

GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, PETITE ENFANCE



Le suivi de la grossesse

Pour les femmes sans papiers, le suivi de grossesse est difficile à faire puisqu'elles ne viennent en consultation que très tard, au 5^{ème} ou 6^{ème} mois lorsqu'elles n'arrivent pas juste pour accoucher à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu qui est le seul hôpital, dans les faits, à accueillir les femmes en situation irrégulière. Bien qu'il y ait un accord avec le Conseil général pour une prise en charge au centre de planification du début de la grossesse jusqu'au 6^{ème} mois puis par l'hôpital jusqu'à l'accouchement, ces femmes n'en bénéficient pas car elles ne connaissent pas leurs droits et ont peur d'être expulsées. Cette prise en charge tardive liée à un problème de papiers peut avoir des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant. Le problème des familles polygames surtout bigames est ressorti lors de notre enquête puisque la deuxième épouse d'un foyer polygame vit en général dans la clandestinité. Les deuxièmes épouses des foyers polygames prennent les papiers d'identité de la première épouse de leur mari pour être suivies durant leur grossesse et leur accouchement. Si la première épouse a déjà un dossier médical dans l'hôpital où se rend la deuxième épouse et que cette dernière fait une hémorragie, elle court notamment le risque de se faire faire une transfusion sanguine avec le rhésus sanguin de sa coépouse qui ne sera pas obligatoirement le même que le sien.

Des cas de décès dus à cette pratique nous ont été rapportés. Pour les femmes arrivées récemment ou sans beaucoup de connaissances de la culture française, il y a des problèmes culturels avec les professionnels de santé. En effet, une femme enceinte en Afrique ne parle pas de "son état" à part à ses proches. Ainsi, une incompréhension survient autant du côté des africaines que des personnels de santé. Les femmes africaines résidant en France depuis longtemps et/ou

avec un niveau d'instruction plus élevé vivent plutôt bien le suivi de grossesses. Certains professionnels de santé pensent que c'est aussi pour elles un moyen d'intégration en France.

La non-participation à la préparation à l'accouchement

Pour ce qui est des cours de préparation à l'accouchement, toutes les sages-femmes rencontrées nous ont dit que très peu de femmes africaines y participaient. Il y a aussi un problème au niveau de la consultation d'anesthésie qui est obligatoire avant l'accouchement pour pouvoir bénéficier d'une péridurale si besoin est. Beaucoup de femmes, surtout les nouvelles arrivées, la refusent.

Ces mêmes femmes ne font donc pas de préparation à l'accouchement, refusent la péridurale, ont de gros problèmes de communication et de confiance avec les professionnels. Si l'accouchement se passe mal, ces femmes avec la peur, la douleur, la fatigue, deviennent très agressives et cette situation devient difficile à gérer pour les professionnels.

La césarienne, la phobie des femmes africaines

Les césariennes sont un problème important pour les femmes africaines qui les vivent très mal. Elles veulent en général plus de trois enfants et elles ont peur d'être limitées dans leur procréation à cause des césariennes.

Une sage femme de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu nous a dit que le taux de césariennes est passé de 12 % il y a 20 ans à 20 % aujourd'hui quelle que soit l'origine des femmes. Cette augmentation du nombre de césariennes est liée au fait que les obstétriciens souhaitent prendre moins de risques.

Si la communication ne passe pas, si la confiance est absente lors de ce moment douloureux et angoissant dans la vie d'une femme loin de sa famille, de

son contexte culturel et social, des blocages physiologiques peuvent survenir. Certaines sages-femmes se rendent compte de cela mais la surcharge de travail fait qu'elles n'ont pas suffisamment de temps pour s'occuper particulièrement de ces femmes.

La présence de médecins hommes, d'obstétriciens lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement, gêne énormément les femmes africaines qui souhaiteraient n'avoir à faire qu'à un personnel féminin.

Le maternage

Tous les professionnels de santé rencontrés sont manifestement impressionnés par la façon dont les africaines s'occupent des nourrissons.

