrice : l'enfant sera ainsi nourrit par sa mère et son père. Certaines précautions sont tout de même à prendre dans ce cas de figure. Le lait maternel est, selon les traditions, un dérivé du sang, lui-même issu d'une association des gènes maternels et paternels. (45) Il contient des marqueurs paternels ce qui établit un lien de parenté biologique. Il est donc interdit, puisque incestueux, de se marier entre frères et sœurs de lait. (44)

La raison la plus fréquente de l'arrêt de l'allaitement est la survenue d'une grossesse. La pratique l'allaitement pendant la grossesse n'est pas recommandée. Le lait se transforme et devient inesthétique : « *le fœtus jaloux empoisonne le lait maternel* »(44). Le sevrage s'effectue alors de façon brutale.

Le Ramadan est le 3^{ème} pilier de l'Islam. Il consiste en un jeûne de 29 jours commémorant la révélation du Coran. Pendant cette période, il est interdit de se nourrir, de boire ou de satisfaire à toute sensualité du lever au coucher du soleil.

Toutes femmes enceintes et qui allaitent sont exemptées du jeun du Ramadan. Cependant chaque jour où la femme aura mangé devra être rattrapé, et ce avant le début du prochain Ramadan. Il est compréhensible dans ce cas que de nombreuses femmes désirent bénéficier du soutien de leurs familles pendant le Ramadan que d'avoir à jeûner seules par la suite. (43)

L'ensemble de ces traditions autour de la maternité au Maroc peut paraître parfois anciennes voire anecdotiques. Pourtant, nombreuses d'entre elles persistent de nos jours au Maroc. La « *qabla* » reste un personnage important dans la société actuelle dans la mesure où 50% des accouchements se déroulent encore à domicile au Maroc. (Chiffres de 2005). (46)

*Partie 2 : Problématique, méthodologie et
résultats*

2. PROBLEMATIQUE

La rencontre de deux pratiques de soins peut-être source de richesse et peut permettre au soignant d'appréhender différemment sa pratique quotidienne. Parfois, cette confrontation peut tendre vers une incompréhension, voire une insatisfaction au sein d'une relation thérapeutique.

En effet, lors de situation de migration, les immigrés et leurs enfants sont confrontés à une prise en charge qui parfois leur est différente. Au Maroc, seules les personnes faisant partie d'une catégorie socio-professionnelle élevée ou habitant à proximité d'une ville ont accès aux techniques modernes de l'hôpital.

De plus, le remaniement psychique lié à la grossesse peut faire revivre à la femme enceinte immigrée le traumatisme de la migration et de la transplantation au sein d'un pays dont les mœurs sont aux antipodes de celles du pays d'origine. Dans le contexte de la maternité, la parturiente est donc amenée à vivre une situation dans laquelle sa santé physique et mentale peut être mise en danger plus souvent que ce n'est le cas pour les parturientes non immigrées. De ce fait sont-elles plus demandeuses de prise en charge ?

Ainsi les demandes des parturientes pour l'accompagnement, les soins autour de l'accouchement et de la maternité peuvent donc être ambiguës, autant pour le soignant, dans l'incompréhension de la demande, que pour la patiente, dans son tiraillement entre intégration et respect des traditions.

Dans l'optique de proposer à la patiente la prise en charge la plus respectueuse de ses convictions culturelles, il semble important de définir sa demande avant de pouvoir songer lui fournir un élément de réponse.

En salle de naissance et en maternité, quelles sont les attentes des parturientes d'origine marocaine, de première et deuxième génération ?

Comment sont gérées ces demandes au sein de la prise en charge thérapeutique du CHR Metz-Thionville ? Quelle prise en charge est à développer afin de comprendre puis de répondre au mieux aux attentes des couples ?

A travers les paroles et l'histoire de parturientes d'origine marocaine, issues de la première et de la deuxième génération, j'essaierai de cerner ce qui les a conduits à telle ou telle demande, de prise en charge. Il ne s'agira pas de tracer un portrait global de la prise en charge type d'une patiente marocaine, mais plus d'attirer l'attention sur leurs attitudes et leurs demandes, cela dans le respect d'une perspective indicatrice et non exhaustive des attentes des patientes.

De plus, afin d'étayer ma réflexion, j'ai effectué un stage au sein d'un service de gynécologie-obstétrique dans une clinique privée de Mohammedia au Maroc. Les objectifs de ce stage étaient d'observer le comportement des patientes marocaines afin de tenter de comprendre leurs demandes de prise en charge. Et enfin observer la prise en charge de ces patientes par le personnel soignant : comment répondent-ils aux attentes de ces patientes ?

Hypothèses de recherche

- Les patientes présentent des demandes conformes à leurs traditions pour leur prise en charge en salle de naissance et en maternité.
- Les patientes de deuxième génération ont des attentes différentes des femmes de 1ère génération.
- Plus les patientes de première génération auront un niveau de langage français élevé, plus leurs attentes seront similaires aux attentes des patientes française.
- Les patientes sont satisfaites de la prise en charge mise en œuvre pour répondre aux mieux à leurs demandes.

3. METHODOLOGIE ET RESULTATS

3.1. Méthodologie

J'ai réalisé mes entretiens au sein du CHR Metz-Thionville : sur les sites de Bel-Air à Thionville et de l'Hôpital Maternité de Metz, entre la période du premier novembre 2008 au 31 janvier 2009. Seuls les noms, prénoms de la mère et de l'enfant ont pu m'informer de l'origine géographique de la patiente. Les patientes de première et deuxième génération sont ainsi confondues.

Au vu du nombre restreint de patientes, j'ai établi très peu de critères concernant le recrutement des parturientes. Les patientes retenues pour l'étude sont toutes originaires du Maroc, sont de la première ou de la deuxième génération. La parité n'est pas un critère de choix. Bien qu'au départ, il me semblait important d'exclure de mon travail les patientes ayant bénéficié d'une grossesse et d'un accouchement dystocique afin d'éviter un maximum les biais dans leurs propos liés à un quelconque traumatisme, le peu de patientes rencontrées m'ont poussé à intégrer également les patientes ayant eu des extractions instrumentales et des césariennes programmées.

Les parturientes ont été recrutées lors de leurs séjours en maternité. L'entretien est divisé en 2 parties : Les objectifs de la première partie sont :

- _ Connaître la patiente, son contexte social et culturel
- _ Evaluer les connaissances des traditions de la patiente
- _ Expliciter ses représentations autour de la naissance

Quatre thèmes sont abordés : le travail, l'accouchement, l'accueil du nouveau-né et l'allaitement maternel.

Puis une deuxième partie, dont l'objectif est de comparer les attentes de la patiente avec le vécu de l'accouchement et d'évaluer la satisfaction de la prise en charge.

Pour l'entretien une grille a été établie. Une grille différente a été établie selon que la patiente est primipare ou multipare.

L'ensemble de ces entretiens n'est pas enregistré, par refus des parturientes, mais retranscrit intégralement pour une meilleure analyse. J'ai rapporté de façon aussi fidèle que possible les propos des patientes, avec leurs maladresses et leur spontanéité.

J'ai ainsi contacté 20 patientes. Dans un souci de préservation de l'anonymat je n'ai conservé que la première lettre du nom de famille de la patiente. La date et le lieu de l'accouchement a également été masquée.

3.2. Présentation des patientes

Mme M. âgée de 29 ans, 2^{ème} geste, 2^{ème} pare est originaire de Meknès. Ses parents sont arrivés en France dans les années 1970. Avant cela ils étaient agriculteurs. Une fois en France son père a travaillé à l'usine et sa mère s'est occupé de ses enfants (un frère et une sœur). Elle est mariée à Monsieur M. âgé de 32 ans qui exerce la profession de maçon. Il est lui-même marocain de la deuxième génération. Avant le mariage Mme M retournait fréquemment au Maroc : au moins une fois par an. Ils vivent proche de leurs famille à eux deux.

Mme M. a accouché une première fois sous anesthésie péridurale de « Sofia » qu'elle a allaitée durant 10 mois.

Mme M accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale d'un petit garçon nommé « Ryad » qu'elle allaite.

Mme U., âgée de 24 ans, primipare, primigeste est née en France. Son père est un marocain de deuxième génération et c'est mariée à une marocaine de première génération qui été venue visiter la France. Mme U. est marié à un marocain de deuxième génération âgé de 30 ans. Il exerce la profession de soudeur. Mme U. retourne au pays environ deux fois par an pour aller voir sa famille. Elle est titulaire d'un baccalauréat et est sans profession actuellement. Mme U. accouchera avec péridurale d'un petit garçon « Sofiane » qu'elle allaite.

Mme V., 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, âgée de 33 ans est née en France. Elle est originaire de la région d'Oujda. Sa mère est décédée alors qu'elle n'avait que 5 ans. Ses parents ont immigré en France dans les années 60. Son père était ouvrier dans une usine.

Elle a 2 frères et une sœur, tous plus âgés que elle. Mme V. a actuellement peu de contacts avec sa famille (en France et au Maroc) du fait de conflits familiaux. Elle est titulaire d'un baccalauréat et est actuellement en congé parental. Elle vit en couple avec un français.

En 2002 et 2005, Mme V. a accouché sans complications de deux filles au CHR Metz-Thionville, par voie basse sous anesthésie générale. L'ainée « Lisa » est née à 36 semaines d'aménorrhées, elle a été allaitée 14 mois. La cadette « Juliette » est née à terme et fut allaitée 16 mois.

La grossesse de Mme V. s'est bien déroulée. Elle a accouché normalement par voie basse sans anesthésie péridurale. « Martin » est allaité.

Mme C. âgée de 26 ans, 2^{ème} pare, 2^{ème} geste est née en France. Ses parents sont originaires de Marrakech. Son père est arrivé à l'âge de 20 ans en France pour y travailler, sa mère l'a suivie par la suite. Elle est mariée depuis 2004 avec un marocain de première génération qui est arrivé en 2003 pour terminer ses études. Il est également originaire de Marrakech. Mme C. retourne souvent au pays, environ une fois par an, pour voir y sa famille. Elle a peu de famille en Lorraine. Mme C. est titulaire d'un CAP vente. Elle était vendeuse mais a arrêté de travailler après sa première grossesse. Elle a accouché une première fois normalement par voie basse d'un petit garçon « Walid » qu'elle a allaité 4 mois.

Mme C. accouchera par voie basse, sous anesthésie péridurale de « Wafa », une petite fille, qu'elle allaite

Mme O., 2^{ème} geste, 2^{ème} pare, née en France il y a 28 ans, est originaire de Casablanca au Maroc. Elle est titulaire d'un BEP secrétariat et ne travaille pas actuellement.

D'une première union mixte, elle a eu un enfant naturel « Allya » âgée de 9 ans est née par le siège. Mme O. a bénéficié d'une analgésie péridurale pour son premier accouchement. Elle a allaité sa fille pendant 3 mois.

Elle vit actuellement en concubinage avec un autre partenaire français. Mme O. a accouché sous analgésie péridurale, par voie basse sans complications. « Léa » est allaitée.

Mme N., 2^{ème} geste 2^{ème} pare, est d'origine d'Al Hoceima dans le nord du Maroc. Elle est née il y a 25 ans en France où elle a effectué toute sa scolarité jusqu'à l'obtention d'un CAP vente. Elle travaille actuellement en tant qu'animatrice dans un centre social. Elle est restée proche de sa famille et vit maritalement avec un immigré algérien issu de la 2^{ème} génération. Mme N a accouché une première fois au CHR Metz-Thionville d'un garçon « Samir ». Elle l'a allaité exclusivement pendant 4 mois, puis jusqu'à 6 mois. Il a actuellement 24 mois.

Mme N. accouche rapidement sans anesthésie péridurale en présence du médecin du SAMU. Elle donne naissance à une petite « Kahina », allaitée.

Mme A., 5^{ème} geste, 5^{ème} pare, âgée de 29 ans. Elle est originaire de Rabat où elle est née et s'est mariée. Les 2 premières grossesses, dont une se solde par une fausse couche, sont suivies au Maroc. La 2^{ème} est gémellaire. Mme A. accouchera par voie basse au terme de sept mois et demi. Ses fillettes survivront 15 jours. Cet événement fut un des motifs déclenchant de la migration. Elle réside en France depuis 3 ans. Me A ne travaille pas et ne parle que très peu le français. En 2003 et 2004, elle donne naissance à deux garçons dans la région parisienne. « Hadil » l'aîné est né par forceps sous anesthésie péridurale. Son cadet « Mohamed-amine » est né sans complications par voie basse sous anesthésie péridurale. Mme A. les a allaité tous les deux pendant 4 mois. Mme A. accouchera par voie basse, sous anesthésie péridurale d'une petite fille « Sonia » qu'elle allaite.

Mme E. 2^{ème} pare, 2^{ème} geste, âgée de 29 ans. Elle est née à Marrakech et vit en France depuis 2001. Elle s'est marié en 2000 avec un marocain de la deuxième génération. Au Maroc elle exerçait la profession de coiffeuse mais a cessé de travailler a son arrivée en France. Elle retourne fréquemment au Maroc aux environs d'une fois par an afin de revoir sa famille. En France elle vit proche de sa belle famille et de chez son frère. Mme E. parle couramment le français. Elle me dit qu'elle l'a appris depuis qu'elle vit en France. Elle a accouché une première fois par ventouse, sous anesthésie péridurale d'un petit garçon « Wahib » qu'elle a allaité pendant 13 mois.

Mme E. a accouché par voie basse sous anesthésie péridurale d'un petit garçon « Nassim » qu'elle allaite.

Mme S. âgée de 38 ans, 4^{ème} geste, 4^{ème} pare, est originaire de Casablanca. Elle est arrivée en France il y a 19 ans après s'être mariée avec un immigré marocain de la 2^{ème} génération. Elle est titulaire d'un certificat d'études primaire et travaille en tant que technicienne de surface dans une école primaire. D'un point de vue familial, Mme S. est très isolée : elle est la seule de sa famille à avoir immigré, sa belle-famille réside en région parisienne.

Mme S. a toujours accouché par voie basse sans anesthésie péridurale. Ses filles aînées, « Sonia » et « Nora » ont 12 et 13 ans. Son fils cadet, « Anas », est âgé de 10 ans ; Mme S a allaité ses 3 enfants respectivement 6,7 et 5 mois. Cette grossesse est survenue de manière inattendue.

Elle accouchera par voie basse sans anesthésie péridurale d'un deuxième garçon : « Nabil ». Elle l'allaite.

