

La perception culturaliste de la parturiente lors d'une interaction thérapeutique : cas de la maternité de Jijel/Algérie.

Résumé

La prise en charge de la parturiente dans la société algérienne constitue un sujet inquiétant sur le plan médical. Compte tenu de l'importance de la dimension culturelle de la parturiente lors d'une interaction thérapeutique, cette question mérite d'être appréhendée.

A cet effet, de gros efforts ont été consentis par les pouvoirs publics en direction de la parturiente. Ainsi, des programmes en accord avec les valeurs sociales culturelles et religieuses ont donné lieu à de nouvelles tendances, à savoir un comportement nouveau des familles algériennes en matière de procréation. Par ailleurs, les résultats de différentes enquêtes sur la fécondité, sur la santé de la mère et de l'enfant en Algérie, font preuves de nouvelles tendances se résumant : par une baisse du niveau de fécondité qui se traduit par une baisse du nombre moyen d'enfants par femme, un recul d'âge au mariage résultant de la prolongation du niveau d'instruction de la femme, combiné à la crise de logement, une hausse du taux de prévalence contraceptif, une baisse du taux de mortalité infantile et maternelle. Malgré l'amélioration de certains indicateurs socio démographiques et sanitaires, la prise en charge de la parturiente reste tout de même alarmante.

Dans ce contexte la présente communication se propose d'aborder, à travers la wilaya de Jijel, le vécu de la parturiente en prénatal et en post natal. Par ailleurs, notre contribution à la compréhension de la problématique posée plus haut, s'appuiera sur une analyse fondée sur une approche théorique de la représentation sociale de la parturiente. Trois thèmes principaux se dégagent de l'analyse des données de l'enquête semi directif réalisée à la maternité du secteur sanitaire de Jijel : La pratique du système de soins des thérapeutes, la pratique du système traditionnel et l'incompréhension de la limite médicale.

Samia YEGHNI
Département des Sciences
de Gestion
Université de Jijel
(Algérie)

ملخص

يشكل التكفل بالولادة (الحمل) في المجتمع الجزائري موضوعا مقلقا من الجانب الطبي. هذه المسألة يجب إدراكها بالنظر إلى البعد الثقافي للولادة من خلال الأثر العلاجي. وعليه فإن السلطات العمومية بذلت جهدا معتبرا للتكفل بموضوع الولادة (الحمل) من خلال برامج مكثفة تتماشى مع المبادئ الاجتماعية والثقافية والدينية للمجتمع الجزائري. لقد أظهرت نتائج مختلف التحقيقات حول الخصوبة، وصحة الأم والطفل في الجزائر اتجاهات جديدة تتلخص في انخفاض مستوى الخصوبة، والذي يترجم من خلال نقص عدد الأطفال (النسبة المتوسطة) عند كل امرأة. وهذا راجع إلى تأخر سن الزواج بسبب طول مدة التكوين العلمي للمرأة، إضافة إلى أزمة السكن، وارتفاع نسبة منع الحمل. وبالرغم من تحسن بعض المؤشرات الاجتماعية، التنموية والصحية يبقى التكفل بالحمل (الولادة) مقلقا. يسعى المقال إلى البحث عن الظروف المحيطة بالولادة (الأمومة) على مستوى ولاية جيجل لمحاولة فهم المشكل المطروح بالتركيز على التحليل النظري للتمثل الاجتماعي والثقافي للحمل (الولادة).

Introduction

Mettre au monde un bébé c'est quelque chose d'extraordinaire, et la naissance est avant tout un événement naturel. Selon Szejer « naître a priori, n'est pas un traumatisme, c'est une étape de la vie humaine, ce qui peut l'être, ce sont les conditions dans lesquelles se déroule la naissance, la façon dont elle fait résonance dans l'histoire du sujet et de la famille. » (1)

La prise en charge de la parturiente dans la société algérienne constitue pourtant un sujet inquiétant sur le plan médical, même si des grands efforts ont été consentis par l'état. Des programmes en accord avec des valeurs sociales, culturelles et religieuses ont donné lieu à de nouvelles tendances comme, par exemple, un nouveau comportement des familles algériennes. Malgré l'amélioration de certains indicateurs socioéconomiques, démographiques et sanitaires, la prise en charge de la parturiente reste tout de même alarmante. Compte tenu de l'importance de la dimension culturelle dans l'interaction thérapeutique, cette question mérite d'être posée.

Afin de mieux cerner cette dimension culturelle, il nous a paru essentiel de recourir à des entretiens semi directifs, dont l'objectif est de faire ressortir la diversité de comportement des parturientes qui ont exprimées leurs attentes et leurs contraintes, qui se résument dans les influences sociales culturelles et religieuses. Quatre thèmes principaux se dégagent de chaque récit : la pratique médicale, la pratique culturelle, l'incompréhension de la limite médicale et culturelle de la parturiente (voir annexe 01 : récit 01 et 02).

S'interroger sur le sens de la pratique culturelle s'avère une nécessité.

Partant de ce constat, le présent article se propose à travers une approche empirique une contribution à la compréhension de la représentation sociale et culturelle de la parturiente en Algérie à travers le cas de Jijel.

I) Etat de connaissance de la perception culturaliste de la parturiente :

En Algérie comme ailleurs, la biomédecine n'est pas exclusive, il y a d'autres pratiques qui s'exercent en parallèle à savoir des pratiques traditionnelles et religieuses. Si le sujet demeure d'actualité, il reste cependant nécessaire d'adapter la prise en charge de la parturiente à l'évolution de la médecine moderne. Certes, les nouvelles pratiques médicales ont eu un impact favorable sur leur prise en charge. Elles ont vécu harmonieusement la période de grossesse, tout en s'adaptant aux nouvelles techniques obstétricales et chirurgicales, tels que la détermination du sexe par l'appareil échographique, le recours à la consultation prénatale dès le 1^{er} trimestre de la grossesse, etc... cependant de nombreuses parturientes restent très attachées à leur culture. Elles considèrent que seul le recours à des ressources, autres que médicales (traditionnelles, religieuses, culturelles) peut leur permettre de respecter et de partager leurs croyances, convictions et valeurs.

Il est communément reconnu que la période de grossesse est une période de fragilité pour la femme ou les éléments culturels, sociaux, et sanitaires issues des éléments individuels et familiaux peuvent émerger brutalement et engendrer du stress. En plus de la fragilité du vécu de grossesse, il y a également la qualité du support psycho-affectif des thérapeutes, les disparités socio-économiques, autant de facteurs qui peuvent alourdir le vécu de grossesse et devenir traumatisant. Dans ce sens, des études ont montré que « la culture influe directement sur les pratiques et les soins de santé » (2).

Pour décrire ces différentes pratiques, on a choisi deux acteurs de proximité de la maternité, le thérapeute et la parturiente. Le thérapeute est l'élément moteur, car il peut proposer ou même imposer les pratiques quotidiennes de suivi de grossesse, il est le seul capable de comprendre l'interaction thérapeutique entre l'aspect biologique, religieux, culturel et social et est plus habile à mettre une stratégie thérapeutique mieux adaptée et à répondre favorablement aux attentes de la femme enceinte.

Quant à la parturiente, elle est autonome, et peut recourir à trois types d'approches:

1. L'approche culturelle qui se base sur l'automédication et des pratiques religieuses

2. L'approche biomédicale dans laquelle le thérapeute se focalise uniquement sur les risques de grossesse, sans tenir compte de la réalité socio économiques et culturelle de la parturiente. Bien que ce type d'approche lui permet d'obtenir le résultat thérapeutique escompté, mais de nombreuses interrogations subsistent. Elles sont liées à la satisfaction des attentes de la parturiente et à ses souhaits.