L'allaitement se fait "naturellement" pour elles et beaucoup de sages-femmes et de médecins nous ont dit avoir beaucoup à apprendre d'elles.

Le paludisme

En France, 5 000 cas de paludisme sont diagnostiqués par an dont 80 % sont des patients africains. 54 % sont originaires d'Afrique de l'Ouest : Côte d'Ivoire, Sénégal, Mali. 26 % sont originaires d'Afrique Centrale : Cameroun, Congo ...

Pour ce qui est de la médecine tropicale en tant que telle, les possibilités d'accueil existent même si elles sont mal utilisées, en effet très peu de médecins généralistes connaissent les maladies tropicales. Dès qu'ils voient un africain malade, ils le renvoient donc vers des services de parasitologie. Mais l'information et la formation des généralistes est en train de se développer. Les médecins de PMI ainsi que les pharmaciens appellent facilement les services de parasitologie pour avoir plus de renseignements. D'autres parasitologies existent mais elles ne sont pas très nombreuses en France. Il y a un taux de tolérance à ces maladies très élevé chez les africains qui

CONCLUSION

peuvent vivre de façon quasi normale avec certaines d'entre elles.

Les médecins rencontrés nous ont dit avoir des difficultés à faire passer les messages de prévention. Les africains en général ne sont pas conscients du fait qu'ils perdent leur immunité en restant en France. Ils éprouvent une difficulté à prendre un traitement antipaludéen tout au long des séjours dans leur pays ou de dormir sous une moustiquaire.

Un tabou

Les africains viennent difficilement en consultation "préventive". Ils sont alors souvent vus en hôpital psychiatrique pour des cas graves de décompensation. Il est très difficile, pour les africains, d'aller voir un psychiatre ou un psychologue comme cela peut l'être aussi pour de nombreux français : la santé mentale reste encore tabou. Par contre, dans le cadre d'expertise judiciaire par exemple, "ils vident leur sac" car ils ne sont pas dans le cadre d'une "consultation".

Les africains ont leurs réseaux de praticiens auxquels ils peuvent s'adresser pour faire des thérapies traditionnelles.

Un public en demande

Les demandeurs d'asile et les sans papiers souhaitent particulièrement être suivis et le sont à Médecins du Monde où la consultation en psychologie est débordée. Ils ont des problèmes de santé mentale liés à leur histoire, à leur statut ou plutôt à leur manque de statut, à la vie précaire, à l'incapacité de se projeter dans l'avenir.

La foi comme soutien

Qu'elle soit musulmane ou chrétienne, la foi a souvent été citée pour parler d'équilibre, de bien-être, d'aide à surmonter les difficultés.

Famille et éducation

Du côté des associations africaines, les problèmes de couple, les divorces, les effets de la polygamie ainsi que les problèmes liés à l'éducation des enfants ont souvent été soulignés comme source de malaise.

Ces problèmes liés à la famille ont un impact sur le bien-être, la santé mentale des individus. Ce qui ressort de nombreux entretiens, réunions et observations, ce sont les problèmes entre hommes et femmes et entre parents et enfants.

En effet, les situations familiales changent soudainement en venant en France. On passe d'une famille élargie qui prend en charge les problèmes de tout un chacun à une famille nucléaire qui doit se débrouiller toute seule en cas de conflit ou de difficulté.

Les africains rencontrés notent qu'il y a beaucoup de divorces et ils regrettent cette situation. Les hommes pensent que "les assistantes sociales et certaines femmes ne veulent que le divorce des couples". C'est pour cette raison que certains hommes en situation régulière ne souhaitent pas faire régulariser leurs épouses.

Certains africains se barricadent derrière des modèles d'éducation très stricts et sévères qui vont enfermer, bloquer leurs enfants et les mettre aussi en contradiction avec les modèles d'éducation de la société française. Les conséquences peuvent être des fugues, des suicides, des placements en institutions. D'autres parents sont dépassés et laissent leurs enfants livrés à eux-mêmes. Bien sûr, la majorité des parents essaient de faire au mieux. L'éducation est un des thèmes qui est revenu le plus souvent dans les discours comme source de questionnement et de mal-être.