Mme L., âgée de 35 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare. Elle a grandi au Maroc à Taфраout auprès de sa mère sage-femme traditionnelle, que Mme L. assistait à l'occasion. Après s'être mariée au Maroc avec un immigré de la deuxième génération, elle s'est installée en France en 1998. Malgré un Deug de droit acquis au Maroc, et des stages professionnels effectués à son arrivée en métropole, elle n'a jamais trouvé d'emploi à Metz. Mme L. a eu beaucoup de mal à s'adapter au mode de vie français et surtout à l'éloignement familial. Mme L. est bien entourée de sa belle-famille.

Elle a accouché à deux reprises au CHR de Metz-Thionville. En 2000 elle donne naissance à « Soufiane » un garçon et en 2002 un second garçon « Ryad ». Elle les a tous les deux allaités pendant un peu plus d'un an.

Mme L. accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale, d'une fille « Ines » qu'elle allaite.

Mme D. est âgée de 23 ans, primipare, primigeste. Elle est née à Rabat. Elle vit en concubinage avec un Algérien, âgé de 27 ans, de la deuxième génération. Elle a immigré en Espagne il y a 5 ans pour aller vivre chez sa tante. Ils se sont mariés religieusement en Espagne mais pas officiellement. Ils vivaient tous les deux jusqu'à présent en Espagne mais souhaitent s'installer en Moselle pour se rapprocher de la

famille de Monsieur. Mme D. parle peu le français (niveau scolaire). Mme D. ne travaille pas. Quant à Monsieur il travaille actuellement en Espagne en tant que routier.

Mme D. accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale d'une petite fille : « Marwa » qu'elle allaite.

Mme R., 28 ans, 2^{ème} geste, 2^{ème} pare est née à Marrakech. Après s'être mariée avec un marocain de la première génération, elle est arrivée en France en 2005. Elle est titulaire d'un certificat d'études primaires et ne travaille pas actuellement. Mme R. est isolée sur le plan familial dans la mesure où sa famille est répartie entre la France, l'Allemagne, la Belgique et le Maroc. Mme R. a accouché une première fois d'une petite fille « Rania », accouchement simple sans analgésie péridurale. Elle l'a allaitée pendant 10 mois. Mme R. accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale d'un petit garçon « Amine » qu'elle allaite.

Mme F., âgée de 27 ans, primipare est originaire de Tanger. Elle est arrivée en France en 2001 pour poursuivre des études universitaires. Elle est titulaire d'une maîtrise d'économie et est actuellement propriétaire d'un commerce qu'elle tient avec son mari. Elle s'est mariée il y a un an avec un immigré de la deuxième génération. N'ayant que des frères en France elle est la seule fille de sa famille à avoir immigré.

« Sarah » est née par extraction instrumentale sous anesthésie péridurale, pour liquide amniotique teinté et un rythme cardiaque fœtal pathologique au moment de l'expulsion. Elle l'allaite.

Mme K., âgée de 28 ans, primigeste, primipare, née au Maroc à Casablanca, est arrivée en France à l'âge de quatre ans. Elle est titulaire d'un baccalauréat sanitaire et social et exerce le métier d'assistante maternelle. Elle vit actuellement en couple avec un immigré marocain de la première génération. Elle est entourée, et soutenue par sa famille au cours de sa grossesse. Mme K. accouchera par voie basse sans analgésie péridurale, d'un garçon « Younès ». Mme K. l'allaite.

Mme I., âgée de 38 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare est né au Maroc à Kenitra. Elle s'est mariée en 1999 avec un marocain de la première génération qui vivait près de

Oujda. Il est âgé de 38 ans et exerce la profession de carreleur. Mme I. vit en France depuis l'âge de 10 ans. Son père y était venu pour travailler. Son mari quant à lui est arrivé en France en 2000. Sa mère s'occupait des enfants : un garçon et six filles. Elle retourne tous les deux ans au Maroc pour y revoir sa famille. En France elle vit proche de sa famille et de sa belle famille.

Mme I. a accouché deux fois par voie basse, sous anesthésie péridurale. « Nour » et « Zacharia » ont été allaité environs 3 mois.

Mme I. accouchera simplement par voie basse, sous anesthésie péridurale de « Mohamed » qu'elle allaite.

Mme B. âgée de 33 ans, sixième geste, sixième pare, est née à Ben Slimane. Elle est arrivée en France il y a onze ans après s'être marié avec un immigrant marocain de la deuxième génération. Mme B. a arrêté sa scolarisation au niveau troisième et exerce la profession de technicienne de surface. Elle a accouché une première fois par voie basse sous analgésie péridurale. « Souhaïb » son fils aîné a été allaité pendant 1an. Sa fille « Syrène » âgée de 5 ans est née par césarienne sous rachianesthésie altération du rythme cardiaque fœtal. Elle a été allaitée durant 9 mois.

L'accouchement de « Naël » est simple par voie basse sous analgésie péridurale.

Mme G. âgée de 39 ans, primipare, primigeste, est née à Casablanca. Elle vit en France depuis 7 ans. Elle est mariée à un français âgé de 51 ans qu'elle a rencontré lors de vacances. Mme G est titulaire d'une licence, mais n'a jamais travaillé. Son mari quant à lui est pourvoyeur de fond. Les parents de Mme G travaillaient tous les deux, son père était agriculteur et sa maman assistante sociale. Elle est issue d'une famille nombreuse : sept filles et 3 garçons. Mme G. n'est pas retournée au Maroc depuis son arrivée en France. Elle parle le français couramment et me dit qu'elle le parlait déjà très bien au Maroc.

Mme G accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale d'une petite fille « Kenza » qu'elle allaite.

Mme H., 3^{ème} geste 3^{ème} pare, âgée de 36 ans est née à Rabat. Elle est mariée à Mr H. depuis 2000. Il est âgé de 40 ans et vit en France depuis l'âge de 4 ans. Ils sont de

la même famille puisqu'il est le fils de son oncle. Mme H est issue d'une famille nombreuse. En effet ils étaient sept enfants à la maison et son père étant décédé lorsqu'elle avait 5 ans, elle s'est vu confier à sa tante qui vivait en France en 1987. Mme H. retourne fréquemment au Maroc ; environ tous les un an voir deux ans afin de voir sa famille. Mme H. a appris le français depuis qu'elle vit en France. Elle exerce la profession d'aide ménagère. Mme H. a accouché Deux fois par voie basse de « Dina » et « Aïcha » sans anesthésie péridurale. Elle les a toutes les deux allaitées respectivement 13 et 15 mois. L'allaitement maternel fut exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois.

Mme H accouchera d'une petite fille nommé « Yasmina » par voie basse et sans anesthésie péridurale. Elle l'allait.

Mme P. âgée de 24 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare est née à Oujda. Elle est mariée à Mr P., âgé de 31 ans, depuis 2002. Il est également originaire d'Oujda et qui est venu en France à l'âge de 24 ans pour y terminer ces études. Mme P vit en France depuis qu'elle a 4 ans. Elle a immigré dans un contexte de regroupement familial. Son père était mécanicien et sa maman s'occupait de ses 5 sœurs et de son frère. Mme P a arrêté ses études à l'âge de 16 ans. Elle a cessé son activité professionnelle après son premier accouchement. Elle retourne fréquemment au Maroc, tous les ans avec sa famille et depuis qu'elle est mariée, elle y retourne une fois tous les 3 ans. En France, ils vivent dans un quartier maghrébin, mais sa famille vit dans le Sud. Elle a accouché deux fois, par voie basse, sous anesthésie péridurale de deux garçons « Yassine » et « Brahim ». Elle les a allaitée respectivement 4 et 24 mois.

Elle accouchera par voie basse sous anesthésie péridurale d'une petite « Rayhana ». Elle l'allait.

Mme T., âgée de 34 ans, 3^{ème} geste, 3^{ème} pare, est née au Maroc à Kenifra (habitat rural). Elle est arrivée en France à l'âge de 12 ans, dans un contexte de regroupement familial. Elle est mariée à un marocain de Meknès depuis 2001. Celui-ci exerce la profession d'électricien. Son père exerçait la profession de boucher, sa mère quant à elle ne travaillait pas. Mme T exerçait la profession d'aide-soignante. Elle a cessé son activité pour s'occuper de ses enfants. Mme T. a été césarisé deux fois pour bassins limites. « Samia » et « Bouchra » ont été allaité pendant près de 24 mois.

Mme T. accouchera par césarienne programmée d'un petit « Marouane » qu'elle souhaite allaiter.

L'ensemble des patientes de deuxième génération utilisent le français comme première langue, mais communiquent en arabe avec la famille. Les patientes de première génération étant en France depuis longtemps, c'est-à-dire qui sont arrivées dans l'enfance, ont un niveau de langage en français élevé. Les autres patientes ont un niveau moyen en français. En ce qui concerne le marocain, il est important de savoir qu'au sein du pays il existe des patois et que certaines patientes parlent berbère. De plus, le fait qu'elles parlent le marocain ne signifie pas qu'elles savent lire l'arabe classique.

3.3. Le travail

Dans ma présentation, j'effectuerai une distinction entre les patientes de première et deuxième génération.

3.3.1. Connaissance des traditions autour de la naissance

Parmi les quinze patientes de la première génération, deux m'informent d'emblée de leur manque de connaissance sur le sujet. En effet, Mme F. et Mme S. sont les seules femmes de leurs familles à avoir immigré. Elles insistent toutes les deux sur le silence conservé autour de ce sujet, cela au nom du respect de la pudeur.

Mme F. : « *Ma mère est restée au Maroc. Je ne lui parle que rarement au téléphone. En France je n'ai que des frères. Ma mère me donne peu de conseils et je ne lui pose aucune question. Elle est rassurée de me savoir en France pour l'accouchement.* »

Mme S. : « *J'ai jamais osé demander à ma mère ou à ma sœur restées au Maroc, comment se déroule un accouchement là-bas. Mais je sais que ma mère a accouché à domicile pour mon frère, avec l'aide d'une voisine.* »

Mme L. et Mme I, me font part du caractère tabou dont relève l'accouchement au Maroc. Et cela malgré l'expérience acquise auprès de leurs familles. Mme L. : « *La grossesse et l'allaitement sont des sujets intimes. Les femmes ne parlent pas beaucoup, sauf au moment de l'accouchement : il y a alors transmission de savoir.* ». Mme I : « *Ce sont des sujets dont on ne parle pas !* »

Mme K, Mme T, Mme G, Mme M sont entourées de leurs familles et se tournent vers elle lorsqu'elles se posent des questions. Elles se font relatées les expériences des femmes de leurs familles ayant accouché récemment. Elles confrontent ainsi les points de vue.

Mme R. reste discrète sur le sujet : « *Ma mère ne me dit pas comment je dois faire, je fais et c'est tout !* »

Mme E. et Mme D. quant à elles préfèrent poser leurs questions à des amies. Mme D : « *Quand j'avais des questions, je les posais à mes amies multinationales.* » dit-elle en rigolant, « *En Espagne je n'avais pas ma famille* ».

Mme P., Mme H et Mme U. quant à elles préfèrent poser directement leurs questions au médecin gynécologue ou à la sage-femme qui a suivi la grossesse.

Enfin Mme A. me relate son expérience personnelle du bloc obstétrical de l'hôpital public au Maroc. L'interprétation que je peux en donner est la suivante : la patiente n'est pas libre de choisir sa prise en charge. Ainsi si la femme n'est pas satisfaite, elle doit se présenter dans une autre maternité.

Mme B. ne fait aucune remarque sur le sujet.

Parmi les patientes de la deuxième génération, Mme N. est assimilable aux patientes de première génération du fait de son mode de vie traditionnel. Mme V., par son éloignement familial, et Mme O. par son mode d'éducation « *à la française* » présentent « *peu de connaissances concernant les rituels autour de la naissance.* ». Mme U., a complètement adopté le mode de vie occidentale et ne se renseigne pas auprès de sa famille en ce qui concerne les traditions. Et enfin Mme C, se renseigne essentiellement chez sa belle sœur mais aussi sur internet.

3.3.2. La douleur et la prise en charge au cours du travail

Il existe différents moyens, mis en place par les femmes pour prendre en charge la douleur. Les réponses sont données par les patientes de la première génération, exceptées Mme K, Mme R. et Mme H. Parmi les patientes de la deuxième génération, seule Mme N apporte son témoignage.

Mme L. me dit que la femme « *prend un bain chaud, pour soulager la douleur au début de travail, ou pendant la grossesse si besoin* ». De même Mme F. insiste sur le caractère bienfaisant de l'eau chaude par la prise d'un bain ou la pose de serviettes

chaudes sur le ventre de la parturiente. Selon Mme S. il n'existe aucun moyen pour soulager la femme exceptée l'analgésie péridurale. Cependant Mme S, n'a pas souhaité en bénéficier pour les accouchements précédents : « *L'accouchement, c'est naturel, un peu de douleur, et c'est fini ! Puis on oublie.* » Du même avis que Mme S., Mme A., de par son expérience des salles de naissances au Maroc, semble douter de l'existence de moyens analgésiants autre que la pose de l'analgésie péridurale. Elle n'a bénéficié d'aucune analgésie lors de son premier accouchement. Mme N. rajoutera également que « *l'accouchement là-bas est horrible, ça fait très mal* », « *il n'y a rien pour diminuer la douleur. Parfois les femmes accouchent en clinique et ont la péridurale.* » Mme I. a bénéficié de conseil concernant le souffle afin de calmer la douleur : « *il faut gérer son souffle, sa respiration* ».

Lors de la grossesse actuelle cinq patientes sur vingt ont accouché sans analgésie péridurale. Et cela dans le but de garder intactes les sensations perçues, mais aussi par peur de l'acte en lui-même. Mme R. et Mme H n'ont pas souhaité d'analgésie péridurale pour la naissance de leurs enfants. Elles pensent toutes les deux que la piqure réalisée dans le dos est à l'origine de douleurs par la suite.

Mme N. explique que « *la femme est massée de la tête aux pieds avec de l'huile d'olive pour ouvrir son corps à l'enfant* ». Mme B, Mme U. et Mme E. exposent toutes les trois le bénéfice de la marche en début de travail : « *pour faire descendre le bébé* ». De plus Mme D. lors de son départ à la maternité s'est fait porté dos à dos avec sa maman pour « *mettre le bébé dans l'axe de l'utérus* ».