3. L'approche bio-psychosociale a été privilégiée au Québec (3). Elle tient compte de plusieurs facteurs autres que médicaux : *culturels, sociaux et psychologiques*. Cette approche biopsychosociale (4) peut être considérée comme une approche globale. La parturiente, grâce aux multiples perceptions qu'elle a de sa grossesse, réalise qu'elle n'est plus seulement enceinte, mais attend un enfant. La prise de conscience de ce fait lui permet de tisser une relation non seulement avec son fœtus mais aussi avec les thérapeutes.

Pour certaines parturientes, l'accès à ces nouvelles pratiques de la médecine moderne s'est imposé aujourd'hui au service de la maternité, par la gratuité partielle des soins, et par les conditions réglementaires de déclaration de grossesse et d'accouchement en milieu assisté. Dans la pratique quotidienne, le thérapeute éprouve d'énormes difficultés à suivre la parturiente. Il doit offrir une approche thérapeutique, parle de conseils curatifs et préventifs, gère à sa manière. Quant à la parturiente, elle doit donner le modèle explicatif de son comportement, elle parle de mauvais œil, d'abstinence, de religion, écoute et interprète à sa manière. Maintenir un discours thérapeutique équilibré entre les deux acteurs lors d'une interaction thérapeutique est difficile, car les expressions du soin et le mode de vie se manifestent et se caractérisent par un comportement propre à chacun, sur le vécu de grossesse, les émotions, les attentes, la confiance, la méfiance. Si le thérapeute ne peut pas comprendre la parturiente à faire le choix de son suivi de grossesse, qui peut être différents des choix proposés ou même imposés par une culture médicale cela ne fera qu'aggraver la relation thérapeutique, qui pourra se transformer en relation de confrontation. Il est important de savoir que c'est probablement la méconnaissance réciproque de l'aspect culturel propre à chacun qui demeure un des problèmes majeurs de l'interaction thérapeutique. Il a été supposé que les plaintes, les manifestations émotionnelles de la période de périnatalité sont l'expression d'une souffrance mal entendue. De là l'intérêt d'écouter la parturiente pour comprendre ce qui échappe aux thérapeutes et s'inscrit comme une entrave à l'accès aux soins. Si certaines parturientes sont réceptives aux pratiques proposées par les thérapeutes, d'autres, sont confrontées à des barrières économiques, sociales et culturelles.

Pourquoi la parturiente souffre-elle encore des soins obstétricaux malgré, son recours important à la consultation prénatale ? L'aspect culturel peut il expliquer cet état de fait ?

Ces questions nous incitent à recourir à la théorie de la représentation sociale (S. Moscovici 1961) de la parturiente qui relève des sciences humaines, des sciences sociales (5). Notre intérêt porte aussi sur des études qui ont montré l'importance de l'accessibilité culturelle de la parturiente telles celles de (Bianchi D (6), M. R. Moro (7), B. Ugeux 2004 (8).

Pour répondre à ces questions nous avons formulé l'hypothèse suivante :

La prise en charge par l'approche biomédicale simplifie la réalité socio économique et culturelle de la parturiente et la considère comme un tout homogène. C'est à partir de ces préoccupations que d'autres disciplines des sciences sociales, de l'anthropologie, se sont impliquées, et ont souligné l'importance des sciences sociales dans la représentation de leurs comportements. Les représentations sociales des parturientes sont souvent homogènes pour certaines et contradictoires pour d'autres. Cette différence est due probablement à des facteurs sociaux, économiques, et culturels. C'est dans cette perspective que nous avons opté pour une analyse qualitative très utilisée en sciences sociales. Elle se fonde sur une enquête par entretien semi directif à l'aide d'un guide d'entretien. Une telle démarche permet d'identifier les nouveaux besoins des parturientes en santé reproductive.

- Un survol du contexte épidémiologique de la maternité de Jijel :

Le contexte épidémiologique de la maternité repose sur la variation du taux élevé du risque de santé maternelle et infantile. Malgré la baisse du taux de mortalité maternel et infantile par les différentes actions de l'Etat, ce taux reste tout de même élevé, ce qui laisse supposer une difficulté dans la prise en charge de la parturiente. Et les résultats des différentes enquêtes Algériennes sur la santé de la mère et de l'enfant, nous ont montré qu'il y a environ 5 à 6 décès maternels par jour en Algérie dans le monde hospitalier.

- Enquête 85/89 : 230 décès maternel pour 100.000 naissances vivantes
- Enquête 1992 : 215 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes
- Enquête 1999 : 117 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes

Jijel (9) lieu de l'étude empirique, est une wilaya de l'Est Algérien, s'étalant sur une superficie de 2.398 Km² avec une densité de 222.4 habitants/Km². Sa population est estimée à 628.000 habitants (données du recensement de 1998). Elle est très jeune composée à 39% des 0-14 ans et à 54% des 15-59 ans, tous sexes confondus.

Le tableau suivant nous présente la situation d'activité du service de l'obstétrique et de la gynécologie de la wilaya de Jijel :

Désignation	2 001	2 003	2 005
Naissances vivantes	8 .873	9 .913	7 .546
Mort-nés	2 14	2 88	1 84
Nombre césariennes	2 86	5 36	2 73
Décès maternels	4	2	3

Source: Bilan d'activité de la direction de la santé et de la population de Jijel 2000-2006

Ce contexte épidémiologique a montré, malgré la légère amélioration de certains paramètres, que la parturiente a encore des difficultés à mettre au monde un nouveau né. Faut il signaler que pour comprendre la parturiente, il est essentiel de saisir sa situation sociale, économique et culturelle, sachant que l'approche épidémiologique simplifie la réalité des conditions socio économiques et culturelles très diverses, et considère la parturiente comme un tout homogène.

Il est essentiel de savoir que la perception culturaliste est un aspect que nous ne pouvons pas négliger, elle englobe plusieurs variables, aussi bien le niveau social, culturel, économique et religieux. L'intérêt porté à la perception culturaliste de la périnatalité, permet de nous exposer différentes cultures. Et, il est temps d'agir aujourd'hui, pour que la grossesse soit mieux prise en charge par le thérapeute à travers une approche globale.

II) La perception culturaliste de la parturiente en Algérie:

L'Algérie en tant que pays musulman hérite de plusieurs pratiques ancestrales autour de la grossesse. Il est important de connaître certains éléments culturels, pour comprendre la parturiente. Une grossesse hors mariage, une interruption volontaire de grossesse, sont considérées comme des pratiques antiréglementaires et anti-religieuses. Un célibat définitif est mal vu. Une descendance nombreuse est privilégiée et considérée comme un symbole de puissance. Une femme stérile n'a pas le même statut social qu'une femme féconde. Le sexe masculin est souvent préféré afin de bénéficier de l'héritage et du soutien de la famille. Et à chaque stade de grossesse, correspond des rites spécifiques, les mères et les grands-mères étant les seules à pouvoir transmettre ces valeurs culturelles.

1. L'Observation de certaines pratiques traditionnelles de la période prénatale et post-natale de la parturiente:

La discrétion de la grossesse dès le début est importante, de craintes des regards jetés par des personnes envieuses qui peuvent causer une fausse couche voir même un décès maternel ou fœtal.

La parturiente est honorée en cette période, elle collabore avec Dieu par des prières pour une grossesse à terme et un accouchement facile.

L'automédication et les pratiques religieuses sont considérées comme des leviers thérapeutiques efficaces pour le traitement de la stérilité (l'huile d'olives, le miel, la prière...etc).

Traditionnellement la parturiente se fait conduire par un membre de sa famille, l'accompagnement est beaucoup plus psychologique que physique.

La période de travail d'accouchement est un moment insupportable pour toute parturiente, le plaisir de la période de grossesse est de vivre ce moment pénible de travail d'accouchement, qui est perçue comme un châtiment de Dieu.

La parturiente est au repos strict pendant quarante jours juste après accouchement, sa tâche principale est de s'occuper de son bébé (lavé, massé, nourrie et protégé par la lecture des versets coraniques contre le mauvais oeil).