Pour entreprendre ce type de recherche-action, il faut s'armer de patience. Il est délicat de se faire accepter et comprendre par les africains que l'on doit interroger. Il faut souvent être diplomate et arriver à créer un climat de confiance avec ses interlocuteurs. Le temps - précieux dans notre société où les délais sont fixés par des financements annuels - manque parfois pour ce type de travail. Il est pourtant un facteur déterminant pour faire comprendre notre démarche et pour acquérir la confiance.

D'autre part, il n'est pas toujours facile de mobiliser les associations d'africains pour plusieurs raisons :

- manque de confiance et idée de concurrence entre associations (ce qui n'est pas spécifiquement africain !)
- difficulté de mobiliser les présidents d'associations sur des thèmes de santé ou difficulté pour les président(e)s de mobiliser leurs adhérents
- difficulté de rencontrer les africains en dehors des week-end : leurs emplois du temps sont souvent chargés et leur action uniquement bénévole : pas facile pour les professionnels !

Les professionnels médico-sociaux sont souvent désarmés face aux comportements de certains africain(e)s. Certains recherchent une recette miracle à notre contact. Le fait de leur parler d'une multitude de cultures africaines et d'histoires personnelles rendant chaque individu différent, crée une confusion encore plus grande et parfois l'impression d'une incommunicabilité irréversible. Le conseil que nous pouvons alors donner, est de prendre conscience du fait que chacun est éduqué dans une culture qui n'est ni meilleure ni pire qu'une autre. Cette prise de recul sur soi-même est déjà un pas vers l'autre. Au-delà de la culture, nous faisons partie de la même espèce humaine où une poignée de main, un sourire sincère, une écoute attentive peuvent engendrer la confiance et une communication de qualité.

Chargée de projet : Sophie Blondeau

manières d'agir

les fiches de travail de l'Ades du Rhône

n° 1 - mai 2002

"Manières d'agir". Ce titre est un clin d'oeil sans doute quelque peu immodeste à Pierre Bourdieu et à sa collection "Raisons d'agir" créée quelques années avant sa mort. Nos motivations sont plus humbles : nous souhaitons partager des étapes de notre travail avec ceux que les démarches de prévention et d'éducation pour la santé intéressent (acteurs de prévention de la santé, du social, de l'éducation, journalistes, décideurs). Ainsi, lorsque des temps marquants de nos programmes le nécessiteront : fin d'une étape importante, conclusions d'une démarche ou arrêt d'une action, nous tenterons de vous les faire partager le plus synthétiquement possible, mais aussi le plus honnêtement car nous sommes persuadés que les échecs et les difficultés sont aussi instructifs que les réussites.

les communautés africaines du Rhône

besoins de santé et place des professionnels

PREAMBULE

preambule

L'objectif de cette fiche de travail est de faire partager une expérience de travail en éducation pour la santé, pouvant être répliquée pour d'autres thématiques que les communautés africaines. D'autre part, les résultats et les conclusions de cette recherche-action peuvent intéresser différents acteurs de terrain amenés à cotoyer la population étudiée.

Les "communautés africaines et les africains" sont des termes généraux qui correspondent à une réalité humaine très complexe. L'Afrique est un continent fait d'une multitude de cultures très différentes, d'histoires de vie et de parcours migratoires qui le rend unique.

L'ADES du Rhône est engagée depuis 7 ans dans un travail de prévention et d'éducation pour la santé avec les communautés d'africains subsahariens du Rhône et plus particulièrement sur le thème du sida. En 2001, elle a décidé de faire le point sur leurs besoins en matière de santé et d'éducation pour la santé, par le biais d'une recherche-action, dans ces communautés. L'objectif était également de réfléchir au positionnement le plus adapté et le plus efficace pour faciliter un travail de prévention avec ces communautés.