Les patientes qui présentent des remarques quant à leur prise en charge pendant le travail, sont les patientes qui sont le moins informées au sujet des traditions maghrébines autour de la naissance : Mme F., Mme O, Mme V et Mme C.

Les patientes sont globalement satisfaites de la prise en charge de la douleur. Mme O. explique le défaut de fonctionnement de la péridurale en fin de travail, concernant le premier accouchement, ce qui a conduit à une expulsion difficile : « *J'ai mis Sept ans à en faire une 2^{ème} !* ». Pour ce qui se rapporte à la mobilisation au cours du travail, Mme V. avoue que ce qui lui a manqué : « *c'est ne pas pouvoir bougé, et se levé à cause du monitoring et de la perfusion* ». Elle affirme toutefois le caractère sécurisant de la médicalisation.

3.3.3. L'alimentation au cours du travail

En début de travail il semble que l'ingestion de boisson chaude soit préconisée. Mme E et Mme D. me parlent de tisanes apaisantes, Mme D : « *tisane louisa 3sal* (= verveine et miel) », Pour Mme F. dès les premières contractions, les femmes boivent une infusion à base de menthe. Selon Mme L. et Mme E. il s'agit d'une tisane à base de cannelle et de sucre : Mme E : « *Pour calmer la douleur des contractions il faut mettre de la cannelle dans une tisane bien chaude. Comme c'est chaud ça aide pour accoucher, ça aide pour calmer la douleur.* ». Cependant seule ces quatre patientes sur les vingt me renseignent à ce sujet. Mme A. sera catégorique : « *La femme ne mange pas, elle n'en a pas envie !* ». Mme E. parle quant à elle d'aliments qu'il ne faut pas manger durant la grossesse de peur de provoquer l'accouchement : « *faut pas manger de 'truc' chaud : « Rass l'anout », car cela provoque l'accouchement* ».

3.3.4. L'accompagnement d'un proche

Les parturientes sont unanimes pour affirmer que selon les traditions marocaines, l'accouchement est un évènement exclusivement réservé aux femmes. Cependant, la plupart des patientes ajoute une nuance à cette affirmation.

Mme A. et Mme P. ne souhaitent pas que le père assiste aux accouchements. Mme A. reste fidèle à ce qu'elle a vécu au Maroc où la présence des hommes en salle de naissance n'est pas souhaitée. Quant à Mme P. elle m'a déclaré : « *le papa n'a jamais assisté aux accouchements précédents. Je préfère rester tranquille.* ». Mme F. voulait que son mari assiste à l'accouchement. Sa seule appréhension était qu'il puisse voir les excréments et autres pertes. Le reste des patientes, excepté Mme C., ont bénéficié de la présence de leur conjoint. Elles pointent du doigt, l'importance de la place du conjoint durant le travail. Mme V. affirme : « *Je n'accoucherai pas s'il n'est pas là !* ». Toutes évoquent la satisfaction et l'émotion de leur compagnon ressenties au moment de la naissance. Mme C quant à elle n'a bénéficié de la présence de son mari seulement au premier accouchement. Car par la suite il est resté à la maison pour s'occuper des enfants. Toutefois en ce qui concerne Mme K. elle n'est pas catégorique sur ce sujet. En effet elle a accepté que son mari soit présent à condition de garder invisible les organes

génitaux de sa femme : « *La personne qui est présente dans la pièce ne regarde pas les parties intimes de la femme. Il se situe au niveau de la tête de la femme au moment de l'accouchement. C'est écrit dans la religion, parce que le sang et les pertes ont écœuré le père. Après l'accouchement beaucoup de maris ont refusé de toucher leur femme.* » La mère de Mme K. sera présente durant l'ensemble du travail : « *Heureusement que ma mère était là, elle m'a beaucoup soutenue.* ». De même Mme B. souhaitait la présence de sa mère.

3.3.5. La présence d'un soignant de sexe masculin

Concernant la présence d'un soignant de sexe masculin, les patientes s'accordent à dire que : « *s'il y a besoin de médecin et que celui-ci est un homme, il n'y a pas de problèmes puisque c'est nécessaire à la survie de la mère et de l'enfant.* » (Mme N.) Mme O. rajoute que « *les femmes là-bas n'ont pas choix* », tandis qu'ici, « *elles sont prêtes à mettre en danger la vie de leur enfant au lieu d'être touchées par un homme* ». Elle conclue en me disant : « *Les femmes là bas évoluent tandis qu'ici elles régressent !* ». Seule Mme L. s'exprimera sur la présence d'un étudiant lors de son accouchement. Pour son premier enfant elle a refusé la présence de l'étudiant au moment de l'expulsion, elle m'explique son comportement ainsi : « *Le fait qu'il est un homme ne me dérange pas. Au Maroc le médecin peut être un homme. C'est le fait qu'il regarde les détails qui me gêne. Si l'étudiant avait participé à l'accouchement j'aurais accepté.* »

3.4. L'accouchement

3.4.1. L'expulsion

Concernant la position au moment de l'accouchement, les connaissances des patientes sont variées.

Pour Mme G. Mme E. Mme D. et Mme C. l'accouchement a lieu sur le dos. Mme H, Mme I. Mme U quand à elles, ne savent pas dans quelle position il a lieu. Mme T. Mme N. Mme A et Mme P me parlent de la position gynécologique. Mme A évoque tout de même l'éventualité de l'accouchement à domicile avec une prise en charge différente.

Mme L. de part son expérience, m'apporte une réponse précise : « *La femme accouche assise, soutenue à l'arrière par une amie, la qabla se trouve devant elle pour accueillir le nouveau-né* ». Mme K. me relate l'accouchement de sa mère au Maroc : « *les femmes se tiennent à une corde suspendue au plafond. A chaque poussées elles tirent sur la corde, l'enfant vient alors tout seul. Ma mère a accouché comme ça* ».

Mme M, Mme V., Mme F, Mme O. et Mme B. ne se prononcent pas, par manque d'informations.

Mme O., Mme G., Mme C., Mme D. et Mme E. me disent avoir beaucoup crié pour les soulager. Mme P. me dit qu'elle a crié car elle en ressentait le besoin malgré le fait qu'elle avait la péridurale.

3.4.2. La délivrance

Mme I., Mme T., Mme P. Mme H. Mme A. et Mme S. s'accordent à me dire que pour la délivrance « *la qabla appuie sur le ventre* ». Pour Mme C. et Mme G. : « *la qabla va le chercher avec la main* ». Mme L. affirme que la délivrance s'effectue généralement sans interventions extérieures. Cependant elle se souvient d'une rétention utérine : « *Ma mère a donné à la femme une bouteille vide et lui a demandé de souffler dedans. Le placenta est venu comme ça* ».

Toutes les autres patientes ne se prononcent pas.

Toutes les patientes s'accordent à me dire qu'après la délivrance le placenta n'est pas gardé.

3.5. Le post-partum

Pour Mme E. Mme G. Mme T. Mme P. c'est la famille, la mère et les sœurs qui s'occupent de la femme après l'accouchement. La femme ne reste pas à l'hôpital, elle va chez sa famille d'après Mme H. Pour Mme U. et Mme C. la sage-femme effectue la surveillance de la femme. Les autres patientes ne s'expriment pas.

Mme I et Mme E., à la sortie de la maternité rentrent chez elles, mais leurs belles-mères seront là pour les aider. Pour Mme U se sera sa sœur qui l'aidera à la

maison. Mme G. ira quant à elle chez sa sœur à la sortie de maternité. Mme C. et Mme D. iront chez leurs familles à la sortie de la maternité pendant un mois.

Mme M : « *pendant 40 jours après l'accouchement, la femme ne fait rien, elle est chouchoutée par sa famille.* »

Pour Mme T. la famille apporte de l'argent à la maternité et des cadeaux à la maison.

Mme H. retourne à son domicile et n'aura pas d'aide de la part de sa famille.

Seule Mme N. me décrit la prise en charge en post-partum immédiat. « *Le ventre de la femme est bandé d'un foulard blanc, pour qu'elle retrouve plus rapidement sa taille. La couleur blanche, explique-t-elle, est la couleur que l'on porte quand on revient de la Mecque.* »

Mme S. présente un repas traditionnel que la famille offre à la jeune accouchée : « *une alimentation riche en vitamines et en épices, « Sellou » à base de farine, noix, amandes, cannelle, huile* ». Puis elle m'explique qu'au Maroc « *la mère est considérée comme une reine, tout le monde s'occupe d'elle. Elle ne s'occupe que du bébé.* » Mme B. apporte un complément : « *Là-bas au bled, mais moi je ne le fais pas, la femme ne sort pas pendant 40 jours, elle se fait servir par tout le monde* ». Mme E. me parle d'un autre repas : « *Trid : sorte de pain, galette, avec une sauce au dessus à base de lentilles, oignons, fèves et poulets* ou alors « *msmen* » (= sorte de crêpes) avec des oignons, ça permet à la femme de mieux respirer après l'accouchement. »

Mme M. me dit qu'après l'accouchement elle se couvre bien car : « *il ne faut pas que le froid tape en bas.* » Elle considère qu'elle est ouverte en bas.

3.6. La protection spirituelle de la femme en travail et de l'accouchée

Mme M. croit au mauvais œil : « *Moi je suis très superstitieuse, le mauvais œil ça se manifeste par une « poisse », par exemple quand on dit ça c'est beau et que le lendemain c'est cassé.* » Mme N., Mme M., Mme C., Mme P., Mme H. et Mme A. expliquent que la protection spirituelle de la femme et du lieu de l'accouchement est assurée par la lecture de prières. Mme E. pense : « *On ne peut pas se protéger du mauvais œil, si ça vient, ça vient* ». Mme D. et Mme M. portent toutes les deux une

chaîne avec la main de Fatma (= *khmissa*). Mme M. : « *On peut également porter une chaîne avec un œil au bout (=3ayn), ça protège.* ». Pour Mme C il faut également faire attention avec qui on parle, à ce qu'on dit. Mme C. : « *On peut aller chez des imams pour qu'ils nous écrivent du Coran sur un petit bout de papier que l'on garde sur soi* ». Mme M. ajoute que lorsqu'une femme est allongée il ne faut pas l'enjamber, que lorsqu'elle a envi de quelque chose qu'elle ne peut pas avoir pendant la grossesse cela fait des taches mongoloïdes sur la partie du corps de l'enfant qu'elle a touché à travers son ventre.

3.7. L'accueil du nouveau-né

3.7.1. Les soins du nouveau-né

Mme F. par son manque d'expérience, ne connaît aucun soin administré au nouveau-né. Mme L. évoque le fait que l'enfant ne soit pas baigné à la naissance mais seulement au 6^{ème} jour la veille de son baptême.

Concernant les soins aux yeux, Mme A. dit que « *les yeux sont maquillés avec un produit noir issu d'une pierre que les femmes récupèrent et transforment. Il s'agit d'un produit désinfectant.* ». Se produit est connu sous le nom de « *khôl* ». Mme M. : On leur met du *khôl* dans les yeux et sur les sourcils pour qu'ils deviennent grands et beaux. Pour Mme G. : « *on met du khôl dans les yeux de l'enfant tous les vendredis, c'est un jour sacré pour les musulmans, les jours de fêtes on leur met aussi de l'henné sur les mains et les pieds* ». Mme P. confirme cela. Pour Mme E. on met du *khôl* à l'enfant à partir du 7^{ème} jour pour faire beau.

Mme K. s'allie à Mme A. pour affirmer que « *le khôl permet aux cils d'être plus long et les sourcils pousseront plus.* » Pour Mme N. ce produit a pour objectif « *de permettre à l'enfant d'ouvrir ses yeux plus vite* ».

Mme E. et Mme D. me signalent qu'au Maroc : « *En plus du khôl qu'ils mettent dans les yeux de l'enfant au 3^{ème} jour de vie, on met aussi de l'anis (=souaik) sur ses gencives, ça donne une coloration orange*».

Les autres patientes ne me parlent pas de cela.

Concernant les soins du cordon, les patientes ne sont pas explicites. Quatorze patientes gardent le cordon. Mme H. garde le cordon car sa belle-mère lui a dit qu'il ne

fallait pas le jeter, mais elle ne sait pas pourquoi. Mme S., Mme B. Mme A., Mme D., Mme G. et Mme T. gardent le cordon : « *c'est un porte bonheur* ». Mme C. garde le cordon et va l'enterrer pour que personne ne lui prenne : « *Cela protège l'enfant du mauvais œil* ». Mme P. me signale qu'elle garde le cordon seulement si c'est un garçon, « *c'est un porte bonheur je garde également la peau du pénis après la circoncision.* ». Pour Mme I. on le garde seulement pour le premier enfant. Pour Mme M. : « *on garde le cordon quand il tombe, on le met dans une boîte, comme ça plus tard il ne partira pas, il ne m'oubliera pas. Les premiers cheveux de la naissance sont gardés pour la même raison.* ». Mme N. met en avant la vertu protectrice d'un tel acte : « *le cordon est mis dans un sac et accroché aux vêtements de l'enfant. Pour mon fils aîné je l'avais mis dans son berceau.* ». Les autres patientes ne se prononcent pas quand au cordon. Seule Mme F. exprime son manque d'aisance à faire les soins de cordon et souhaite que celui-ci tombe le plus rapidement possible.

Mme K. développe la prise en charge du nouveau-né selon la tradition. Son fils comme l'ensemble des enfants de la famille recevra des soins de la grand-mère. « *Ma mère le massera avec de l'huile d'olive sur tout le corps, du cuis chevelu aux orteils. Puis elle l'enroulera comme une momie les bras le long du corps pour qu'il grandisse bien.* ». Elle continue en me disant : « *On met aussi du henné sur les mains et les pieds de l'enfant pour durcir et solidifier sa peau. Les bébés ont la peau trop fragile* ». Mme P. met également de l'henné à son enfant au 7^{ème} jour de vie pour son baptême.

Mme R. et Mme I massent toutes les deux leurs enfants avec de l'huile d'olive et l'emmailotent pendant les sept premiers jours. Mme R. conclut en me disant : « *Au Maroc, on a pas besoin de kiné, les enfants restent droit après.* »

L'ensemble des patientes a appris les soins du nouveau-né avec l'aide du personnel de maternité.