La parturiente est choyée pendant cette période post natal, pour favoriser la production du lait et reprendre ses forces, des repas spécifiques à base du blé, du miel, du lait de vache, d'huile d'olives sont préparés par la belle mère.

2. L'Observation de certaines pratiques médicales de la parturiente:

La pratique médicale, recommande le recours à la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse. Elle s'est masculinisé et médicalisé par différents examens biologiques, cliniques et para cliniques selon des normes culturelles occidentales.

La période du pré accouchement est une période pénible. Elle est vécue sans douleur avec la péridurale ou avec des traitements qui provoquent les contractions.

L'accouchement est associé à un aspect technique c'est à dire médical, sans support psychoaffectif.

Autant d'éléments de suivi de grossesse qui sont différents des pratiques médicales. Cet attachement aux aspects culturels de suivi de grossesse est tellement fort qu'on ne peut les ignorer. Et pour agir efficacement, il faut connaître la parturiente et son univers de sens. Le recours à l'enquête semi-directive nous a permis de mieux les comprendre.

III) Approche empirique de la perception culturaliste de la parturiente à la Maternité de Jijel.

Cerner le contexte qui entoure la grossesse, c'est tenir compte du passé et du présent de la parturiente, c'est tenir compte de son environnement social, économique et culturel. L'interaction thérapeutique entre parturiente et thérapeute est l'occasion de prendre en considération la dimension culturelle, pour comprendre les attentes et les préférences du suivi de grossesse. L'objectif de l'étude est de faire ressortir certaines caractéristiques des parturientes, indépendamment de leur représentativité.

L'étude a touché certaines parturientes qui ont exprimées leurs attentes et leurs contraintes en matière de suivi de grossesse. Nous avons constaté, lors de leurs récits, certaines ont des barrières culturelles et ne livrent pas facilement leurs croyances et principes culturels, conscientes des faits que le thérapeute ne les partage pas.

De là, l'intérêt d'aller auprès des parturientes en vue de contribuer à la réflexion d'améliorer la perception de la parturiente par le double contexte médicale et culturelle. Pour limiter notre champ d'étude, nous nous sommes intéressés à la perception de la parturiente lors de son hospitalisation pour un risque de grossesse ou pour un accouchement. Pour cela, nous nous sommes basés sur dix entretiens semi-directifs réalisés à la maternité de Jijel, mais on a retenu que deux entretiens pour notre analyse. Les interviewées s'exprimaient librement, à partir d'un guide d'entretien portant sur leur vécu de grossesse. Leurs caractéristiques socio-démographiques variaient notamment selon l'âge, le nombre de grossesses, le niveau d'instruction, le lieu de résidence et les antécédents pathologiques. Malgré la richesse de leurs témoignages, cela nécessite une large connaissance des caractéristiques de l'objet et un grand échantillon pour généraliser l'étude de la représentation sociale et culturelle.

L'interprétation de ces entretiens, nous a permis de dégager différentes représentations qui se résument dans les influences sociales, culturelles et religieuses. Des sentiments communs émergent des entretiens à savoir la confiance, le désespoir, la crainte, l'inquiétude, et la satisfaction et on a retenu trois concepts clés qu'on retrouve dans chaque récit : la pratique culturelle du suivi de grossesse, la pratique médicale et l'état d'incompréhension de la limite médicale.

Pour mieux cerner cette diversité de comportement, on a posé des questions à la parturiente sur la base d'un guide d'entretien (Récit 01 et 02).

L'analyse des contenus des entretiens semi-directifs, consiste à élaborer un tableau de traitements composé de trois colonnes :

La 1^{ère} colonne : concerne ce que dit réellement la parturiente, s'est opéré par des fragments pertinents du récit ;

La 2^{ème} colonne : l'analyse de la représentation sociale de la parturiente, c'est l'analyse des différents fragments choisis ;

La 3^{ème} colonne, c'est la catégorisation ou la conceptualisation, qui sert de structure pour décrire la typologie de la parturiente.

Entretien N01 :

Ce que dit la parturiente	Analyse : représentation sociale	catégorisation
« ...le 1 ^{er} mois de grossesse, de honte devant ma belle famille, je n'informe personne à l'exception de mon mari. Au 4 ^{ème} mois de grossesse, j'ai eu des saignements et j'étais obligé d'informer ma belle mère, on est parti mon mari et moi voir le gynécologue après avoir m'examiné, il m'a informé qu'il s'agit d'un arrêt de grossesse, « une fausse couche »	La parturiente est très attachée à sa culture, pour elle la discrétion en début de grossesse est importante. Elle juge utile de recourir au thérapeute qu'en cas de complication. La culture l'oblige qu'un membre de sa famille doit l'accompagner à la maternité.	La pratique culturelle est considérée comme un levier thérapeutique efficace. Le risque de grossesse l'oblige à recourir au thérapeute.
« ...Quand, je lui ai demandé d'où provient cet arrêt de grossesse, il m'a expliqué que c'est quelque chose de naturel, ça dépend quand ça tient ça tient quand ça tombe. »	Pour la parturiente toute complication de grossesse ou d'accouchement a une explication médicale.	L'incompréhension de l'échec de grossesse.
« ...De peur de l'échec de la 1 ^{ère} expérience, j'ai décidé de suivre ma grossesse...au 4 ^{ème} mois de grossesse,..., il m'a m'informé que la grossesse s'est arrêtée... »	La parturiente cherche la compétence le savoir et les moyens techniques pour assurer un bon déroulement de sa grossesse. Un 2 ^{ème} échec de la grossesse malgré le recourt important à la consultation prénatale.	La parturiente a confiance à la pratique médicale, mais la déception de l'incompréhension du 2 ^{ème} échec de grossesse.
« ... Ces deux fausses couches, qui ont justifié mes nombreux jours d'hospitalisations, m'ont laissé réfléchir de changer mon parcours de suivi de grossesse. »	La parturiente est embarrassée des échecs de grossesse, elle recourt à la pratique culturelle.	L'incompréhension de la limite médicale : La rupture de la pratique médicale.
« ...je me suis mise à prier... pour implorer le Bon Dieu, de protéger ma grossesse jusqu'à son terme... j'ai senti un certain soulagement que ma grossesse est protégée,	La parturiente veut vivre la période de grossesse comme celle de sa mère, elle est satisfaite des résultats de la pratique culturelle.	La confiance de la pratique culturelle et religieuse: elle parle de protection de grossesse.

<p>« Quand, je suis arrivée à terme, j'ai eu l'éclatement de la poche d'eau à la maison, j'ai informé ma belle mère, elle m'a conseillé de boire quelques cuillères d'huile d'olives pour faciliter le glissement du fœtus. J'ai voulu accoucher à la maison, mais ce sont les conditions réglementaires de déclaration de grossesse qui m'ont obligé de partir à l'hôpital</p>	<p>Quand la parturiente est arrivée à son terme, elle reste attachée à sa culture, elle souhaite accoucher à la maison, elle cherche un milieu convivial, mais les conditions réglementaires de déclaration de grossesse, l'obligent d'accoucher à la maternité.</p>	<p>La médicalisation de la grossesse s'est imposée par les conditions réglementaires de déclaration de grossesse.</p>
---	--	---

Entretien 02 :