Illustrations d'Anita Ljung

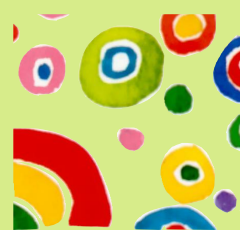
Edition :

ADES DURHÔNE

Association Départementale
d'Éducation pour la Santé du Rhône
71, quai Jules Courmont - 69002 Lyon
Tél. 04 72 41 66 01 - Fax 04 72 41 66 02
Web : www.adesr.asso.fr
Email info@adesr.asso.fr

Directeur de publication : Dr Bruno Dubessy
Rédacteur en chef : Alain Douiller
Secrétariat de rédaction : Jean-Pierre Gourdol
Mise en page : Valérie Delhoume
Impression : Imprimerie Fayolle
Issn : 1241-6606

L'Ades du Rhône est financée par : le Conseil Général du Rhône, la DDASS et la Préfecture du Rhône, la CPCAM de Lyon, les HCL, la DRASS Rhône-Alpes, mais aussi la MSA, les Villes de Lyon et de Villeurbanne, la CPAM de Villefranche, l'URCAM.



L'ENQUÊTE



Pour réaliser cette recherche, nous avons d'une part rencontré des professionnels de santé, de services sociaux et d'associations travaillant avec des migrants, et d'autre part, des africains par le biais d'associations communautaires.

La méthodologie utilisée pour mener à bien cette recherche-action, a été le recueil de données par entretiens semi-directifs et une observation participante. La méthode a été essentiellement qualitative parce qu'en France, grâce ou à cause du principe républicain, les variables concernant la nationalité ou l'origine ne sont pas incluses dans les études statistiques et empêchent ainsi des études plus quantitatives.

70 professionnels rencontrés ont répondu aux questions suivantes :

" Y a-t-il des besoins spécifiques en matière de santé dans les communautés africaines ?

" Y a-t-il des besoins spécifiques en matière d'éducation pour la santé dans les communautés africaines ?

" De quels pays sont les africains que vous rencontrez ?

" Y a-t-il des problèmes relationnels spécifiques avec ces populations (problèmes de langue, de compréhension, d'échanges, d'horaires, de représentations...).

41 associations d'africains subsahariens contactées, 20 rencontrées :

Les entretiens étaient, là aussi, semi-directifs. De la même façon que pour les professionnels, nous leur demandions si, d'après eux, il y avait des spécificités en matière de santé et d'éducation pour la santé dans leur communauté. De plus, nous leur avons posé des questions sur l'accueil et les soins ou services reçus de la part des professionnels.

Qui sont les africains du Rhône ?

Les africains subsahariens viennent de 36 pays différents, ce qui sous-entend une très grande diversité culturelle. Les ressortissants du Sénégal, du Congo Démocratique et du Cameroun sont les plus nombreux.

Le nombre total d'africains résidant dans le Rhône en 1999 est de 7 932, alors qu'ils étaient 5 696 en 1990. Ces chiffres sont ceux de la Préfecture, on peut penser qu'un nombre beaucoup plus important d'africains réside dans le Rhône puisque les sans papiers ne sont pas comptabilisés.

En grande majorité, les africains habitant dans le Rhône viennent d'anciennes colonies françaises et sont donc francophones.

Le statut juridique crée une grande différence entre africains quant à leurs droits d'accès au travail, au logement, aux soins.

Certains africains ont acquis la nationalité française, d'autres ont une carte de séjour de dix ans, les étudiants ont des cartes d'un an, d'autres sont réfugiés politiques, demandeurs d'asile, sans papiers ou avec un visa touristique. Les plus en difficulté sont les sans papiers et les demandeurs d'asile qui n'ont droit qu'à se soigner.

La diversité géographique, culturelle, statutaire, professionnelle au sein des communautés africaines est grande. D'autres différences interviennent telles que la situation matrimoniale et l'origine du conjoint, le nombre d'enfants et leur scolarisation en France, le temps passé en France, le niveau scolaire, ainsi que l'origine rurale ou urbaine de l'immigré.

les RESULTATS

REPRESENTATIONS ET PERCEPTIONS

Inégalité face à la maladie et à la mort

La plupart des pays d'Afrique sont confrontés à une instabilité politique lorsqu'ils ne sont pas en guerre. Ces instabilités vont de pair avec des situations économiques et sociales catastrophiques ainsi qu'une corruption omniprésente. Dans un tel contexte, les services sanitaires des différents états d'Afrique ne sont pas à même de remplir leurs rôles par manque de moyens humains et matériels.