3.7.2. La protection spirituelle du nouveau-né

L'ensemble des patientes est d'accord pour affirmer l'efficacité de la protection divine du nouveau-né. En effet, « *on lui lit une prière à l'oreille, la shahada* ». Pour

Mme U. c'est le mari qui s'occupe de cela. Chez Mme D. et Mme K., le père se charge de dire « *l'appel à la prière et de lire une sourate* » à l'oreille de l'enfant. Pour Mme C. et Mme G. c'est la personne la plus âgée de la famille qui doit prononcer ces paroles, « *Moi, je demande à mon père de le faire* » (Mme C.), « *chez moi c'est mon grand-père qui s'en charge* ».

Mme B. ajoute que pour « *protéger le bébé contre le mauvais œil, on met un Coran, sous le matelas du bébé.* »

Mme E. me confie que pour protéger ses enfants du mauvais œil, elle met dans un bout de tissu vert (=komisa) mais aussi de l'encens : « *harmel* » « *chebha* » qu'elle laisse à côté de lui, « *comme ça, il ne peut pas tomber malade* ». Mme A. me présentera également « *l'efficacité d'un petit sac rempli d'herbes accroché au cou du bébé* ».

Mme K. explique que « *les premiers vecteurs du mauvais œil sur l'enfant, c'est ses parents : on est trop admiratif devant notre enfant.* » Puis elle s'accorde avec Mme N. sur la présence d'un œil ou d'une main de fatma dans le berceau du nouveau-né.

Enfin Mme K. dépeint une autre tradition inconnue du reste des patientes : « *pour la protection du bébé, quand il est dans son berceau, on met une pincée de sel dans notre main et on tourne sept fois autour de la tête du bébé en disant des prières. Parfois on met du cumin dans le berceau, ça change en fonction des régions.* »

Concernant le baptême, Mme S. Mme B et Mme L. emploient préférentiellement le terme de « *fête organisée avec la famille et les voisins.* »

Les autres patientes utilisent le terme de baptême, Mme N. et Mme K. expliquent l'importance à leurs yeux : « *Le baptême est un acte obligatoire pour les musulmans, c'est l'entrée dans la religion. On partage après la viande avec la famille et les amis.* » Mme N. Mme K. et Mme P. rajoute également que « *dans le temps le prénom du bébé était donné le jour du baptême* ». Mme P : « *Il faut faire une prière et dire le prénom du bébé quand on égorge le mouton, mais c'est plus possible maintenant* ».

Mme D., Mme E., Mme I. et Mme G. me disent que celui-ci a lieu au septième jour, et qu'à cette occasion on sacrifie un mouton, « *mais ça dépend des moyens* ». Mme D. ajoute que seule la famille proche est conviée. Mme P. et Mme G m'apprennent qu'à cette occasion de l'henné est mis sur les mains et les pieds de l'enfant. Pour Mme M. il

faut « *sacrifier un mouton si c'est une fille et deux si c'est un garçon et il faut donner aux pauvres.* » Mme I. « *Le baptême à lieu au 7^{ème} jour, on sacrifie un mouton si on lui donne un prénom et deux si on lui en donne deux !* »

Pour Mme D. «*au 7^{ème} jour on rase également la partie inférieure des cheveux et on pèse, ensuite il faut donner l'équivalent en or aux pauvres, mais ça ne se fait plus* ».

Mme M, Mme R. Mme O., Mme C., Mme T., Mme U. Mme H. ne m'en parlent pas.

3.7.3. Différences entre fille et garçon

Mme T. ne sait pas s'il existe une différence à la naissance. Mme C. me signale : « *Chez nous on préfère avoir un garçon, car il garde le nom de famille, c'est le pilier de la famille et c'est quelqu'un sur qui on peut se reposer* ». Mme P. quant à elle me dit : « *les filles apportent que des problèmes, mais malgré tout mon mari est content !* ». Mme H me fait part en rigolant que « *on préfère les garçons, il n'y en a pas beaucoup !* »

Mme I. explique que la seule différence c'est : « *les garçons seront circonscrits avant il fallait le faire le 7^{ème} jour, maintenant on attend qu'il soit plus grand vers 2/3 ans. Mais que se soit une fille ou un garçon le baptême a toujours lieu le même jour.* » Mme E. renforce ces dires : « *il n'existe pas de différence* ».

Les autres patientes ne se prononcent pas.

3.8. L'allaitement maternel

La totalité des patientes allaitent leurs enfants. Toutes ont appris les rudiments de l'allaitement maternel en maternité. Nous pouvons cependant scinder le groupe en deux catégories.

Les patientes de première génération font plus naturellement référence à la bonne conduite alimentaire à adopter lorsqu'on allaite : Mme A., Mme L., Mme R., Mme S., s'harmonisent sur le bienfait des boissons chaudes sur la montée laiteuse. Ainsi les aliments chauds favoriseront la « *circulation du lait* » (Mme S.). De même Mme S., Mme P., Mme G., Mme R., Mme E. et Mme L. évoquent l'existence de

quelques interdits alimentaires : « *les courgettes et les concombres tarissent le lait* » (Mme S.), « *le piment et les autres plantes (autres que aromates) qui sont interdits pendant la grossesse.* » (Mme R.), « *il faut éviter l'ail, le chou-fleur et les oignons qui sont trop fort et irritent l'enfant.* » (Mme G.), « *Il ne faut pas manger de choses trop fortes comme par exemple le piment et le chou-fleur.* » (Mme E.), « *On doit éviter les piments, le jus d'orange, les agrumes, le thé et le café* » (Mme P.).

Mme B. décrit une potion qui favorise la montée de lait : « *Il y a une graine spéciale pour la montée de lait : 'Ibah', on les met dans l'eau, les graines gonflent, puis on boit l'eau.* » Mme T. me relate une autre méthode favorisant la montée de lait : « *Ma mère me préparait des soupes à base de blé et d'épices marocaines pour que j'ai plus de lait.* »

Mme I. complète son enfant avec des tisanes à base de camomille, de fenouil et de verveine : « *cela l'apaise* ». De même Mme P., Mme E. complète avec des tisanes à la verveine (=tisane 'Louisa ') pour les mêmes raisons que Mme I.

Mme A. a reçu des conseils de sa mère pour éviter l'engorgement mammaire « *mettre le bébé au sein à la demande et faire des massages sous l'eau chaude* ».

Tandis que les patientes de la deuxième génération évoquent plus facilement leurs sentiments personnels liés au thème de l'allaitement.

Mme N. qualifie l'allaitement maternel de « *stressant* », « *compliqué* ». Mme V. est d'accord avec Mme N. pour dire que l'allaitement maternel « *n'est pas une pratique naturel* » « *Le départ est difficile, surtout la première tétée qui à mon sens et la plus importante* ». La difficulté réside pour ces deux patientes, dans l'acquisition de la position idéale de mise au sein. Contrairement à Mme C qui me dit : « *Ma mère les a tous allaité, je trouve ça normal.* » Mme V. rajoutera : « *L'allaitement est essentiel, surtout pour le contact privilégié que l'on a avec notre enfant.* »

Mme O. m'informe sur le déroulement de l'allaitement au Maroc : « *tant que ça dure, les femmes continuent à allaiter, ce n'est pas rare de voir un enfant de deux ans se servir tout seul au sein alors que sa mère fait la cuisine.* »

Mme C. a reçu des conseils de sa mère : « *je leur donne des tisanes « besbes » à base de menthe et d'anis, pour les aider à dormir et pour aider au transit. C'est contre les coliques.* »

Mme U. et Mme C. me renseignent sur les aliments à ne pas consommer lorsqu'on allaite : « *il ne fait pas manger acide, les oranges les ananas et le chou sont à éviter.* » (Mme U.), « *On évite tous ce qui est acide, le citron, les oranges, la vinaigrette. Car sinon ça donne des diarrhées au bébé.* » (Mme C.).

Enfin Mme C. me signale que pour favoriser la montée de lait : « *Il faut manger des plats riches, du couscous et beaucoup de viandes, surtout du foie à la poêle.* »

3.9. Les séances de Préparation à la naissance et à la parentalité

Aucune des patientes n'a suivi de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Elles évoquent des raisons différentes :

- N'avaient pas connaissance de l'existence de ses séances.
- Ne se sentaient pas concernées, pas intéressées.
- C'était trop loin.
- Ont posé les questions à la sage-femme ou au gynécologue qui a suivi la grossesse.
- Ont posé leurs questions à leurs familles proches.

3.10. Stage au Maroc

3.10.1. Présentation de la structure

J'ai pu effectuer un stage d'une durée de deux semaines en octobre 2008 dans une clinique privée de Mohammedia (petite ville à côté de Casablanca). J'ai choisi une clinique privée, car j'avais comme a priori que la prise en charge serait semblable à celle proposée en France. Cette clinique comporte 10 chambres de gynécologie obstétrique.

Une sage-femme et une « *nurse* » (=auxiliaire de puériculture) exercent conjointement la journée et la nuit.

3.10.2. **Activité**

Durant mon séjour 13 patientes ont accouché, parmi elles, il y a eu une fausse couche tardive à 5 mois et demi de grossesse et trois accouchements par voie basse. Seule une patiente ayant accouché par voie basse a fait la demande d'une anesthésie péridurale, mais l'ensemble de l'équipe soignante s'accorde à me dire que c'est très rare.

Le reste des naissances étaient des césariennes réalisées pour différents motifs (présentation du siège, diabète, césarienne itérative mais le plus souvent, elle était demandée par la patiente). Toutes les césariennes étaient programmées. De plus, il faut savoir que la clinique étant privée, les césariennes rapportent plus d'argent (environ 1500 euros c'est-à-dire 15 000 dirhams, sachant que le SMIC marocain est d'environ 200 dirhams) que les accouchements dits « classiques ».

La durée moyenne du séjour pour une césarienne est d'une semaine tandis que pour les accouchements par voie basse elle est de 24 heures, le relais étant pris ensuite par la famille.

3.10.3. **Prise en charge**

Lors de l'admission d'une patiente en début de travail ou pour une césarienne programmée je suis étonnée de voir que l'on ne leur demande aucun résultat de bilan ou d'échographie. Seules les patientes ayant été suivie par les médecins travaillant à la clinique ont un dossier relativement complet.

Les patientes établissent très rapidement une relation « d'amitié » avec le personnel soignant. Utilisant des termes tel que « *hbiba* » (=ma chérie) pour nommer la patiente.

- **L'accouchement** : la quasi-totalité du travail a lieu au sein du service de gynécologie. Les patientes sont descendues en salle d'accouchement lorsqu'elles sont à 8 cm de dilatation, ou si elles désirent une péridurale. La sage-femme répartit alors son travail entre le service et le bloc (la salle d'accouchement faisant partie du bloc opératoire). La parturiente n'est examinée que si elle manifeste des envies expulsifs et le rythme cardiaque foetal est enregistré de manière discontinu. L'enregistrement tocographique n'étant pas réalisé.

L'accouchement proprement dit se réalise de la même manière qu'en France seules la sage-femme et la « *nurse* » sont présentes. Une voie veineuse étant systématiquement mis en place lors de l'expulsion afin d'effectuer une antibiothérapie systématique. Après la délivrance, une révision utérine est systématiquement réalisée. La plupart du temps, sans anesthésie.

Après la naissance, la sage-femme va examiner l'enfant et réalise les premiers soins. Puis le premier bain est donné, le papa peut alors y assister.

J'ai été étonné d'assister à une fausse couche tardive à 5 mois et demi de grossesse, sur laquelle après l'expulsion du fœtus, l'obstétricien réalisé une délivrance artificielle sans demander aucune anesthésie. Durant l'acte qui fut très douloureux pour la patiente et durant lequel elle ne se laissa pas faire, l'obstétricien n'hésita pas à la sermonner de manière assez 'brutale'. A la fin de l'acte la patiente remercia très chaleureusement le médecin pour ce qu'il venait de faire pour elle.

C'est une situation qui me parut alors insupportable et inimaginable en France.

- **La césarienne** : la patiente se présente le matin même de l'opération, les soignants la prépare alors (rasage, retrait des bijoux, port d'une blouse...). Puis la femme se rend au bloc opératoire, la césarienne est alors effectuée. Lors de la naissance de l'enfant, il est emmené par la sage-femme en salle de réanimation néonatale ou le pédiatre attend l'enfant. Il est examiné de la même manière qu'en France. Après l'examen, le papa peut alors venir voir son enfant. Le premier bain est donné tout de suite.

3.10.4. Le post-partum

Après un accouchement ou une césarienne, les patientes sont prises en charge par l'équipe soignante. La totalité des patientes allaitent leurs enfant, cependant ont m'explique que les trois premiers jours les femmes ne donnent pas le sein pour se

reposer. Le nouveau-né est donc nourri par biberon. De même, l'enfant est entièrement pris en charge par la famille ou le personnel soignant. La mère ne voit alors son enfant que lorsque la famille est présente.

Le personnel soignant est très à l'écoute des demandes des accouchées, elles sont lavées, changées... et cela entièrement par les soignants. Les accouchées n'ont alors aucun effort à faire. On m'a rapporté qu'au sein des hôpitaux publics, l'attention portée aux femmes par le personnel soignant était différente. En effet, les conditions de travail semblent très dures, de ce fait les patientes voulant être prise en charge de manière correcte devraient donner des « *pourboires* » également appelé « *bakchich* » aux soignants.

Dans les chambres, les patientes ont à disposition un sofa afin que la famille ait la possibilité de passer la nuit avec elle. On peut donc dire, que d'une manière générale les patientes bénéficient de beaucoup d'attention de la part de la famille et de l'équipe soignante.

En conclusion, on peut dire qu'il est important de prendre en considération le niveau socioprofessionnel des patientes marocaine. Car celui-ci influence sur les attentes qu'elles pourront avoir en France.

Partie 3 : Discussion et Propositions

4. DISCUSSION ET PROPOSITIONS

Les thèmes abordés sont ceux ayant provoqué le plus d'interrogation de la part des patientes interrogées.

- Choix du soignant
- Déambulation et mobilité de la femme en travail
- Position d'accouchement
- La délivrance
- Les soins du nouveau-né

4.1. Critique de la méthodologie

4.1.1. Les points forts

L'entretien semi-dirigé est la méthode de choix pour obtenir des données centrées sur la conception, la subjectivité et le raisonnement de chaque patiente. Leur utilisation a permis aux femmes de s'exprimer plus librement qu'elles ne l'auraient fait en répondant à un questionnaire.

De plus, j'ai réalisé les entretiens au 2^{ème} jour du post-partum au sein des services de maternité du CHR Metz-Thionville. Et ne faisant pas partie de l'équipe soignante j'ai pu établir une relation de confiance avec les patientes rencontrées.