Ce que dit la parturiente	Analyse : représentation sociale	catégorisation
<p>« ...ma belle mère et mon mari commence à s'inquiéter, j'ai informé mon mari et je suis partie voir un médecin spécialiste pour le traitement de la stérilité; Au 1^{er} rendez vous, le médecin m'a imposé que mon mari doit également faire un bilan. ... On a suivi ensemble le traitement, en cachette de sa mère, le suivi a duré presque un an sans aucun effet ,... mes belles sœurs ont commencé à parler d'une autre femme; l'une d'elle disait notre frère est jeune, il a besoin d'avoir des enfants. Sans se soucier que le problème peut provenir de mon mari. Sans perdre l'espoir et malgré la tension familiale insupportable, j'ai demandé encore conseil à une amie qui avait le même problème de stérilité... »</p>	<p>La parturiente a confiance au professionnel de santé, dans le but de trouver la solution à son problème de fertilité. Mais elle est inquiète, des résultats négatifs de certains médecins qui ne lui expliquent pas suffisamment les problèmes de sa fécondité. , elle recourt à la pratique traditionnelle tout en restant attachée au professionnel de santé. D'autre part, elle est angoissée par l'entourage familial, car le sujet de discussion de la stérilité peut la conduire au divorce, sans se soucier que le problème peut provenir du mari. C'est un défi qu'elle doit mener, elle doit prouver sa fertilité auprès de la famille de son mari, pour mettre fin à son divorce. Elle continue de chercher auprès des professionnels de santé, elle trouve la solution à son problème de fertilité. Elle utilise des versets coraniques pour remercier le Bon Dieu</p>	<p>La crainte et l'influence du milieu familial: Elle se base sur le double contexte médical et traditionnel.</p>

<p>« ...Au 3ème jour je suis partie chez le gynécologue pour m'expliquer la raison de l'arrêt de grossesse, il a essayé de me faire comprendre c'est la nature, souvent la grossesse ne tient pas pour aucune raison, puis il m'a dit il faut oublier le passé ; on doit s'occuper d'abord de l'avortement. »</p>	<p>Il est difficile d'accepter des résultats négatifs sans explication. Pour convaincre la parturiente, il faut que le médecin dispose un diagnostic précis, qui n'est pas le cas.</p>	<p>L'incompréhension de la limite médicale : La parturiente ne comprend pas la limite des sciences médicales.</p>
<p>«... j'ai eu des contractions très forts et répétées, mon mari m'a accompagné en urgence à l'hôpital, une sage femme de garde m'a reconnu, c'est une cousine à ma mère, elle a téléphoné en urgence au médecin spécialiste Chirurgicalien ; entre temps j'étais transféré au bloc opératoire ; après une anesthésie générale, j'ai accouché par césarienne d'un bébé de 3 kg. Je suis très satisfaite quand on connaît une sage-femme ou un médecin de famille, on ressent une sécurité et une assurance, quelque soit l'état de la grossesse... »</p>	<p>La parturiente est satisfaite, malgré que l'accouchement s'effectuera par césarienne, elle cherche un milieu convivial, elle veut accoucher comme sa mère entourée de l'entourage familial, elle parle de sage-femme de famille.</p>	<p>L'humanisation : la parturiente a besoin d'un support psychoaffectif pour accoucher dans de bonnes conditions.</p>

La perception culturaliste de la parturiente lors d'une interaction...

<p>«.. Au 1^{er} mois, j'ai eu des saignements, je suis partie revoir la sage-femme de la PMI, elle m'a dit, ne t'inquiète pas, c'est normal. Je n'étais pas trop convaincu, j'ai discuté avec ma belle mère sur le saignement que j'ai eu pendant plus d'un mois, elle m'a dit on ne peut pas saigner tout le temps, il faut un traitement pour arrêter le saignement, d'ailleurs a notre époque on disait « la femme qui utilise des contraceptifs entre la 1^{ère} grossesse et la 2^{ème} grossesse à une forte probabilité de devenir stérile ». De peur de ne plus avoir d'enfant, je suis partie voir la sage femme ; j'ai lui est raconté l'histoire de ma belle mère, elle n'a pas pu me convaincre. J'ai décidé d'arrêter, d'une part de peur de la stérilité et d'autre part de mon age un peu avancé ou les risques de grossesse sont plus élevés.</p>	<p>La parturiente a peur d'utiliser des contraceptifs, en raison des rumeurs alarmantes de l'entourage familial. La sage- femme ne donne pas suffisamment du temps à la parturiente pour lui expliquer les avantages et les effets secondaires du stérilet. C'est ce manque du temps alloué à la parturiente. C'est ce manque du d'écoute qui fait qu'il y a rupture de la relation thérapeutique.</p>	<p>Le manque d'écoute et l'influence des rumeurs alarmantes : La rupture de la relation thérapeutique.</p>
<p>« ...une sage femme de garde m'a reconnu, c'est une cousine à ma mère, elle a téléphoné en urgence au médecin spécialiste Chirurgien...je suis très satisfaite quand on connaît une sage-femme ou un médecin de famille, on ressent une sécurité et une assurance, quelque soit le risque de grossesse ».</p>	<p>La parturiente est très satisfaite, car la possibilité d'une qualité d'écoute, de respect, ainsi qu'une qualité de prise en charge globale est possible, quand la sage femme ou le médecin du service de maternité est membre de la famille.</p>	<p>La proximité du thérapeute permet de créer une satisfaction de prise en charge adéquate de la parturiente.</p>

L'analyse des données nous a révélé :

Parturientes	La Pratique culturelle.
Entretien N01	<p>Traditionnellement la culture oblige la parturiente à cacher sa grossesse et à respecter certaines valeurs traditionnelles, qui consiste en utilisation d'huile d'olives en période d'accouchement pour faciliter les contractions, l'ouverture du col et le glissement du fœtus, ainsi la nécessité de se protéger contre toute sorte de malédiction, par le recours aux soins prophétiques (prière, lecture des versets coranique...). En général, les arrêts de grossesse se traduisent par le mauvais œil, pour repousser les esprits malfaisants, elle reste attachée à la volonté divine en tant que forme culturelle. Elle ressent non seulement une assurance de la grossesse, mais également une satisfaction d'un bon déroulement de la grossesse. Quand au nouveau né, elle utilise des méthodes traditionnelles, pour le protéger contre des esprits effrayants du mauvais œil.</p>
Entretien N02	<p>La parturiente est angoissée du problème de sa fécondité. Elle sait que dans nos mœurs, seule la femme est responsable du problème de stérilité. Pour mettre fin à la tension familiale et prouver sa fertilité, elle reste attachée à la pratique médicale et culturelle.</p> <p>La parturiente est satisfaite de la consultation auprès d'une femme gynécologue qui lui permet de créer une proximité sociale et un climat de confiance, de parler de ses intimités dans le but de trouver la solution à son problème de stérilité.</p> <p>Pour respecter certains tabous, la parturiente a préférée choisir les prestataires femmes pour être à l'aise lors de l'interaction thérapeutique.</p> <p>La crainte d'utilisation des contraceptifs par la rumeur alarmante de l'entourage familial.</p> <p>La parturiente a besoin d'un support psychoaffectif lors de l'accouchement. Pour elle, une joie est possible même pour un accouchement avec césarienne, si la sage-femme est membre de famille. L'influence de l'entourage familial, a créé une certaine méfiance et une crainte de la pratique médicale, elle veut vivre une période conviviale du suivi de grossesse qui ressemble à celle de sa mère par la pratique religieuse et traditionnelle.</p> <p>Une prise en charge adéquate est possible quand la sage femme est membre de famille.</p>

Parturientes	Incompréhension de la limite médicale et de la culture.
Entretien 01	<p>Incompréhension de la limite médicale : La parturiente est inquiète des résultats de sa grossesse. La limite médicale des causes d'arrêts de grossesse a fait qu'elle change de parcours et fait appel à d'autres ressources, autres que médicales pour chercher une solution à son problème d'arrêt de grossesse.</p> <p>La parturiente est inquiète de ne pouvoir vivre l'accouchement naturel, c'est l'incompréhension de sa culture qui a fait, qu'elle a vécu un accouchement artificiel.</p>
Entretien 02	<p>Incompréhension de la culture : La parturiente est inquiète par la tension de l'entourage familial, du problème de sa fécondité. Elle est considérée comme la seule la cause du problème de stérilité. Malgré l'échec des résultats, elle reste attachée au professionnel de santé, elle change de médecin, mais l'influence du milieu familial l'oblige de recourir au contexte traditionnel.</p> <p>La parturiente est inquiète, du manque d'information concernant l'utilisation des contraceptifs. Elle recourt à son entourage familial en raison de l'incompréhension de l'utilisation des contraceptifs,</p>