Ceci crée un très grand décalage entre les représentations de la santé, de la maladie, entre les Français, les professionnels de la santé et les africains, surtout nouvellement arrivés.

La maladie comme phénomène extérieur

En Afrique, traditionnellement, la maladie a des causes extérieures à la personne atteinte, très souvent on pense que la maladie a été donnée par un tiers qui veut du mal (jalousie ...).

La maladie peut être interprétée comme le résultat d'une déviance sociale comme le sida par exemple.

Beaucoup de maladies sont liées à la magie, à la sorcellerie, et sont soignées par les mêmes moyens. Dans le même temps, des plantes sont utilisées pour soigner certains symptômes et des rites de réintégration sont pratiqués au sein du groupe, de la communauté, en cas de problèmes liés à la santé mentale.

Les Africains ont aussi intégré la médecine occidentale et ils s'orientent vers l'une ou l'autre médecine suivant la maladie et/ou suivant leurs moyens matériels. Ils peuvent recourir à toutes les médecines et moyens existants pour se soigner.

Le poids de l'histoire

La représentation que se font les africains des français et vice-versa est très liée à l'histoire coloniale et post-coloniale ou néo-coloniale de la France.

Dans cette relation dominant-dominé mise en place dans l'histoire par la France et les autres pays européens, des archétypes du "blanc" et du "noir" ont survécu et se sont transmis de génération en génération, les inconscients collectifs sont aussi marqués par certains comportements discriminants.

Malgré cela, les africain(e)s que nous avons pu rencontrer, ont des représentations des français et de la "société d'accueil" qui varient grandement d'une personne à l'autre. Ces variations dépendent souvent du temps qu'ils ont passé en France et des relations professionnelles et/ou personnelles entretenues avec les français, de l'épanouissement personnel de chacun.

Ces remarques sont aussi valables pour les français, pour les professionnels de santé et des services sociaux. Leurs représentations des africains varient par rapport à leurs connaissances et à leur ouverture à l'autre.

Une xénophobie omniprésente

Nous pouvons dire qu'en majorité, les africains et africaines ressentent du racisme de la part des français, des professionnels de santé et des services sociaux.

D'autre part, des professionnels de santé et de service social et les bénévoles de Migrations Santé Rhône-Alpes qui sont par ailleurs des professionnels de santé, confirment ce que les africains nous ont dit ; à savoir qu'il est courant d'entendre des propos dégradants, humiliants en direction des étrangers en leur présence ou pas, sans parler des regards, de la froideur du comportement en général, qui expriment souvent du mépris. Cela pose problème au niveau du soin et de la santé dans son acception générale. Il va sans dire que ces manifestations xénophobes mettent à mal la communication de part et d'autre.

DES QUESTIONS DE SANTE MAJEURES

Bonne utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception est liée à plusieurs critères qui sont la durée de séjour en France, l'âge et le niveau d'instruction des femmes. En effet, d'après toutes les personnes rencontrées, la contraception est très bien utilisée chez les femmes africaines qui sont ici depuis un certain temps. Elle est aussi utilisée chez les jeunes filles d'origine africaine ayant grandi en France et chez les jeunes étudiantes africaines à Lyon.

Les femmes africaines nouvellement arrivées pratiqueraient a priori moins la contraception classique occidentale. Le taux de fécondité des femmes africaines est supérieur au reste de la population avec près de 5 enfants en moyenne. Ces femmes souhaitent avoir plusieurs enfants ce qui ne relève pas d'une méconnaissance de la contraception. Les jeunes femmes africaines ainsi que les femmes plus âgées, semblent moins recourir à l'IVG que les femmes d'autre origine. Tout cela reste approximatif puisque nous n'avons là non plus, pas de chiffres par origine.