De même, au moment de l'entretien, le soignant doit être disponible physiquement et psychologiquement. En effet, il doit être capable d'écouter tous les propos de la patiente, implicite et explicite, afin de reformuler certaines données et demander à la patiente des précisions.

Enfin, la réalisation d'un stage au sein d'une clinique privée de Mohammedia au Maroc a permis d'observer de manière la plus objective possible le comportement des patientes et la prise en charge des soignants.

4.1.2. Les points faibles

Cependant, cette méthode présente différents inconvénients dans la retranscription et l'analyse de chaque entretien.

En effet, le fait qu'aucun entretien n'ait ou être enregistré par refus des patientes a complexifié leurs retranscriptions. Malgré des notes manuscrites prises pendant l'entretien, une perte d'information est inévitable.

De plus, chaque parole prononcée par les patientes est empreinte d'une signification unique. En dépit d'une demande d'informations supplémentaires, l'analyse des entretiens reste subjective. La difficulté pour certaines patientes d'exprimer en français leurs idées, leurs pensées est accrue par un manque de pratique de la langue française. Ainsi, une idée traduite littéralement de l'arabe en français peut prendre un tout autre sens.

La réalisation de l'entretien au sein du service de maternité peut également induire un biais dans la mesure où les patientes n'ont pas assez de recul par rapport à leur prise en charge au sein du CHR Metz-Thionville.

Et enfin le CHR Metz-Thionville étant séparé en deux établissements distincts la prise en charge proposée aux patientes peut diverger d'un site à l'autre.

4.2. Connaissances des traditions autour de la naissance

Toutes les patientes ont un seuil minimum de connaissance autour de la naissance. Mais toute lors de ma proposition d'entretien m'ont répondu : « *J'essaie de vous répondre si je peux.* » (Mme H.)

Souvent elles utilisent des termes « *comme avant* », « *dans le temps* », « *il y a 50 ans* » (Mme O.). Certaines patientes me répondent en me disant : « *je pense que ça se passe comme ça ...* » (Mme H.). Ainsi, je peux me questionner quant à la validité des données recueillies dans ma première partie concernant les traditions autour de la naissance. En effet de nombreux rituels issus de la Sunna, ne sont plus d'actualité puisque méconnus des patientes :

- Soit par une évolution des pratiques, mise en avant par Mme O. : « *là-bas, elles évoluent !* »
- Soit par défaut de transmission du fait de l'éloignement culturel. Mme S. (première génération) fonde ses réponses sur la prise en charge occidentale, seule prise en charge qu'elle connaît. Cet élément est d'autant plus flagrant que la patiente est de deuxième génération ou

qu'elle est arrivée en France étant petite. Cependant, ce n'est pas à généraliser : Mme N. (2^{ème} génération) est une des seules patientes rencontrées à effectuer une remarque à chaque thème abordé. Je dirai que deux générations n'est pas un temps suffisant pour une disparition totale des traditions.

Pourtant, une patiente de la première génération s'exprime sur la conservation des traditions dans sa région. En effet, Mme K. évoque la transmission et la conservation des traditions d'une génération à l'autre : « *Ma mère a accouché comme ça et mes cousines aussi...* ». A l'image de cette prise en charge traditionnelle, Mme K. a souhaité bénéficier d'un accompagnement qui soit le plus physiologique possible et cela malgré un déclenchement médical de l'accouchement.

La disparité des traditions se fait également ressentir dans l'espace. A titre d'exemple, les patientes marocaines présentent un repas riche différent selon la région d'origine. Ainsi « *sellou* » est un plat originaire du Moyen-Atlas tandis que « *belkouchich* » provient de la côte nord du Maroc.

A la vue de ces disparités concernant le temps et l'espace, il me semble important alors de prendre un moment afin d'explicitier les représentations culturelles de la patiente en fonction de son histoire personnelle (lieu de naissance, alphabétisation, homogamie, contexte de migration ...). Ecouter parler les patientes, et leur proposer de dire ce qui se passerait pour elle si elles accoucheraient au Maroc, leur permettrait de garder en mémoire leurs habitudes culturelles, tout en construisant en présence du soignant une ébauche de réponse à leurs questionnements mutuels. L'entretien Prénatal Individuel semble le moment idéal pour aborder l'ensemble de ces sujets.

4.3. Première phase du travail

4.3.1. Choix du soignant

Les patientes interrogées sont d'accord pour affirmer que la prise en charge par un soignant de sexe masculin n'est pas une interdiction culturelle dans le cadre d'une situation d'urgence. Toutefois, Mme O. effectue une remarque à ce sujet, sur laquelle je

souhaite revenir : « *En France, elles sont prêtes à mettre en danger la vie de leur enfant plutôt que d'être touchées par un homme.* » Cette affirmation touche de nombreux sujets :

- _ Le choix du soignant et en l'occurrence du médecin en situation d'urgence,
- _ L'information délivrée à la patiente lors de son inscription à la maternité
- _ Le refus de soins et ses conséquences médicales et législatives. Dans tous les cas de figure le consentement de la patiente doit être recueilli, puisque d'après l'article 1111-4 du Code de la Santé Publique, datant du 4 mars 2002 : « *Aucun acte ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » Cependant, si une information claire ne parvient pas à convaincre la patiente, l'équipe peut avoir recours à la médiation d'un responsable religieux ou à l'intervention du procureur de la République lorsqu'une tierce personne est impliquée.

Le bloc obstétrical, dans un établissement privé ou public, est un service d'urgence. Ainsi, le choix du soignant se trouve limité aux personnels de garde ce jour. Ce fait, peut être source de désaccords entre le soignant et le patient. C'est pourquoi il semble important d'informer ces femmes que la prise en charge en salle de naissance, ainsi que dans les services de maternité, peut être assuré par des hommes.

En ce qui concerne la présence d'étudiant(e)s au moment des soins, une seule patiente effectue une remarque. La sage-femme qui suit une patiente, peu importe ses origines, se doit de présenter l'étudiant(e)s qui l'accompagne en lui rappelant la fonction universitaire de l'hôpital. La patiente, a alors le droit de refuser sa présence au moment de la consultation. Le soignant pourrait éventuellement proposer un compromis à la patiente : certains soins pourraient être effectués par l'étudiant(e) tels que : l'interrogatoire, la prise des constantes, la pose du monitoring, ... et lors de l'examen gynécologique celui/celle-ci resterait à l'écart, ou sortirait de la salle si la femme le désire.

4.3.2. Déambulation et mobilité de la parturiente

Une patiente formule une remarque concernant le manque de mobilité en cours de travail. En effet, « à cause de la perfusion et du monitoring » (Mme V.), parfois du brassard à tension et des électrodes du scope, la patiente est limitée dans ses déplacements. Puis, cette patiente ajoute qu'elle apprécie le « caractère sécuritaire de la médicalisation de l'accouchement. ». Ici, l'enjeu évoqué n'est pas simple puisqu'il s'agit d'allier sécurité de la mère et de l'enfant avec le confort physique de la mère. Est-ce incompatible ?

Le sujet que je souhaite aborder est d'actualité. Il s'agit de l'adaptation de l'offre de soins dans une maternité de niveau IIB pour accueillir les patientes à bas risque obstétrical.

Sur l'ensemble des vingt patientes, cinq ne souhaitaient pas ou ont accouché sans analgésie péridurale. Trois patientes m'évoquent la tradition et m'expliquent le bénéfice de la marche en début de travail « pour faire descendre le bébé. » (Mme B.)

En effet, selon Bernadette de Gasquet (47) et les études de Roberts et Melzack (48), le recours aux ocytociques est moins fréquent dans des positions autres que la position dorsale de la parturiente. De plus, les patientes adoptent spontanément une position verticale antalgique jusqu'à 6 centimètres de dilatation. Le score de douleur, et le besoin d'analgésie semblent avoir significativement abaissé. La satisfaction des patientes pourrait ainsi être améliorée concernant le confort et le vécu durant la première phase du travail. Ces études sont cependant anciennes, respectivement de 1983 et 1991. (48), (49). Au CHR Metz-Thionville, le bien-être de la femme pendant le travail sans analgésie péridurale n'a pas été évalué pour le moment.

En conclusion, aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail. La seule exception, à la déambulation de la parturiente en cours de travail, serait la rupture prématurée des membranes lorsque la présentation fœtale est haute et mobile.

Dans l'éventualité d'une déambulation de la patiente, la perfusion et le monitoring peuvent être des freins. C'est pourquoi une adaptation de la prise en charge pourrait être évoquée.

Au sujet de la perfusion, dès l'admission, de la parturiente en salle de travail, le soignant pourrait agir comme à son habitude, soit poser un abord veineux et prélever un bilan préopératoire sans pour autant brancher la perfusion. Un obturateur hépariné

laisserait un libre accès à la voie veineuse. Ainsi, si la patiente change d'avis au sujet de l'analgésie péridurale, il sera encore temps de mettre en pratique les protocoles du service. Sinon, la perfusion pourra être branchée à la fin du travail, afin d'avoir une conduite sécurisée au moment de l'expulsion et de la délivrance.

Le monitoring est un sujet plus délicat. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est un outil diagnostique capital de la surveillance du bien être fœtal durant le travail. La traçabilité offre l'avantage d'être analysé rétrospectivement par plusieurs professionnels dans le cadre d'une prise de décision ou lors d'expertises médico-légales. Il semble alors impossible de vouloir soulager la patiente de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. Cependant, il existe une alternative à l'enregistrement cardiotocographique classique, l'auscultation intermittente.

Le rapport de la Haute Autorité de la Santé (H.A.S) (50) au sujet de l'intérêt et des indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal, ne met pas en évidence de différences entre la cardiotocographie classique et l'auscultation intermittente sur la mortalité périnatale ou la survenue de séquelles neurologiques à long terme. Le protocole d'auscultation intermittente, établi par l'H.A.S pour mener cette étude est extrêmement stricte, notamment par la présence d'une sage-femme par parturiente. Il paraît difficile de mettre en œuvre un tel protocole au sein d'un établissement ce niveau IIB, où la sage-femme à sous sa responsabilité la surveillance de plusieurs enregistrements cardiotocographiques. Cependant, en fonction de la charge de travail, la sage-femme peut réaliser une auscultation intermittente parmi l'une des patientes à bas risque obstétrical qu'elle prend en charge. Un protocole d'auscultation intermittente pourrait être établi au CHR de Metz-Thionville afin d'accorder l'équipe soignante autour d'une telle surveillance.

Enfin le monitoring télémétrique (c'est-à-dire avec un capteur sans fil) pourrait être un compromis de choix. La surveillance du rythme cardiaque fœtal est continue tout en laissant une liberté de mouvements à la parturiente. Le CHR de Metz-Thionville sur le site de Bel-Air a acquis ce matériel en salle de pré-travail.

La prise en charge d'une patiente « à bas risque », lorsque celle-ci souhaite un suivi du travail le moins médicalisé possible, exige du soignant une formation complémentaire qui lui permettrait de réfléchir sur une adaptation de ses pratiques.

La présence d'un étudiant dans le cadre de l'accompagnement et la surveillance d'une parturiente à bas risque obstétrical en travail, pourrait être utile notamment quand la charge de travail est telle que la sage-femme ne peut pas accompagner la parturiente idéalement. De plus, cela peut être formateur dans la mesure où le programme des études ne prévoit pas de modules sur la déambulation, les positions en cours de travail. La formation de l'étudiant est alors variable en fonction des situations rencontrées sur les terrains de stage. Il serait peut être intéressant de faire participer les étudiants sages-femmes, salariés du CHR Metz-Thionville aux mêmes formations proposées aux soignants par le service de formation continue.

4.4. Deuxième phase du travail

4.4.1. Position d'accouchement

L'ensemble des patientes a accouché en position gynécologique.

Cette position n'est pourtant pas conforme à la tradition maghrébine : « *La femme accouche assise, soutenue à l'arrière par une amie, la sage-femme se trouve devant elle pour accueillir l'enfant.* » (Mme L.) ou encore « *Les femmes se tiennent à une corde suspendue au plafond. A chaque poussée elles tirent sur la corde, l'enfant vient alors tout seul.* » (Mme K.)

Une patiente effectue une remarque concernant la position d'accouchement : « *On n'a pas vraiment le choix !* ».

Mon questionnement porte sur les avantages et la faisabilité de la position accroupie au moment de l'expulsion.

Les positions verticales entraînent de nombreuses conséquences anatomiques :

_ Chez la patiente en décubitus dorsal, l'axe vaginal est oblique en avant et en haut, en position accroupie il est oblique en avant et en bas.

_ L'effet de la gravité sur le fœtus entre en synergie avec les contractions utérines. Celles-ci sont d'intensité plus élevée, et leur efficacité sur la dilatation cervicale est majorée.

_ Les postures verticales n'ont pas d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs.

_ En matière de mécanique obstétricale, les positions accroupies, à quatre pattes et à genoux sont celles qui mobilisent au mieux les articulations pelviennes et qui

optimisent les dimensions du bassin. En effet, il existe un élargissement des dimensions des diamètres sagittal et transversal des détroits moyen et inférieur notamment le diamètre sagittal du détroit inférieur qui peut augmenter de 2 centimètres.

Bernadette de Gasquet présente les avantages de la position accroupie au moment de l'expulsion : le bassin est libre et mobile, les muscles abdominaux sont étirés, l'utérus et la vessie sont suspendus et ne pèsent plus sur le périnée. L'enfant n'est plus alors 'tassé' par des efforts expulsifs en force, mais 'moulé' par l'étirement. « *C'est plus la mère qui se retire de l'enfant qu'une poussée du bébé* » (B. De Gasquet)

Des essais randomisés, notamment l'étude française de Racinet et Coll., comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion ont été réalisés. Les conclusions semblent encourageantes dans le groupe position accroupie sans toutefois atteindre le seuil de significativité. Il y aurait une diminution de la durée d'expulsion, des extractions instrumentales, des déchirures périnéales mais également une moindre grande fréquence des altérations du rythme cardiaque fœtal.

La seule ombre à ces résultats encourageants, est l'augmentation, sans atteindre le seuil de significativité, du nombre d'hémorragie de la délivrance. Venditelli explique cela par une béance plus marquée des veines périnéales en position verticale. Sa solution serait de réaliser la délivrance en décubitus dorsal.

Le seul critère ayant dépassé le seuil de significativité en faveur de la position accroupie et la satisfaction des patientes.