Parturientes	La pratique médicale.
Entretien N01	<p>La peur de l'échec de la 1ère expérience de grossesse non suivi par les professionnels de santé, elle a préféré recourir au thérapeute, dès le début de grossesse, mais la déception, malgré le suivi régulier un 2ème échec de la grossesse.</p>
Entretien N02	<p>Le défi de la parturiente pour prouver sa fertilité et mettre fin à la tension familiale et au problème de son divorce, elle reste attachée auprès des professionnels de santé, dans le but de trouver la solution au problème de fécondité.</p>

La synthèse de ces deux entretiens semi directifs, nous a permis de fournir une vision d'ensemble du vécu de grossesse, grâce à leur interprétation on a pu dégager les différentes représentations qui se résument dans les influences sociales, culturelles et religieuses. Des sentiments communs émergent des entretiens à savoir la confiance, la peur, l'inquiétude, et la satisfaction et on a retenu trois concepts clefs qu'on retrouve dans leur récit : la pratique culturelle, la pratique médicale et l'incompréhension de la culture et de la limite médicale.

Discussion :

L'objectif de l'enquête est de décrire le modèle explicatif du comportement de la parturiente lors d'une interaction thérapeutique.

La pratique culturelle du suivi de grossesse :

Les coutumes, les croyances qui entourent la grossesse sont différentes d'une parturiente à une autre, chacune à sa propre vision héritée de son histoire personnelle, familiale et culturelle. Il ressort que l'accès à la médecine moderne est difficile à vivre pour les thérapeutes et les parturientes, car il ne suffit pas de décréter un changement de suivi de grossesse, il faut plutôt l'accompagner. Ces variations de pratiques hospitalières de suivi de grossesse qui ont modifié les besoins des parturientes, sont mal pris en charge aujourd'hui par la maternité. Il est clair, que la maternité devra répondre aux attentes des parturientes de plus en plus exigeantes. La réussite de tout changement repose sur la qualité de la représentation qui trouve peut être son origine dans la prise en compte de la dimension culturelle de la parturiente.

Certaines parturientes restent attachées à leur culture, elles se présentent tardivement à la 1^{ère} consultation prénatale. Cet accès tardif peut s'expliquer par le temps mis pour protéger la grossesse du mauvais œil, le mauvais accueil, la carence des professionnels de santé, l'ignorance des parturientes, le manque de temps. Des études ont montré « que les personnes de classes populaires prêtent moins d'attention à leurs symptômes, sont moins bien informées à leur égard (...) se font soigner plus tardivement (...)» (10)

La pratique médicale du suivi de grossesse:

Certaines parturientes sont satisfaites des pratiques médicales, mais pour d'autres, la médicalisation de la grossesse s'est imposée progressivement à la maternité, par la gratuité des soins partiels, par les conditions réglementaires pour une déclaration de grossesse et un accouchement dans un milieu assisté.

Le déroulement de l'accouchement à la maternité est associé à l'aspect technique, alors que les parturientes veulent accoucher comme leur mère, avec un support psycho-affectif, mais elles ne trouvent pas ce climat chaleureux à la maternité, et des études ont montré que « *l'hôpital ne doit plus être un lieu de science, de savoir et de pouvoir, même s'il s'agit d'un lieu de savoir et du pouvoir guérir, du savoir soulager. Il y a désormais trop de limites évidentes dans ce pouvoir et ce savoir. Il faut partager, ouvrir, échanger. Si l'on veut que l'hôpital soit, outre un espace de guérison, un lieu affectif de vie...* » (11).

L'incompréhension de la limite médicale :

Certaines parturientes sont inquiètes de l'incompréhension de la limite médicale, le cas d'arrêt de grossesses répétées, le problème de stérilité, les grossesses non désirées fondées sur des rumeurs alarmantes, fait qu'elles font appel à d'autres ressources, cette relation thérapeutique peut être transformée en une relation de confrontation.

D'autres sont inquiètes du manque d'écoute des thérapeutes, et c'est la méconnaissance de la surcharge de travail des thérapeutes qui fait émusser la tension, et interprètent ce type de relation comme un manque d'humanisation, ce qui peut entraîner une rupture de la relation thérapeutique.

A la lumière de ce qui a été développé, il ressort que :

Au-delà de l'approche médicale, la perception culturaliste de la parturiente par le champ sanitaire est encore méconnue par les thérapeutes impliqués dans le suivi de grossesse. Cette étude nous a permis de décrire le comportement des parturientes dicté par une culture différente de celle des thérapeutes. Il est important pour ce dernier de connaître les attentes, les croyances, les coutumes, les inquiétudes et les préférences pour comprendre le vécu de grossesse de la parturiente. L'étude empirique à la maternité de Jijel fait apparaître plusieurs éléments : la confiance thérapeutique, la confiance aux soins prophétiques, le manque d'écoute, l'incompréhension de la limite médicale.

A partir des résultats empiriques, on peut dire que l'aspect culturel n'a pas encore son impact souhaité dans le champ sanitaire, dans la mesure où il y a certaines parturientes qui permettent de dire non à certaines pratiques médicales. C'est cette méconnaissance de l'aspect culturel qui crée certaines incompréhensions du vécu de grossesse et c'est à partir de l'accessibilité culturelle en matière de santé reproductive qu'on pourra décoder certains comportements de la parturiente. Il y a lieu de prendre cette dimension dès le début de la grossesse, d'où l'importance de réserver une place à la parole de la parturiente. Chaque femme a un suivi de grossesse différents selon des normes des valeurs et des croyances qui lui propres. Il est donc, essentiel de considérer l'accès à la médecine moderne non seulement comme un phénomène médical, mais comme un phénomène social, culturel et psychologique. C'est donc à partir de la dimension culturelle, qu'on pourra décoder certains comportements et mieux percevoir la logique interne et répondre favorablement aux attentes des parturientes. La prise en charge de la parturiente, (personnalité, environnement psychologique, relations interpersonnelles, croyances) permet d'assurer une gestion thérapeutique efficace.

Recommandations :

Donnez la parole aux parturientes et particulièrement aux femmes précarisées, c'est comprendre le comportement maternel, elles sont nombreuses à être silencieuses, et détentrices de par leur savoir de leur histoire, de leur culture et de leur croyances.

Combien la mise en commun de l'information, le partage des expériences personnelles, ouvre la porte à l'humanité. Nous avons passé en revue un certain nombre de problèmes de santé qui touche la santé maternelle et fœtale des parturientes qui se présentent à la maternité.

Cependant, prises dans l'ensemble, les données qu'on a rassemblées à partir des entretiens semi directifs tendent à confirmer de manière raisonnable l'hypothèse principale. Les complications persistent malgré le recours à la consultation prénatale, il faut souligner, que ce n'est pas le fait de recourir à la consultation prénatale, que les complications diminuent, mais le suivi de grossesse ou d'accouchement, porte surtout ce qui est fait réellement aux parturientes .

Les résultats de l'enquête nous ont montré que l'état de santé des femmes enceintes de situation sociale précaires n'ont pas un problème spécifique de santé, mais présentent un cumul de problème de santé aggravé par les difficultés de logement, d'emploi, de traditions, de conditions de vie, d'accès tardif aux soins, de manque d'information, de manque d'éducation sanitaire. Et par conséquent, elles sont très mal

suivi, provoquant ainsi des risques de grossesses et d'accouchements alarmants : prématurités, faible poids de naissances des nouveaux nés, avortements provoqués, arrêt de grossesses, morts nés.