Ce constat est le fruit des observations rapportées par les professionnels de santé qui travaillent dans des services de prévention. Au Planning Familial de Villeurbanne, le problème de l'IVG, pour les sans papiers a été soulevé car les femmes en situation irrégulière sont prises au cas par cas dans les différents hôpitaux.

M.S.T. / Sida

Les africains sont plus touchés par le sida que le reste de la population : dans le rapport de l'Institut de Veille Sanitaire "Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France", sorti en avril 1999, le taux d'incidence cumulée des cas de sida dans les populations d'Afrique sub-saharienne était de 11,5 pour 1 000 alors qu'il était de 1,8 pour 1000 pour la totalité des étrangers en

France et de 0,85 pour 1 000 pour les personnes de nationalité française. Les femmes étrangères en France, toutes nationalités confondues, sont 3,5 fois plus touchées que les femmes françaises. Nous verrons plus tard que cela pose un autre problème, les structures associatives n'étant pas préparées à aider cette population. D'après notre enquête, mais sans chiffres à l'appui, la majorité des patients africains sur Lyon est originaire d'Afrique Centrale (ex-Zaire, Congo, Centrafrique, Cameroun, Rwanda) à l'image de l'épidémie en Afrique francophone.

n Les dépistages sont tardifs

D'après l'Institut de Veille Sanitaire "parmi les sujets diagnostiqués en 1997, 56 % des étrangers ne connaissent pas leur statut sérologique au moment du diagnostic du sida". Les professionnels rencontrés dans le département nous ont confirmé le fait que les africains en majorité se faisaient dépister en phase sida.

n Le traitement

Les problèmes de suivi de traitement se posent lorsque les malades ne veulent pas que leur entourage prenne connaissance de leur maladie. Le poids du traitement, sa régularité, sont remis en question. Il y a aussi des cas d'arrêt de traitement à cause des effets secondaires mais ceci se retrouve chez les patients de toutes origines. Les femmes africaines continuent à procréer tout en se sachant séropositives, ce qui est une spécificité de cette communauté.

En effet, plusieurs grossesses peuvent intervenir après le diagnostic positif du VIH. Des mesures médicales sont alors prises pour l'accouchement qui se déroule par césarienne et pour le traitement du nourrisson. De ce fait, très peu d'enfants vont naître séropositifs au VIH. Le silence qui règne autour de la maladie est un autre phénomène à souligner. Certaines femmes cachent à leur conjoint et à leur entourage leur séropositivité. Le fait d'être en situation irrégulière donc sans couverture sociale et

sans ressources est un facteur aggravant pour certains africains. Ces personnes sont en général régularisées au titre de la maladie, elles sont aidées par des associations et par la suite, peuvent percevoir une Allocation Adulte Handicapé. Mais ce processus reste long et elles doivent dépendre d'un proche ou d'une association en attendant.

n La difficulté de la prise en charge psychologique

Toutes les personnes interrogées ont souligné le fait que la prise en charge psychologique pose un problème avec les africains. Le soutien psychologique à leur apporter est plus informel, moins thérapeutique que pour les autres patients. Ainsi, les associations sont plus à même de soutenir ces patients.

Le problème est que sur Lyon, il n'y a pas vraiment d'associations qui répondent aux besoins spécifiques des africains. Le soutien psychologique est la condition sine qua non pour que les africains infectés par le VIH puissent reconnaître leur situation sérologique. Beaucoup d'africains infectés nient leur séropositivité, même en phase sida, par manque de soutien et d'échanges. Ils ne vont pas consulter les psychologues qui suivent les personnes séropositives : à priori le mode d'échange ne leur convient pas, peut-être est-il trop formalisé, pas assez confiant et chaleureux. De plus, les psychologues rencontrés ne connaissent peut être pas assez les problématiques particulières à ces populations.

D'autre part, les africains infectés ne parlent pas de leur contamination, ni à leur proche, ni au sein de leur communauté, de ce fait ils sont seuls à porter ce fardeau. La solution adoptée par nombre d'entre eux est alors le déni. Par conséquent, ils ne prennent aucun moyen de prévention et se comportent comme s'ils n'étaient pas atteints.