Concernant le personnel du CHR Metz-Thionville, celui-ci a bénéficié de la formation sur les positions en cours de travail et au moment de l'expulsion. Depuis, les sages-femmes proposent aux patientes la position en décubitus latéral au moment de l'expulsion. Elles n'ont pas encore une grande maîtrise des différentes positions d'accouchement puisque la formation portait essentiellement sur la pratique de la position en décubitus latéral au moment de l'expulsion. Il serait ainsi pertinent de réaliser au sein des services, une évaluation de l'issue des accouchements physiologiques type avant-après la formation de Bernadette De Gasquet.

En guise de conclusion sur l'accueil d'une patiente d'origine marocaine en salle de naissance, j'affirmerai que les femmes sont satisfaites de la prise en charge proposée par les équipes soignantes. En effet, aucune patiente de la première génération n'effectue de remarques sur la prise en charge. Seules les patientes de la deuxième

génération présentent des commentaires dont les thèmes, déambulation en cours de travail, position d'accouchement, s'apparentent aux souhaits des patientes non immigrées. En effet, depuis la création de l'entretien prénatal individuel, le soignant a vu apparaître des projets de naissances parmi les patientes non immigrées. La déambulation en cours de travail et le choix de la position d'accouchement ne sont pas des sujets propres à la population marocaine, mais le choix de nombreuses femmes, toutes origines confondues, imaginant l'accouchement idéal.

4.4.2. La délivrance

Une patiente Mme L., me parle avec émotion du vécu de la délivrance artificielle lors du second accouchement. Cette patiente ayant travaillé avec sa mère « *qabla* » au Maroc, n'a pas la même conception de la délivrance que le soignant occidental. Au Maroc, la « *qabla* » restera dans l'attente de la délivrance quelque soit le volume des pertes sanguines. Tandis que la sage-femme occidentale, du fait de l'angoisse justifiée de l'hémorragie de la délivrance aura une action plus invasive et décisive. Mme L. ne remarque pas le geste en lui-même mais le manque d'information lié à celui-ci : « *Ici, à Metz, on ne demande pas notre avis on va le chercher !* ».

En situation d'urgence, il est légitime d'agir avant tout autre chose. Pourtant de nombreux actes réalisés dans l'urgence peuvent être traumatisant d'un point de vue psychologique pour la femme et son conjoint. Afin de limiter ce type de traumatismes, il me semble important d'expliquer à la patiente la nature de l'urgence, soit au moment des faits, soit une fois l'urgence apaisée. La sage-femme ou le médecin ayant pris en charge la patiente effectueront cette information. De plus, il y aurait un bénéfice d'évoquer, au cours de la grossesse, lors des consultations prénatales ou des séances de préparation à la naissance, la rétention placentaire et son traitement.

4.5. Les soins de l'enfant en maternité

L'ensemble des patientes a appris les soins du nouveau-né lors de leur séjour à la maternité. Pourtant certaines patientes me décrivent les soins que leur mère ou belle-mère réaliseront sur le nourrisson une fois à la maison : massage, emmaillotage, apposition de henné sur les mains et/ou les pieds. Comment réagirait le soignant s'il voyait ces pratiques effectuées dans les services de maternité ? Le soignant donne-t-il

les moyens à la patiente d'exprimer ces traditions par l'intermédiaire de soins au nouveau-né ?

Plusieurs traditions peuvent être appliquées dès le séjour en maternité. Celles-ci doivent faire l'objet d'une discussion en prénatal, dont les thèmes principaux pourront apparaître par écrit sur le dossier afin de réaliser une prise en charge homogène de la mère et du nouveau-né. Il convient cependant d'informer les patientes du caractère nuisible de certaines pratiques tels que le port de bijoux autour du cou ou agrafés au pyjama à l'aide d'une épingle à nourrice sans verrou de sécurité.

J'effectuerai une remarque sur la conduite de l'allaitement maternel. L'ensemble des patientes allaitent leur enfant de manière quasi exclusive (complémenté par des tisanes). Cependant durant mes entretiens, j'ai constaté que la plupart ne commençait que le lendemain de l'accouchement, profitant ainsi du premier jour pour se reposer. Les enfants bénéficient donc d'un allaitement artificiel le premier jour de vie. Malgré cela, on constate que la totalité des allaitements précédents (pour leurs premier enfant), ont très bien fonctionné. Il serait alors nécessaire de revoir les informations que nous dispensons aux patientes en matière d'allaitement et d'adapter notre discours en fonction des attentes des patientes.

4.6. Le retour à domicile

Bien que la plupart des patientes bénéficient de l'aide de leur famille lors du retour à domicile, certaines patientes expriment leur solitude au moment de celui-ci. Une d'entre elle a été apaisée par la visite de la sage femme de la protection Maternelle et Infantile (PMI) pour un de ses accouchements précédents. Celle-ci avait eu lieu une semaine après l'accouchement.

Selon le rapport « *Périnatalité et parentalité* », édité en février 2006 par le ministère délégué à la famille, une intervention postnatale précoce améliorerait le bien être des femmes, « *avec une diminution de l'anxiété, de la dépression du post-partum et une amélioration de l'estime de soi* ». Ces interventions semblent d'autant plus efficace chez les femmes vulnérables, telles que les patientes en situation de migration, d'autant plus si ce soutien est individuel et analysé au cas par cas. La sage-femme ou la puéricultrice de PMI seraient alors les actrices les mieux disposées à réaliser ces interventions dans le cadre d'une visite à domicile. Dans ce contexte, le réseau de soins

ville-hôpital doit être harmonieux et la transmission des informations doit être adaptée à la situation. A la sortie de la maternité, l'ensemble des patientes devraient être informée de la possibilité d'un tel soutien.

De plus, concernant les patientes d'origine marocaines, isolées d'un point de vue familial, le soignant peut orienter la patiente vers des associations de femmes immigrées, auprès desquelles elle pourra trouver un environnement traditionnel rassurant. Il en existe dans la région messine. L'intervention d'une sage-femme de PMI au sein de ces associations, dans le cadre de groupes de parole, pourrait permettre aux femmes d'exprimer leurs besoins en matière d'accompagnement pendant la grossesse ou le post-partum. Cela pourrait être encore plus aisé si ces patientes participaient aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité proposées par le CHR de Metz-Thionville.

4.7. Information et formation du soignant

Tout au long des entretiens que j'ai réalisés, je me suis aperçue du bénéfice à avoir une base concernant le fonctionnement de la société maghrébine ainsi que les traditions qui s'y attachent. C'est pourquoi je me suis interrogée sur les avantages d'une formation des soignants aux traditions maghrébines autour de la naissance.

Pour une information plus aisée de la patiente, il me semble important de renseigner le soignant sur les traditions autour de la naissance au Maghreb. Ainsi, il pourra comprendre l'importance de la conservation de certaines traditions et mieux appréhender la prise en charge de la patiente, du couple et du nouveau-né lors de son admission en salle de naissance. Prenons par exemple le cas où le conjoint d'une parturiente souhaiterait s'isoler quelques minutes afin de réaliser une des cinq prières quotidiennes. Le soignant pourrait alors l'orienter vers la chambre de sa femme. Si celui-ci souhaite apporter un tapis personnel et que cela ne peut être accepté du fait de la question de l'hygiène alors on pourra lui proposer une alèse. Le soignant prêtera alors attention à ne pas poser les pieds dessus.

Cependant, il faut savoir que tout musulman peut reporter une prière à la suivante s'il se trouve dans l'incapacité de la réaliser. En revanche, ce qui ne peut pas être reporté, selon la tradition musulmane, c'est l'accueil du nouveau-né dans la communauté religieuse en prononçant à son oreille l'appel à la prière. C'est pourquoi le personnel soignant présent en salle de naissance devrait anticiper cet instant et laisser les parents

seuls avec leur enfant, après s'être assurés de la bonne adaptation à la vie extra-utérine, ainsi que du bon état général de la mère.

Les soignants du service de gynécologie obstétrique de l'ancien Hôpital Bon-Secours ont bénéficié en Octobre 2007, d'une formation sur « *l'interculturalité* * », ou encore « *Approche de la culture des migrants* », quant aux personnels de l'hôpital Bel-Air, une formation sur ce thème vient de leur être proposée. Ces formations, ne sont pas axées sur la maternité. Elles décrivent les rituels, les obligations et les interdits liés aux cinq grandes religions les plus représentées dans le monde (Christianisme, Judaïsme, l'Islam, le Bouddhisme et Hindouisme). De plus ces formations informent les soignants du contexte dans lequel les nouveaux immigrants arrivent (Situation socio-économique du pays, mode de vie...)...

Cependant l'absence de formation sur ces traditions ne doit pas être un frein à la prise en charge de patiente d'origine maghrébine. Il suffirait au soignant de lui demander le plus naturellement possible ses souhaits éventuels quant à sa prise en charge : « *Pour que votre accueil dans le service soit le plus agréable possible, je souhaiterais connaître vos attentes pour l'accouchement* ».

Pour terminer sur ce sujet, bien que l'on sache que toutes ces patientes ne savent pas forcément lire ou ne comprennent pas toujours l'arabe classique, les soignants de l'hôpital Bel Air à Thionville ont réalisé une fiche informative sur l'allaitement maternel écrit en arabe. Celle-ci est remis aux femmes d'origine maghrébine ne parlant pas le français. Cela leur permet de transmettre des informations malgré la barrière linguistique. Cependant, dans de telles situations, la formation des soignants est un réel avantage.

4.8. Information de la patiente

Tout au long des entretiens réalisés pour l'étude, j'ai constaté que les femmes éprouvent du plaisir à raconter leurs parcours et leurs expériences. Malgré une discrétion de leur part concernant l'expression de leurs attentes, elles ont exprimé un réel besoin d'écoute et d'information quant à la prise en charge au sein du CHR Metz-Thionville. Lors des entretiens que j'ai réalisés pour l'étude, les patientes m'ont informée qu'elles avaient posé leurs questions au gynécologue ou à la sage-femme de garde en salle de naissance. Pourtant, aucune des patientes n'a suivi de séances de

préparation à la naissance, soit par défaut d'information, soit par « manque de temps ». Elles ont toutes évoqué un manque d'intérêt. De plus, l'une des patientes a consulté en urgence à douze reprises. Après étude du dossier, l'angoisse maternelle est le motif de consultation principal, subjectif et répétitif, évoqué par les soignants.

C'est pourquoi, tout au long de la discussion, j'ai évoqué l'importance d'un dialogue à établir entre la femme enceinte, le couple et le soignant, précocement en cours de grossesse, afin que les futurs parents puissent exprimer leurs attentes et leurs besoins et préparer au mieux l'arrivée d'un enfant, d'un point de vue médical, social et psychologique. Il s'agit d'une mesure développée par le plan périnatalité 2005-2007, « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (51), dont l'objectif principal était l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, en proposant une offre humaine de proximité.

L'entretien individuel de début de grossesse est un temps d'échanges entre la mère, le couple et le professionnel de santé qui permet une évaluation personnalisée sur la situation médicale, psychologique et sociale de la patiente. Il s'agit d'une action de promotion de la santé, adaptée à chaque couple avec la connaissance de son environnement, de sa culture et de sa spécificité. Les axes à développer au cours de cet entretien sont l'axe médical, socioprofessionnel, cognitif et psychoaffectif.

L'axe médical est abordé par l'établissement du dossier de suivi de grossesse. L'anamnèse de la patiente permet parfois de mettre en valeur des antécédents médicaux mal vécus, source d'angoisse ou de stress pour celle-ci et ayant une influence sur le bon déroulement de la grossesse.

L'axe cognitif aborde le choix du professionnel qui suit la grossesse et le lieu d'accouchement. La plupart des patientes interrogées ont été suivies par un médecin. Il s'agit la plupart du temps d'un choix personnel de la patiente. Il me semble cependant important de l'informer sur la possibilité de prise en charge par une sage-femme si le déroulement de la grossesse est physiologique. Le dernier thème de cet axe est le calendrier de suivi de grossesse. Il convient de noter une particularité de la culture* marocaine dans la transmission des informations : cette culture est de tradition* orale. L'inscription d'un rendez-vous sur un agenda n'est pas une habitude, d'où l'importance d'un carnet de rendez-vous délivré à la patiente.

L'axe socioprofessionnel de l'entretien englobe la question du travail actuel exercé en cours de grossesse. La plupart des patientes rencontrées sont soit en congé

parental soit mère au foyer. La question de l'emploi du conjoint semble alors pertinente pour évaluer la situation sociale du couple et l'accompagnement familial de la patiente à son domicile. Les droits de la femme enceinte en termes de protection sociale sont une information capitale à délivrer à la gestante, d'autant plus que celle-ci est originaire du Maghreb où le fonctionnement de la sécurité sociale est différent du système français.

L'axe psycho affectif a trait à la structure familiale et notamment à l'isolement familial de la patiente immigrée. Afin de combler cette absence, le professionnel est en mesure d'orienter la patiente vers des associations de femmes immigrées, au sein de laquelle elle aura la possibilité de retrouver l'accompagnement traditionnel de la femme enceinte. Les antécédents psychologiques sont aussi évoqués de manière spontanée si la patiente se sent en confiance au moment de l'entretien. L'environnement calme et sécurisant du lieu de l'entretien est capital pour favoriser la parole de la patiente.

Dans le même ordre d'idées, la clinique des Bluets à Paris, a élaboré depuis septembre 1995 un accompagnement spécifique pour les « *futures mères venant d'ailleurs* ». Ce programme a été conçu car ils se sont rendu compte que les femmes migrantes n'assistaient pas aux séances de préparation à la naissance pour des raisons culturelles et linguistiques. C'est pourquoi ils ont mis en place une préparation spécifique. Ces séances s'adressent exclusivement à un groupe de patiente de même origine. Ainsi il est plus simple de discuter au sein d'un groupe où les langues et les habitudes culturelles ne sont pas trop nombreuses et variées.