Conclusion :

Pour que le soin du thérapeute réponde favorablement à la parturiente, il est important d'étendre le champ de la relation thérapeutique au delà des seuls critères médicaux. Dans une telle relation le thérapeute doit être plus disponible à l'écoute afin de créer un climat de confiance et mieux percevoir l'aspect médical, social, culturel et psychologique. Un tel système de santé basé sur la convergence de la pratique médicale et culturelle permet d'aboutir à une compréhension mutuelle entre thérapeute et parturiente. Pour cela, il est important :

De développer la formation continue des thérapeutes dans le domaine de l'écoute et de la relation d'aide.

D'approfondir les connaissances dans le domaine des sciences humaines pour une approche centrée sur la personne dans son contexte familial, social et culturel.

A travers ces grandes lignes il s'agit donc de prendre en charge la parturiente non seulement dans sa globalité, mais également dans son individualité.

Références Bibliographiques

- 1- Myriam Szejer. Pédiopsychiatre et psychanalyste. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité : protéger l'environnement de la naissance » Revue, *informations sociales* N° 132, Union nationale des caisses d'allocations familiales, Paris France, 2006.
- 2- Marianne Kuster, Céline Goulet, Jacinthe Pépin « Significations du soin Postnatal pour des immigrants algériens », Volume 10 N°1. Septembre Octobre, 2002
- 3- Hélène Vadebancour, « Le médecin du Québec », *Documentation* volume40, numéros7 Juillet 2005.
- 4- Eliane Ferraguten, Hélène Brocq, Sylvie Chabeé, Simper, Pierre Decourt, Martine Derzelle, Thérèse Dhomont, Mathieu Dousse, Micheline Ruel, Kellermann, Eric Serrez, René Serven, *Psychosomatique, santé douleur, la dimension de la souffrance en psychosomatique*, Masson, Paris 2000, Page 32.
- 5- Marc Augé, Claudine Herzlich, *Ordres sociaux, le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Edition des archives contemporaines, Paris, France 1984.
- 6- Bianchi Demicheli, *psychothérapie*, vol 24, 2004, N001, p 1-2
www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYS&ID.
- 7- ¹ M.R. Moro. *Approche transculturelle de la périnatalité*, Conférence plénière, Masson, Paris, 2004,
http://www.masson.fr/masson/portal/editorialproduct/Article.pdf?codeRevue=JGetproductcode562etpathXML=Revue/J.G/2004/33/sup1/Article11106438621.Xmletpath=Revue=/JG/2004/33/Sup1/5/pdf_57124.pdf.

8-Bernard Ugeux, La dimension anthropologique de l'accueil du patient...www.informationseminaire/la dimension anthropologique de l'accueil du patient.

9- Jijel est réparti en 3 secteurs sanitaires (Jijel, Taher, El milia), les structures sanitaires se résument à trois hôpitaux, 7 polycliniques, 21 centres de santé, et 112 salles de soins.

10- Danièle Carricaburu Marie Ménoret, Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies. Armand Colin, Collection U, Sejer, 75006 Paris, 2004.

11- Emmanuel Hirsch /Soigner l'autre / L'éthique l'hôpital et les exclus. Humaniser l'hôpital, Belfond, Paris. 1997.

Entretien 1 : Une inquiétude de la parturiente du savoir médical. L'incompréhension des arrêts de grossesses a encouragé le couple à recourir à la volonté divine.

Identification :

Age maternel : 27 ans, femme au foyer, Nombre de grossesses: 03 dont 2 fausses couches, 60kg, 1.60m

Niveau d'instruction : aucun

Juste après mariage, j'ai eu un retard de règles, j'étais un peu fatigué, j'ai compris que j'étais enceinte. Pendant le 1^{er} mois de grossesse, de honte devant ma belle famille, je n'informe personne à l'exception de mon mari. Au 4^{ème} mois de grossesse, j'ai eu des saignements et j'étais obligé d'informer ma belle mère, on est parti mon mari et moi voir le gynécologue après avoir m'examiné, il m'a informé qu'il s'agit d'un arrêt de grossesse, « une fausse couche ». Quand, je lui ai demandé d'où provient cet arrêt de grossesse, il m'a expliqué que c'est quelque chose de naturel, ça dépend quand ça tient ça tient quand ça tombe ça tombe. J'étais très émue de cette limite médicale. Puis il m'a dit, l'essentiel pour l'instant est de faire tomber le fœtus, par un traitement que je vais t'inscrire. Il m'a recommandé une hospitalisation de deux jours pour suivre le traitement.

Quelques mois après, j'étais très fatiguée, j'ai ressentis des symptômes de grossesse, vomissements et vertiges, et finalement c'était la période d'envie de grossesse.

De peur de l'échec de la 1^{ère} expérience, j'ai décidé de suivre ma grossesse... auprès d'un gynécologue. Le 1^{er} RDV, c'était à la fin du 1^{er} trimestre, Il m'a informé que la grossesse est normale. Au 4^{ème} mois de grossesse, j'ai eu encore des saignements, je suis partie en urgence, voir le gynécologue, il m'a m'informé que la grossesse s'est arrêtée. J'étais hospitalisée, pour la 2^{ème} fausse couche, j'étais très choquée du résultat, et très embarrassée, après un suivi régulier auprès du gynécologue ! Quelques jours après mon rétablissement, je suis partie voir un autre gynécologue, J'ai lui ait raconté mes deux événements de fausse couche, puis j'ai lui est posé plusieurs questions : d'où peut provenir un arrêt de grossesse? Puis-je avoir une grossesse à terme ? Mon état de santé me permet il d'avoir une grossesse solide ? Sa réponse était « quand ça tient ça tient, quand ça tombe ça tombe ». J'étais traumatisée, du doute médical, du doute de ma grossesse et du doute des capacités du gynécologue, de ne pouvoir expliquer la cause de l'arrêt de grossesse. Ces deux fausses couches, qui ont justifié mes nombreux jours d'hospitalisations, m'ont laissé réfléchir de changer mon parcours de suivi de grossesse.

Au départ, je me suis mise à prier de tout mon cœur, pour implorer le Bon Dieu, de me garder la grossesse jusqu'à son terme. Quelques mois après, je suis tombée enceinte, j'ai demandé conseil à ma belle mère, m'avait dit, c'est le mauvais œil, de préférence il faut voir un Iman, et faire une ROKIA. A notre époque, on ne voit jamais un médecin, quand on a mal, on prend des tisanes chaudes ou on fait une rokia. Pour l'instant tu n'as aucun enfant, et demain quand tu auras plus de 6 enfants, qu'est ce que

tu deviens ?

Je suis partie à la mosquée au moment de la sortie de la prière, le voilà qui se ramène, je me suis présentée, et j'ai lui est raconté mes deux événements de fausse couche, il m'a dit peut être c'est le mauvais œil, c'est dicté dans le Coran que le mauvais est une vérité, ou tu es passée à coté d' un lac marécageux (eau stagnante, algues, les moustiques, grenouilles, ...) et tu n'as pas prononcé quelques versets coraniques pour repousser les esprits malfaisants. A près un bref discours, il m'a fixé un RDV et m'a proposé de ramener au prochain RDV, une bouteille d'eau d'environ un litre et une petite bouteille remplie d'huile d'olives.

Comme convenu, je suis partie au RDV qui était programmé dans son appartement, juste à l'entrée, il y avait une file de femmes qui attendaient leur tour dans le couloir et chacune racontait son problème, une femme qui disait « moi, a chaque fois quand j'ai des problèmes de santé ou familiaux, je viens ici, son traitement est très efficace, il apaise le conflit, la souffrance par la lecture des versets coraniques...El hamdou li Allah »

Et voilà mon tour qui arrive, après quelques heures d'attentes, j'ai lui ait remis la bouteille d'eau et d'huile, il a commencé à lire quelques versets coraniques a haute voix à l'intérieur de la bouteille d'eau et d'huile, puis il m'a allongé au lit, il m'a dit de fermer les yeux et de se concentrer avec la lecture du coran , puis il m' a serré mon front avec ses deux mains et il a commencé à lire plusieurs versets coraniques pendant plus d'une heure. A la fin, j'ai senti un certain soulagement que ma grossesse est protégée, j'étais très contente. Il m'a conseillé d'être au repos au moins un mois, de prendre de temps en temps, le matin à jeun, une cuillère à café d'huile d'olives, de faire des massages d'huile au bas ventre et de boire l'eau pendant 15 jours. Avant de sortir, j'ai lui est remis 100 Dinars, correspondant au coût de la visite. Depuis, j'ai suivi son traitement et ma grossesse a évolué normalement. De honte de ma grossesse devant ma belle famille et afin de pouvoir circuler normalement, j'étais obligée de porter des écharpes très larges de manière à couvrir mon ventre.