L'issue de l'entretien de début de grossesse aboutirait à l'établissement d'un projet de naissance. Celui-ci est la rencontre entre l'offre de soin locale et les souhaits de la femme et du couple. Pour cela, le soignant se doit de connaître parfaitement l'offre de soin proposé par chaque établissement de sa région, afin d'orienter la patiente vers le lieu qui répond au mieux à son projet de naissance. Il s'agit ici d'un autre objectif développé par le plan périnatalité 2005-2007, c'est à dire l'amélioration des connaissances du secteur et mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. (51)

L'ensemble des informations et thèmes évoqués précédemment peut figurer dans le dossier médical avec le consentement de celle-ci. Le support utilisé peut être sous forme de fiche pré-remplie, afin de n'oublier aucun thème et d'être plus adapté à une transmission claire et organisée des informations. Une partie de cette fiche de

synthèse peut faire apparaître les impressions du professionnel pendant l'entretien, ainsi que la prise en charge conseillée à la patiente et au couple.

Un second entretien peut être réalisé au troisième trimestre de la grossesse. Accompli par le même professionnel, il permettrait d'évaluer l'impact des conseils donnés en début de grossesse sur l'hygiène de vie de la patiente et également apprécier l'évolution du projet de naissance. Il répondrait aux questions ou problèmes ayant émergé depuis le premier entretien. On sait que la date idéale de réalisation de l'entretien de début de grossesse est le quatrième mois. Le risque de fausse couche est éloigné, le couple peut alors s'investir plus librement dans un projet de naissance et dans l'accueil d'un enfant au sein du foyer. Pourtant, la femme marocaine évolue au sein d'une culture imprégnée de superstitions. La femme n'investit complètement sa grossesse que tardivement (à partir de la cérémonie du henné au septième mois), de peur d'attirer sur elle et le fœtus « *le mauvais œil* ». Cet entretien peut être effectué plus tardivement dans la grossesse si cela est une demande de la femme.

Enfin, lié aux recommandations mises en valeur par le rapport « *Périnatalité et parentalité* », le même professionnel de santé pourrait réaliser un troisième entretien en postnatal, afin d'évaluer le vécu de la naissance par la femme et le couple, afin que l'adaptation de la vie familiale avec l'arrivée d'un nouveau-né.

Dans l'optique de continuité des soins, ces entretiens doivent être effectués par une même personne, afin d'établir un lien de confiance solide entre la patiente et le professionnel. Celui-ci peut être défini comme le professionnel référent de la femme, auquel elle s'adresserait en cas de problèmes. Ce professionnel fera ainsi le relais entre les différents acteurs du réseau, transmettant seulement les informations nécessaires à la compréhension de la situation, avec l'accord de la patiente. (52)

Ainsi le professionnel qui réalisera l'entretien de début de grossesse devra avoir des acquis dans le domaine médical, en matière de relation d'aide, une capacité à l'empathie et une connaissance parfaite des professionnels et des structures appartenant à un réseau de soin au sein duquel il évolue. Pour la réalisation d'un tel parcours, le professionnel le plus adapté, par sa fonction spécifique d'accompagnement, semble être la sage-femme, en secteur hospitalier, libérale ou de P.M.I. (53)

Dans la situation actuelle, les sages-femmes de consultation du CHR Metz-Thionville sont en mesure de réaliser les entretiens de début de grossesse. Cependant seules les sages-femmes du site de l'Hôpital Maternité de Metz réalisent des séances de

préparation à la naissance. Sur le site de Bel-Air les patientes sont dirigées vers les sages-femmes libérales. L'information de réaliser un tel entretien doit être fournie systématiquement à la patiente peut importe le professionnel qui suivra la grossesse (gynécologue-obstétricien, sage-femme libérale ou hospitalière). C'est pourquoi la diffusion d'un livret d'accueil à chaque femme enceinte en début de grossesse, présentant le suivi de la grossesse les différentes préparations à la naissance, la présentation du bloc obstétrical (agrémentée de photographies, afin que les patientes puissent visualiser le cadre d'accueil au moment de l'accouchement), la maternité, ainsi que les offres de soins en postnatal (visite postnatale, massages du nouveau-né, rééducation périnéale). Ce livret d'informations pourrait être imprimé en français et en arabe et distribué systématiquement lors de la première consultation de la patiente dans le service. Il pourrait également servir de support pour le déroulement de l'entretien individuel du début de grossesse. Une partie du livret servirait à noter l'ensemble des rendez-vous de la patiente, ainsi que ses notes ou questions personnelles.

Les difficultés rencontrées au cours des entretiens menés pour l'étude, notamment dans la traduction des informations de l'arabe en français, pourront être retrouvées également lors des entretiens individuels du début de grossesse. Ces difficultés ne doivent pas être un frein au déroulement de ces entretiens. Lors de la prise de rendez-vous, il convient donc de demander à la patiente d'être accompagnée d'un traducteur, membre de sa famille ou membre d'une association dont elle fait partie. Dans le cas contraire, un traducteur professionnel ou un soignant parlant l'arabe pourrait être sollicité. Si le soignant doit lui délivrer une information importante, il pourra toujours le faire sur un support écrit destiné à la patiente. Celle-ci trouvera elle-même un traducteur.

En conclusion les patientes éprouvent du plaisir à évoquer leur histoire personnelle. Elles se sentent alors écoutées et soutenues pendant cette période importante de la vie. Les patientes de la première génération ont peu de demandes concernant leur prise en charge, la plupart du temps par défaut d'information. Au contraire, les patientes de seconde génération effectuent des remarques s'apparentant à celles de patientes non immigrées. On peut alors comparer cela au niveau de langage : en effet les patientes de deuxième génération parlent mieux le français que les patientes de première génération.

Par l'entretien de début de grossesse, les patientes pourraient ainsi exprimer leurs attentes avec plus d'aisance. Dans cette optique, une formation du personnel à l'écoute des besoins de la patiente serait nécessaire.

Conclusion

Les traditions qui entourent la naissance d'un enfant, s'inscrivent parmi les grands événements de l'histoire de chaque femme : c'est un passage, une étape nécessaire à la maturité de l'identité féminine. D'autant plus, si la femme appartient à une société patriarcale à l'image de la société marocaine. Le rôle principal de la femme est alors l'enfantement et surtout l'éducation et la transmission des traditions aux générations futures.

En situation de migration, les repères de la femme que se soit de première ou de deuxième génération sont modifiés. Ses désirs en termes d'éducation oscillent entre le Maroc et la France. De plus, les nombreux rituels hérités peuvent être à l'origine de demandes particulières de la part de ces patientes.

Néanmoins, plus la migration est récente, plus la discrétion des femmes concernant leurs attentes est ressentie, le plus souvent par méconnaissance de l'offre de soins. C'est ainsi qu'est mis en valeur le réel besoin d'information, d'écoute et d'attention des patientes.

Le rôle principal de l'équipe soignante et notamment de la sage-femme, est de permettre aux femmes en situation de migration d'accoucher dans des conditions optimales de sécurité pour elles-mêmes et leurs enfants, selon les normes de la pratique obstétricale actuelle, mais aussi dans le respect de leur spécificité, et cela dans l'objectif d'assurer leur confort psychologique, de favoriser les relations mère enfant en dehors du contexte familial et culturel habituel, et de permettre l'intégration au quotidien.

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

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

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

Je conclurai en citant les propos d'un auteur anonyme : « *Seul celui qui s'intéresse à toutes les cultures est cultivé. Il découvrira que toutes les cultures sont complémentaires et qu'elles n'en forment en réalité qu'une seule, la culture humaine.* »

LEXIQUE

Maghreb : Association de trois pays du nord de l'Afrique : la Tunisie, l'Algérie et le Maroc

Acculturation : Processus d'adaptation culturelle et sociale d'un individu à un milieu qui lui est étranger.

Modification d'une culture au contact d'une autre. On parle d'acculturation dans le cas d'une culture dominée qui, au contact d'une culture dominante, subit très fortement l'influence de cette dernière et perd ainsi de sa substance originelle.

Cultuelle : Relatif au culte.

Culturelle : Qui est relatif à la culture intellectuelle ou à une civilisation.

Interculturalité : est l'ensemble du processus, psychique, relationnel, institutionnels généré par les interactions de cultures dans un rapport d'échanges réciproques et dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation.

Tradition :

- Opinions, doctrines, manières de penser ou d'agir, coutumes transmises par les générations antérieures et faisant partie intégrante de la mentalité d'un groupe social.
- Récit qui transmet des faits historiques ou prétendus tels, non attestés par des documents originaux. *Tradition orale* : ensemble des connaissances historiques et sociologiques...

Rite : Le sociologue nomme «rites» des faits sociaux se produisant à l'occasion de circonstances qui se répètent et qui semblent répondre à des symboles collectifs.

GLOSSAIRE

Parturiente : C'est une femme qui accouche.

Gestante : C'est une femme qui est enceinte.

Primipare : Terme désignant une femme accouchant pour la première fois.

Multipare : C'est une femme qui a déjà accouché une fois.

Physiologique : Relatif à la physiologie (science qui traite des fonctions des organes et des tissus chez les êtres vivants).

Expulsion : terme utilisé pour désigner la sortie du fœtus en dehors des voies génitales féminines.

Délivrance : Terme utilisé pour désigner la sortie du placenta, des membranes et du cordon ombilical en dehors des voies génitales féminines.

Prénatal : Relatif aux examens et consultations qui ont lieu pendant la grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Site du gouvernement français, Ministère des Affaires Etrangères, Maroc. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/>
2. Blanchot-Isola C, Les soins périnataux au Maroc, Dossier de l'Obstétrique 2002, 29 (301) p.34
3. Grandir Autrement ; Naitre autrement au Maroc, entre coutume et enjeux de santé, n°12, Juillet/ Août 2008, p.60-61.
4. Nomenclatures, définitions, méthodes : immigré, www.insee.fr
5. Perspectives des migrations internationales, SOPEMI, édition 2008, OCDE 2008, p.272-273
6. Borrel C. : Le recensement de la population en 1999 : « La proportion d'immigrées est stable depuis 25 ans » ; Revue INSEE Premières, Novembre 2000
7. INSEE : immigrés pas Régions : Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006, www.insee.fr
8. Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006, INSEE
9. Borrel C. ; Enquêtes de recensement 2004-2005 : près de 5 millions d'immigrés à la mi-août 2004 ; INSEE Premières ; août 2006
10. Tavan C. : Les immigrés en France une situation qui évolue ; INSEE Premières ; septembre 2005
11. Taux de chômage des immigrés selon le sexe et l'âge en 2007 ; www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&id=439
12. Borrel C., Tavan C. ; La vie familiale des immigrés ; France portrait social ; 2003/2004 ; www.insee.fr
13. Legros F. ; La fécondité des étrangères en France : une stabilisation entre 1990 et 1999 ; revue INSEE Premières ; mai 2003

14. Ziani M. ; Une femme maghrébine : une femme différente ; Mémoire Sage-femme ; Grenoble ; 1995
15. Rude Antoine E.; Rupture, filiation, transmission : les jeunes issus de l'immigration maghrébine ; Conférence du Centre Académique pour la scolarisation des nouveaux arrivants et des enfants du voyage de l'Académie de Paris ; 16/05/2001, p.5
16. Boutih M., Djabri A., La Houssa F., Osman F., Alaouifibegag A. ; où sont les Beurs ?
17. Tribalat M. ; Des effets de l'immigration sur nos sociétés : assimilation culturelle des étrangers et intégration sociale en France. Dans Hunout P. et Al. ; Immigration et identité en France et en Allemagne ; The International Scope ; volume 1 ; 1999 ; page 143 à 150
18. Définition ; Coran ; encyclopédie Hachette Multimédia ; www.ehmelhm.hachette-multimedia.fr
19. Schimmel A.M. ; L'Islam au féminin : la femme dans la spiritualité musulmane ; Spiritualités vivantes ; éd. Albin Michel ; Paris ; 2000
20. Place de la femme au Maroc, Moudawana : Code de la famille
21. Lacoste-Dujardin C. ; Les jeunes filles issues de l'immigration maghrébines : une problématique spécifique ; juin 1995
22. Lévy I. ; Soins et Croyances : Guide pratique des rites, culture et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux ; éd. Estem 1999, p.127 à 130
23. Bartoli L. ; Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents ; éd. Petite bibliothèque Payot, p.81
24. Sijelmassi M. ; Enfants du Maghreb, entre hier et aujourd'hui ; éd. Soder Casablanca, 1984
25. Hammani F. ; Secrets de femmes et de sages-femmes de part et d'autre de la méditerranée ; Les dossiers de l'Obstétrique ; n° 292 ; mars 2001

26. Bartoli L. ; Venir au monde : les rites de l'enfantement sur les cinq continents ; éd. Petite bibliothèque Payot, p.129-130
27. Guerroudj N. ; Regard d'Orient : l'accouchement au Maghreb ; Les maternelles : Accoucher comme on rêve ; 30 mars 2006 ; www.france5.fr
28. Coran : 41/47 ; traduction de Kasimirski ; éd. Maxi Poche Sagesse ; 2002
29. Coran : 13/9 ; traduction de Kasimirski ; éd. Maxi Poche Sagesse ; 2002
30. Patel M. ; Assister à un accouchement ; 28/08/2001 ; www.muslimfr.com
31. Saoui A. ; Coutumes et traditions autour de l'accouchement au centre du Maghreb ; Les dossiers de l'Obstétrique ; n° 292 ; mars 2001
32. Lacoste Dujardin C. ; Etre mère à l'étranger ; Migration Santé ; numéro 54/55 ; premier et deuxième trimestre 1988
33. Lévy I. ; Croyances et laïcité : guide pratique des cultures et des religions, leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières ; éd. Estem ; 2002
34. Rauzier M.P ; Couleurs du Maroc ; éd. Flammarion ; Paris ; 1999
35. Coran ; 16/60 ; traduction de Kasimirski ; éd. Maxi Poche Sagesse ; 2002
36. Patel M. ; Que faire du placenta après l'accouchement ? 28 août 2001 ; www.muslimfe.com
37. Amdouni H. ; Règles de bienséance en matière de naissance : Al'aqîqa et ses règles dans la famille musulmane : relations familiales et éducation ; éd. Al Qalam ; Paris
38. Dawoud A. ; Les piliers de l'Islam : la Shahada ; www.alhaaq.over-blog.net

39. Porchet H. ; Naissance, enfance et adolescence au Maghreb ;
Lausanne ; Gymnase Auguste Piccard ; 2001
40. Barkat A., Lyaghfour A. et al. ; Une réflexion sur l'allaitement
maternel au Maroc ; Service de Néonatalogie Centre National de
Référence en Néonatalogie Hôpital d'Enfants Rabat ; Direction de la
population ; Ministère de la Santé ; 15 juillet 2004 ;
www.santetropicale.com
41. Coran ; 2/233 ; traduction de Kasimirski ; éd. Maxi Poche Sagesse ;
2002
42. Soulé M., Blin D. ; L'allaitement maternel : une dynamique à bien
comprendre ; coll. A l'aube de la vie ; éd. érès 2003 ; p.177 à 188
43. Theresa Agnew et Cie ; Perspective multiculturelle de l'allaitement
maternel au Canada : culture islamique ; édité par le ministère des
Travaux Publics et Services gouvernementaux du Canada ; 199 ; p.31
44. Migeret J.B M.L ; Allaitement : multiculturalisme et représentation ;
Dijon ; école de cadres sages-femmes ; 2003
45. Walentowitz S. ; Le sens de l'allaitement : regards anthropologiques ;
3^{ème} journée nationale de l'allaitement ; Brest ; 19 mai 2006
46. Yacoubi M. ; La couverture Sanitaire de la femme marocaine ; Société
marocaine de la fertilité et de la contraception ; Casablanca ;
novembre 2005 ; www.smfc-fercefiv.ma
47. De Gasquet B. ; Bien être en Maternité : aider le bébé, protégé le
périnée : les positions pour l'accouchement, éd Implex ; Paris ; 1997 ;
p. 285 à 303
48. Racinet C. ; Positions maternelles pour l'accouchement ; 11 novembre
2006 ; www.sunsimiao.org
49. Racinet C. et coll. ; L'accouchement en position accroupie : essai
randomisé comparant la position accroupie à la position classique en
phase d'expulsion ; Journal des gynécologues obstétriciens et biologie
de la reproduction, n°28 ; 1999

50. Haute Autorité de la Santé ; Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal ; service évaluation des technologies ; mars 2002
51. Plan de Périnatalité 2005-2007 ; Humanité, proximité, sécurité, qualité ; 10 novembre 2004
52. Haute Autorité de la Santé ; Comment mieux informer les femmes enceintes ? recommandations pour les professionnels de la Santé ; Service des recommandations professionnels ; avril 2005
53. Baby B. ; Entretiens des sages-femmes de Bichat : quatrième mois de grossesse ; éd. Expansion scientifique française ; Paris ; 2001

ANNEXE 1

Grille d'entretien

Les parties déterminées par tiret sont un memento personnel, les phrases écrites en gras sont les questions que je souhaite posées à la patiente.

Les patientes sélectionnées seront toutes originaires du Maroc ou d'origine marocaine (2^{ème} génération). Ces modalités seront déterminées par leurs dossiers médicaux.

L'ensemble des patientes accouchera soit à l'Hôpital Bel-Air, soit à l'Hôpital Maternité de Metz.

Avec l'accord des cadres de service et celui des femmes je les verrai en entretien en maternité, dans le but d'évaluer leurs connaissances quant aux traditions marocaines ainsi que d'avoir un retour sur le vécu de l'accouchement et de l'accueil reçu.

Entretien: 1ère partie:

Objectif :

- _ Connaissance de la patiente, du contexte autour de la grossesse et de la naissance.
- _ « évaluation » des connaissances, des traditions de la patiente
- _ Expliciter ses représentations autour de la naissance
- _ Mettre en évidence une différence entre les connaissances des premières générations et des deuxièmes.

5 thèmes :

- _ Le travail
- _ L'accouchement
- _ L'accueil du nouveau-né
- _ L'allaitement maternel
- _ Pratiques culturel lors des suites de couches (alimentation, co-sleeping ...)

Quelle est votre âge?

Où êtes-vous née?

Quelle est votre situation familiale ?

De quelle origine est le papa ?

Si née au Maroc: depuis combien de temps êtes-vous en France ?
(regroupement familial, entourage familial, mariage, conflit ...)

- _ Activité professionnelle exercée au Maroc ?
- _ Habitat : urbain, rural
- _ De quelle région du Maroc êtes-vous ? (berbères, touaregs ou arabe)

_ Origine sociale au Maroc: catégorie socioprofessionnel des parents ?

Avez-vous une activité professionnelle, Jusqu'où avez-vous été dans les études ?

Pour les patientes de première génération: Niveau de pratique de la langue française ?

- Aucun
- Bas
- Moyen
- élevé

Depuis quand parlez-vous le français ? (Avant l'arrivée en France ? Ou depuis que vous êtes en France ?)

Pour les primipares : Votre entourage, mère, famille, amies, vous ont-elles parlé de l'accouchement lors de la grossesse ?

Pour les multipares : Votre accouchement précédent était-il en France ou au Maroc ? Si celui-ci s'est déroulé au Maroc pouvez vous me le relater ?

Pouvez-vous me parler des traditions que vous connaissez à propos de l'accouchement ? (Sont-elles pratiquées par votre famille ?, si non pourquoi ?)

_ Comment sont ressenties les premières contractions ?

_ Comment est gérée la douleur ? Comment la calmer ?

_ Par qui se fait l'accompagnement ? Par quels moyens ? (massage, parole ...)

_ Quelles positions adoptées lors du travail ? Attitude de la parturiente (calme...), Comment les femmes sont habillées durant le travail ? Pourquoi ?

_ Comment est protégé le lieu de naissance contre le mauvais œil ?

_ Existe-t-il des interdits ? Pourquoi ?

_ Avez-vous une alimentation particulière durant le travail ?

_ Qui est présent dans la pièce et quel est son rôle ?

_ Dans quelle position l'accouchement a lieu ?

_ Que pensez-vous de l'analgésie péridurale ?

_ Quand est rompue la poche amniotique ? (spontanément, artificiellement ?)

- _ Connaissez vous des moyens qui permettent de protéger le périnée ? (massage...)
- _ Outils qui favorisent/permettent la délivrance ?
- _ Que fait-on du placenta après l'accouchement ?
- _ Comment et par qui et faites la surveillance et l'accompagnement de la mère après l'accouchement ?

Quelles sont les traditions autour de l'accueil du nouveau-né ? (Sont-elles pratiquées par votre famille ?, si non pourquoi ?)

- _ Qui coupe le cordon ? Le cordon est-il récupéré lorsqu'il tombe ? Pourquoi ?
- _ Parole prononcée (shahada) et par qui ?
- _ Quelles différences entre fille/garçon ?
- _ Nettoyage de l'enfant, linge blanc, habillement, peau à peau
- _ Comment se fait la désinfection oculaire de l'enfant ?

Avez-vous déjà réfléchi au mode d'alimentation de votre enfant ?

- _ **Si allaitement maternel :**
 - _ Colostrum, tisane sucrée
 - _ Par qui la mère est initiée ?
 - _ à la demande ?
 - _ la première mise au sein ?
 - _ Postures de mise au sein
 - _ portage, co-sleeping ?
 - _ Combien de temps allaiter
 - _ Compléments, diversification alimentaire
 - _ Alimentation particulière de la mère, interdits alimentaires

Pour les multipares : Parmi ce que vous m'avez relaté, avez-vous conservé quelques traditions pour le(s) premier(s) enfant(s) ?

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ? Si non pourquoi ?

- _ manque de temps
- _ Non connaissance
- _ ...

Pour les multipares : Quelle a été la place de votre conjoint lors du/des accouchement(s) précédent(s) ?

Quelle place souhaitiez-vous donner à votre conjoint durant le travail et l'accouchement ?

2-Deuxième partie:

Objectif :

- _ reprendre les éléments de la première partie et comparer les attentes de la patiente avec son vécu de l'accouchement
- _ Satisfaction de la patiente par rapport à sa prise en charge

2 thèmes :

- _ Le vécu de l'accouchement
- _ Satisfaction de la patiente

Comment s'est déroulé l'accouchement ?

- _ L'arrivée à la maternité, quand ? Pour quel motif ?
- _ Par quelle personne étiez-vous accompagnée ?
- _ Avez-vous un projet de naissance ? En avez-vous discuté avec la sage-femme qui suivait le travail ?
- _ Avez-vous bénéficié d'une analgésie péridurale ? Si oui, était-ce une demande de votre part ?
- _ Comment s'est passée la rupture de la poche des eaux ?
- _ Dans quelle position avez-vous accouché ? Était-ce un choix de votre part ?
- _ Avez-vous souhaité avoir votre bébé en peau à peau à la naissance ? Pourquoi ?
- _ Quand avez-vous fait la première mise au sein de votre enfant ?

Quelle a été la place du père ?

Pour les multipares : Avez-vous remarqué une différence de prise en charge par rapport à vos premiers accouchements ?

Garderez-vous un bon souvenir de votre accouchement ?

Votre séjour en maternité, a-t-il répondu à vos attentes ? Avez-vous rencontré des difficultés ? Lesquelles ? Pourquoi ?

Si dans quelques temps vous accouchez, souhaiteriez-vous une modification dans la prise en charge ?

ANNEXE 2

Information sur l'allaitement maternel délivrée aux patientes d'origine maghrébine lorsqu'il existe une barrière linguistique. (Service de maternité 91. Hôpital Bel-Air).

حذاري لا تترك صبيك وحده

في المنزل
في السيارة
في الحمام
على طاولة القمامة
مع كلب أو قطة
في أي حالة تتحلل طبيبك ؟
زيادة على الفحص الطبي العادي (شهر واحد من أتمتص)
يجب عليك أن تتحلل بطبيبك في الحالة التالية :

صبيك
- له إسهال خارق للعادة

- يكثر
- يزداد كميات قليلة من الحليب عدة مرات في 24 ساعة
- لحظات طويلة بعد الرضاعة أو في حالة النوم

صبيك
- له درجة الحرارة تتفوق 37.8 أو 38.5 (في حالة ارتفاع
- درجة الحرارة فوق 37.8 أنزع من فوقه الغطاء)
- يتنفس بصعوبة ويقطعه النفس عند الرضاعة
- يظهر صدران بصفاة دائمة
- يسعل بالليل ويتنفس بقوة
- يعرق طوال نعاسه بقوة تسيب له بلل

صبيك
- يفترقه عن عادي يتعشى ولا يضحك، يشبه "بيلان" ويرفض الأكل
- يشبه أنه "متلوي" منفرج "خارقا على العادة"
- يتغير لونه بسرعة، يصبح مصعرا أو أزرقا، يتخشى ولو مؤقتا

بدوام هاته العدة كل أتصل بطبيبك خذ ما إذا أمبيرك
منه لا يتجاوز 6 أشهر وفي حالة أو جدان أو أكثر أو متعددة
في حالة تدهور حالتك، أَدْعُو طبيبك في نفس اليوم -
لك تعطي أي دواء بدون علم طبيبك

التحذير أم الضمان

هذه هي بعض النماذج التحذير من أجل الك لعمتان وسلامة
صبيك طوال أشقرو الكولي في الحياة
أحترموهم وأطلعو علي هذه النماذج في
كل مرة لما العدة صبيك

طوال بقاكم في العيادة

- إذا كنتي تعبانة وقد تنامي، لا تبقى صبيك معك في

السرير
- لا تشركي صبيك وحده أخبري الممرضين قبل غيابك من البيت
- لا تدخليني في الطابق وحتى في المدارج

في منزلك -

في البيت من أجل نوم صريح لصبيك

- على الأميرة في سريرة مشتم كليا فوق مطبخ يابس بدون

مخددة و بدون قواع مع العواتشي

- غطابك حقيبا بدون غطاء ثقيل من نوع كواك

- بدون أي شيء فوق عنقك

- درجة الحرارة للبيات حول 20°

- في حالة الأظنان في النهار يمكن لكي أن تلعب معك

على جانبية الأيمن أو الأيسر وعلى الأرض

في أحل راحة الصبي

- تعودي بنمطه الحيوي: أحرمني ساعات الأكل والنوم
- في حالة الرضاعة من الثدي لا تشاوي أي دواء بدون رأي طبيبك
- في الصبي رضع في "البيريون" الحليب يكون بدرجات حرارة معتدلة. يمكن ملاحظة هذه بعد قطرات من الحليب فوق الوجه الأعلى ليديكي
- لاحظي درجات الحرارة لماء الحمام بواسطة منقكي
- تصرفي مع صبيكي بلطفاً (لا تتركه ولو لعباً)
- لا تدهني وتلويني المحيط بالدمار
- لا تترك أي صبيكي مع صبيكي

في السيارة تحذري

- تركيب الصبي في مقعد يستعمل لهذا الصالح طبقاً للتعليمات المرفقة.
- رأسه لا يغطي
- صفا أو تشاء أدي درجات الحرارة في السيارة مرتفعة
- أخرج الغطاء من فوق الصبي وأعطيه ماء للشرب
- لا تترك صبيك داخل السيارة في الشمس

تجربة غير رسمية

RESUME

Durant mes études je me suis rendue compte que la prise en charge des patientes, peu importe leurs origines, était standardisée à partir de protocoles.

Ainsi, j'ai voulu m'intéresser aux attentes des patientes marocaine de première et deuxième génération, en salle de naissance et en maternité, en terme de respect et d'adaptation des traditions à l'offre de soin locale. L'objectif principal serait d'amener les soignants à réfléchir sur ses pratiques actuelles afin de répondre aux mieux aux attentes des patientes.

Pour cela j'ai réalisé 20 entretiens de patientes d'origine marocaine au sein du CHR Metz-Thionville. Ils ont tous été réalisés dans les services de maternité. La première partie de l'entretien a permis d'évaluer les connaissances des traditions de la patiente et de mettre en évidence un projet de naissance. La deuxième partie a pour objectif de raconter le déroulement de la grossesse et d'évaluer la satisfaction de la patiente.

Les connaissances des traditions marocaines autour de la naissance varient en fonction de l'histoire personnelle de la femme. Les patientes de la première génération expriment peu de demande du fait du défaut d'information concernant l'offre de soins locale. Quant aux patientes de deuxième génération, elles ont des remarques similaires à celles de patientes non immigrées.

Il me semble alors possible d'adapter notre prise en charge, en dehors de tout contexte d'urgence, en fonction des attentes de la patiente. Ainsi, il paraît important de favoriser l'expression de leurs besoins au moment de l'entretien de début de grossesse mais aussi lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. D'autres moyens sont à développer tels que des formations du personnel. Dans tous les cas, l'information de la patiente doit être une priorité et être adaptée à l'accès de la patiente à la langue française. De plus, la femme doit être informée de ces droits en matière de suivi de grossesse et d'offre de soins au moment de l'accouchement et enfin de ces devoirs en tant que consommatrice d'un service public et laïc.

Mots clés : tradition, rite, entretien prénatal individuel, formation du personnel, Maroc, information de la patiente