Quand, je suis arrivée à terme, j'ai eu l'éclatement de la poche d'eau à la maison, j'ai informé ma belle mère, elle m'a conseillé de boire quelques cuillères d'huile d'olives pour faciliter le glissement du fœtus. J'ai voulu accoucher à la maison, mais ce sont les conditions réglementaires de déclaration de grossesse qui m'ont obligé de partir à l'hôpital. Mon mari, ma belle mère et moi, on est partis à la maternité, juste à l'entrée une sage femme qui nous accueille, elle m'a examiné, puis m'a recommandé de joindre la chambre N01 et attendre les contractions sinon, si ça tarde on essayera de provoquer les contractions par une injection, suite au conseil du médecin. Ma belle mère était étonnée, elle disait à notre époque, on ne provoque jamais les accouchements.

Le lendemain, le médecin est venu voir mon état de grossesse, puis du coup il a demandé à la sage-femme de me provoquer l'accouchement. Quelques heures après des contractions arrivent de plus en plus forts puis je suis partie à la salle d'accouchement et j'ai donné naissance à un joli bébé. Une fois que tout est fini, mon mari et ma belle famille sont venus à la maternité, pour découvrir le bébé. Mon mari a

pris le bébé entre ses bras et lisait dans l'oreille droite et gauche quelques versets coraniques, afin de le protéger contre le mauvais œil.

A la maison, plusieurs coutumes doivent être respecté pour la mère et le bébé :

En tant que nouvelle mère, les coutumes veulent, que l'accouchée ne sort pas de la maison pendant 40 jours. Au deux premières semaines, je dois m'occuper seulement du bébé, c'est un repos total, avec un régime alimentaire particulier : tisanes chaudes, viande fraîche, lait de vache, légumes frais, l'huile d'olive, du miel pur. La 3ème, je commence à m'intégrer, je lave mon linge et celui de mon bébé, je mange avec l'ensemble de la famille. La 4 et 5ème semaine, je m'intègre totalement, je reprends mes activités quotidiennes, je prépare la bouftance, je m'occupe de mon mari...etc.

Pour le bébé : les coutumes veulent qu'on donne au nouveau né, dès son 1^{er} cris un peu de sucre dans sa bouche, pour que l'enfant soit sucrée pendant toute sa vie. On dépose sous son coussin un livret de coran, on accroche au berceau, une main de fatma, puis on saupoudre le berceau du bébé, avec du sel, du kamoun et chaque soir, on masse tout le corps du bébé avec de l'huile d'olives, un peu de sel et on lit des versets coraniques.

Entretien 2 : La pratique médicale et la pratique culturelle.

La Stérilité est-elle un problème qui dépend uniquement de la femme ? Son mari s'empressa de confirmer qu'il était pour rien, et le problème venait uniquement de sa femme. Un défi ! Un divorce ! Un remariage probable ! Elle raconte, une stérilité puis une grossesse inattendue après tant de mois de souffrance, une hospitalisation suite à des pertes de sang en début de grossesse. Elle avait donc subi un curetage.

Age maternel : 37 ans, activité féminine : femme au foyer, nombre d'enfants : 01, suivi de grossesse : gynécologue, 65kg, 1.65m, niveau d'instruction : secondaire

A la 1ère année, juste après mariage, quand je n'ai eu d'enfant, ma belle mère et mon mari commence à s'inquiéter, j'ai informé mon mari et je suis partie voir un médecin spécialiste pour le traitement de la stérilité; Au 1^{er} rendez vous, le médecin m'a imposé que mon mari doit également faire un bilan. Le soir j'ai discuté avec mon mari, il était d'accord de venir avec moi pour faire le bilan, la tradition veut que la belle mère ne sache pas que son fils suit le traitement de la stérilité, car c'est un problème qui concerne uniquement la femme. On a suivi ensemble le traitement, en cachette de sa mère, le suivi a duré presque un an, mais sans aucun effet. Puis on a décidé de voir, un autre gynécologue, qu'on a suivi pendant 2 ans, mais sans aucun résultat, il nous a recommandé de se faire traiter de préférence dans une clinique privée. Mon mari et moi, on est partie à Annaba dans une clinique privée, sur la base de la lettre de mon gynécologue, nous avons effectué plusieurs examens cliniques, para cliniques, différents bilans. On a suivi le traitement pendant 5 ans, mais sans aucun résultat positif. Quand le gynécologue de la clinique privé, s'est trouvé devant cette

limite médicale, il nous a proposé de faire un choix entre 3 méthodes artificielles. Nous étions très émus des résultats négatifs.

La belle mère qui commençait à s'inquiéter sérieusement de ma stérilité, elle me disait « à notre époque quand on parle d'une femme stérile, c'est une femme qui n'a pas respecté peut être certaines traditions ou bien c'est une femme qui possède le mauvais oeil ... » J'étais bouleversée par la limite médicale de la stérilité. J'étais obligé de voir d'autres ressources, autres que médicales.

En discutant, avec ma belle mère, elle m'a proposé de voir avec une vieille femme du quartier qui a l'habitude de suivre des femmes stériles et qui ont enfanté après son traitement traditionnel. Quand, j'ai lui est dit, si mon mari va suivre en parallèle avec moi la méthode traditionnelle, elle a refusé catégoriquement cette idée, pour elle le problème de stérilité ne concerne que moi. Le lendemain je suis partie chez la vieille femme accompagnée par ma belle mère, elle nous a très bien accueilli, elle m'a demandé de s'allonger sur un matelas étalé par terre, puis elle a commencé à me masser le bas ventre avec de l'huile d'olives, en lisant quelques versets coraniques et m'a conseillé de veiller aux respects des coutumes et traditions : de prendre un jaune d'œuf mélangé avec de l'huile tous les matins à jeun, et le soir avant de dormir, prendre une cuillère de miel mélangé avec les amandes pendant un mois. Deux mois après, ma belle famille attendait avec impatience le résultat de mon traitement, mes belles sœurs ont commencé à parler d'une autre femme ; l'une d'elle disait notre frère est jeune, il a besoin d'avoir des enfants. Sans se soucier que le problème peut provenir de mon mari. Sans perdre l'espoir et malgré la tension familiale insupportable, j'ai demandé encore conseil à une amie qui avait le même problème de stérilité, elle m'a proposé un gynécologue, et je suis partie le voir, à la 1ère consultation, j'ai lui est raconté mes deux années de traitement sur la stérilité ; il m'a recommandé qu'au prochain rendez vous, il faut que mon mari se présente, il m'a proposé des analyses à faire. A la fin du 1^{er} trimestre, mon mari et moi, on est partis, après avoir examiné les résultats biologiques, il a constaté que tout est normal, et en plus, il m'a annoncé la bonne nouvelle, que j'étais enceinte, j'ai crié et j'ai pleuré de joie. C'est la grande joie non seulement pour moi et surtout pour mon mari et sa famille. Ce jour là, j'ai pratiqué la prière pendant toute la nuit pour remercier le Bon Dieu de ce joli cadeau aussi cher qu'il m'a offert et qui a réglé la tension familiale et surtout le problème du divorce probable. Le lendemain, je suis partie voir la vieille femme pour la remercier de l'efficacité de son remède de stérilité qui me disait il ne faut pas oublier les coutumes, les traditions, la religion souvent la médecine ne peut pas répondre, « quand la femme est enceinte, elle a un pied dans la tombe » « l'Islam est un guide de la vie, et la conception culturelle et religieuse joue un rôle important dans le suivi de grossesse, plusieurs versets coraniques du suivi de grossesse sont abordés comme par exemple, le paradis est sous les pieds des mères, ainsi de nombreuses traditions du prophète porte sur la santé et la maladie, le prophète a toujours utilisé du miel, de l'huile d'olives, quand il a mal... ».

Au 6ème mois de grossesse, j'ai eu des saignements, j'ai parlé uniquement à mon mari, et je suis partie voir le médecin, après un examen échographique, il m'a annoncé que la grossesse s'est arrêtée, j'étais très Choquée de la nouvelle, j'ai pleuré pendant 2

jours, puis j'ai annoncé la nouvelle à la famille, toute la famille était déçue, on m'a consolé qu'il sera récupérable très prochainement in cha allah.

Au 3ème jour je suis partie chez le gynécologue pour m'expliquer la raison de l'arrêt de grossesse, il a essayé de me faire comprendre que c'est naturel, souvent la grossesse ne tient pas pour aucune raison, puis il m'a dit il faut oublier le passé ; on doit s'occuper d'abord de l'avortement.

Il m'a prescrit un traitement pour provoquer les contractions, j'ai eu beaucoup des saignements ; mon mari m'a accompagné à l'hôpital, une sage femme du service de maternité m'a accueilli ; le médecin a consulté le dossier médical , et a autorisé une sage femme de m'installé dans une chambre sous une surveillance particulière ; par des injections ; la perfusion ; la mesure de la tension ; peu de temps après les contractions sont devenues de plus en plus fortes, puis la sage femme m'a accompagné à la salle d'accouchement et on m'a fait un curetage sans anesthésie, c'était très douloureux. Le lendemain, le médecin de service m'a recommandé de faire une échographie et m'a conseillé de ne pas tomber enceinte immédiatement. A la sortie de l'hôpital, je suis partie voir un gynécologue ; et l'examen échographique a donné de très bon résultat.

Le médecin m'a conseillé de se reposer d'abord, le temps que je reprend mes forces, il m'a proposé d'utiliser une méthode contraceptive pour éviter toute grossesse immédiate. J'ai utilisé la pilule, pendant 3mois, j'ai constaté que j'ai perdu beaucoup de poids, je suis partie voir une sage-femme privée pour me conseiller une nouvelle méthode contraceptive plus adaptable à mon corps. Elle m'a proposé le stérilet, je n'avais pas de choix, j'ai opté pour le stérilet, elle me l'a placé et m'a conseillé de faire un contrôle régulier pour d'éventuels complications qui peuvent surgir. Au 1^{er} mois, j'ai eu des saignements, je suis partie revoir la sage-femme de la PMI, elle m'a dit, ne t'inquiète pas, c'est normal. Je n'étais pas trop convaincu, j'ai discuté avec ma belle mère sur le saignement que j'ai eu pendant plus d'un mois, elle m'a dit on ne peut pas saigner tout le temps, il faut un traitement pour arrêter le saignement, d'ailleurs a notre époque on disait « la femme qui utilise des contraceptifs entre la 1ère grossesse et la 2ème grossesse à une forte probabilité de devenir stérile ». De peur de ne plus avoir d'enfant, je suis partie voir la sage femme ; j'ai lui est raconté l'histoire de ma belle mère, elle n'a pas pu me convaincre. J'ai décidé d'arrêter, d'une part de peur de la stérilité et d'autre part de mon age un peu avancé ou les risques de grossesse sont plus élevé.

3mois après, je me sentais très fatiguée, je suis partie voir le médecin, me voilà, il m'informe que je suis enceinte d'une 2ème grossesse, j'étais très contente ; j'ai pratiqué la prière en remerciant le Bon Dieu, tout en priant Dieu de me préserver la grossesse jusqu'à son terme In Cha Allah.

Vu notre culture et certains tabous de la région, mon mari était contre qu'un médecin homme m'examine, on a choisi une prestataire femme comme ça, je serais très à l'aise pour lui raconter mon vécu de grossesse. Au 1^{er} RDV ; j'ai eu un interrogatoire qui a duré presque 10 minutes ; puis elle m'a examiné ; et m'a informé que j'ai un kyste à l'utérus, Que ce n'est pas méchant ; un simple traitement ça se guéri. J'étais un peu rassuré. Puis j'ai suivi régulièrement tous les RDV qu'elle m'a

programmé, l'évolution de la grossesse était normale ; au bout du 7ème mois de grossesse ; elle m'informe que la position du bébé est par siège et qu'un accouchement par césarienne est probable. J'ai un peu paniqué ; car je sais qu'à l'hôpital de Jijel il n'y a pas de gynécologue.

Au 9ème mois ; j'ai eu des contractions très forts et répétées, mon mari m'a accompagné en urgence à l'hôpital, une sage femme de garde m'a reconnu, c'est une cousine à ma mère, elle a téléphoné en urgence au médecin spécialiste Chirurgien ; entre temps j'étais transféré au bloc opératoire ; après une anesthésie générale, j'ai accouché par césarienne d'un bébé de 3 kg. Je suis très satisfaite quand on connaît une sage-femme ou un médecin de famille, on ressent une sécurité et une assurance, quelque soit le risque de grossesse.

Références bibliographiques

- 1- Myriam Szejer. Pédiopsychiatre et psychanalyste. « Pour une médicalisation raisonnée de la maternité : protéger l'environnement de la naissance » Revue, *informations sociales* N° 132, Union nationale des caisses d'allocations familiales, Paris France, 2006.
- 2- Marianne Kuster, Céline Goulet, Jacinthe Pépin « Significations du soin Postnatal pour des immigrants algériens », Volume 10 N°1. Septembre Octobre, 2002
- 3- Hélène Vadebancour, « Le médecin du Québec », *Documentation* volume40, numéros7 Juillet 2005.
- 4- Eliane Ferraguten, Hélène Brocq, Sylvie Chabeé, Simper, Pierre Decourt, Martine Derzelle, Thérèse Dhomont, Mathieu Dousse, Micheline Ruel, Kellermann, Eric Serrez, René Serven, *Psychosomatique, santé douleur, la dimension de la souffrance en psychosomatique*, Masson, Paris 2000, Page 32.
- 5- Marc Augé, Claudine Herzlich, *Ordres sociaux, le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Edition des archives contemporaines, Paris, France 1984.
- 6- Bianchi Demicheli, *psychothérapie*, vol 24, 2004, N001, p 1-2
www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=PSYS&ID.
- 7- ¹ M.R. Moro. Approche transculturelle de la périnatalité, Conférence plénière, Masson, Paris, 2004,
http://www.masson.fr/masson/portal/editorialproduct/Article.pdf?codeRevue=JGetproductcode562etpathXML=Revue/J.G/2004/33/sup1/Article11106438621.Xmletpath=Revue=/JG/2004/33/Sup1/5/pdf_57124.pdf.
- 8- Bernard Ugeux, La dimension anthropologique de l'accueil du patient...[www.informationseminaire/la dimension anthropologique de l'accueil du patient](http://www.informationseminaire/la_dimension_anthropologique_de_l'accueil_du_patient).
- 9- Jijel est réparti en 3 secteurs sanitaires (Jijel, Taher, El milia), les structures sanitaires se résument à trois hôpitaux, 7 polycliniques, 21 centres de santé, et 112 salles de soins.
- 10- Danièle Carricaburu Marie Ménoret, *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladies*. Armand Colin, Collection U, Sejer, 75006 Paris, 2004.
- 11- Emmanuel Hirsch /Soigner l'autre / L'éthique l'hôpital et les exclus. Humaniser l'hôpital, Belfond, Paris. 1997.