

# De quelques préjugés sur la grossesse des femmes d'origine maghrébine

*Propos recueillis par Fouzia ZAIDI*

## Entretien avec Malia, élève sage-femme, et Christine, sage-femme depuis 20 ans, à Pont-de-Claix

**Ecarts d'identité : Malia, vous êtes étudiante sage-femme en 4ème année et votre mémoire porte sur : "la grossesse chez les femmes d'origine maghrébine". Quelles sont les raisons du choix de votre sujet de mémoire ?**

**Malia :** La première raison, c'est de montrer que les a priori véhiculés par certains professionnels sont peut-être sans fondements. La seconde est de mettre en évidence les pathologies les plus souvent rencontrées et de réfléchir à des actions de prévention.

**E. d'I. : Quels sont ces a priori dont vous parlez et que vous voulez combattre ?**

**Malia :** Certains sont d'ordre médical, d'autres sont plus de l'ordre du ressenti des professionnels. Par exemple :  
 - chez les femmes d'origine maghrébine, la couleur verte du liquide amniotique est fréquente et banale.  
 - ou : les femmes d'origine maghrébine ne connaissent jamais la date de leurs dernières règles, ce qui rend le calcul du terme de la grossesse plus difficile.  
 - ou : les femmes d'origine maghrébine crient plus au moment d'accoucher que les européennes.  
 - ou : les femmes d'origine maghrébine font plus souvent de diabète pendant la grossesse et donnent naissance à des enfants de gros poids.

**E.d'I. : Comment avez-vous mené votre travail pour tenter d'apporter des éléments de réponse ?**

**Malia :** J'ai élaboré un questionnaire, outil qui m'a permis d'interroger 146 femmes, pendant et après leur grossesse. J'ai comparé 73 cas de femmes d'origine maghrébine à une population témoin constituée de 73 femmes d'origine européenne. Au vu de ces statistiques, 64% des femmes d'origine maghrébine interrogées sont algériennes. Elles se situent dans la tranche d'âge des 21-29 ans et elles ont en moyenne entre 2 et 3 enfants. 84% d'entre elles sont mariées et 62% n'exercent aucune profession.

Voici les conclusions que j'ai pu tirer de l'étude de ce questionnaire :

1°. Notre échantillon nous permet de dire qu'il n'y a pas de liquide amniotique teinté chez les femmes d'origine maghrébine (le liquide amniotique est teinté lorsqu'il y a souffrance fœtale plus ou moins importante). Il n'y a pas plus de souffrance fœtale dans cette population.

2°. Elles connaissent bien la date de leurs dernières règles et leur grossesse est bien suivie puisqu'en moyenne elles ont 7 consultations et 3 échographies. Cependant, il faut souligner que 80% des femmes interrogées n'ont pas suivi de préparation à l'accouchement contre 29% des femmes européennes.

3°. Ce questionnaire ne nous a pas permis de vérifier si les femmes d'origine maghrébine "crient" plus à l'accouchement...

4°. Pour ce qui est du diabète, 24% des femmes d'origine maghrébine ont présenté un diabète pendant la grossesse contre 8% dans l'autre population. Peut-on expliquer cette pathologie par des habitudes alimentaires ? Pour ce qui est du poids des nouveaux-nés, 6% des femmes d'origine maghrébine questionnées ont eu un enfant pesant plus de 4 kgs, contre 8% des femmes européennes (le poids de naissance est en moyenne à terme de 3180 grammes). Je pense qu'autrefois, les femmes d'origine maghrébine avaient des enfants de gros poids. Y avait-il plus de diabète non dépisté ? Etais-ce dû à la grande multiparité ? En conclusion, seul l'a priori "diabète" est justifié.

**E. d'I. : Christine, vous êtes sage-femme depuis 20 ans et vous êtes intervenante à Pont-de-Claix. Pouvez-vous nous donner votre avis sur ces questions ?**

**Christine :** Malia, élève sage-femme, a entendu prononcé par des professionnels, des phrases qui l'ont peut-être heurtée, parce qu'elle est elle-même d'origine maghrébine. Je vais reprendre les différents a priori énoncés et essayer de donner mon point de vue.

1°. Le contenu du liquide amniotique est un signe de dépistage de souffrance fœtale. Lorsque le bébé, in-utéro, souffre d'anoxie, il laisse échapper dans le liquide amniotique des fragments de

méconium (matière visqueuse couleur vert bouteille, contenue dans l'intestin du bébé pendant sa vie fœtale. Ce méconium est normalement évacué pendant les trois premiers jours de la vie du bébé). Les sages-femmes “vieille école” enseignent aux élèves que l’on ne doit pas s’inquiéter d’un liquide amniotique teinté lorsque la parturiente est d’origine maghrébine. On ne retrouve cette notion dans aucun manuel d’obstétrique. Il s’agit-là d’une contre-vérité qui ne doit plus faire école.

2°. Le fait que les femmes d’origine maghrébine ne connaissent pas la date de leurs dernières règles était peut-être juste il y a vingt ans, mais elle est complètement dépassée du fait du diagnostic précoce de la grossesse par l’échographie. Il y a vingt ans, lorsque les femmes arrivaient en France, et maîtrisaient très mal la langue, il était difficile de les interroger. Nous en déduisions donc qu’elles ne savaient pas, alors que tout simplement elles ne comprenaient pas nos questions !

3°. J’ai pu constater que nos pratiques médicales engendraient beaucoup d’angoisse chez les femmes ayant émigré depuis peu. Cela se manifeste par des lamentations, et des cris qui ressemblent à des prières. L’incompréhension de leur environnement, la solitude, la perte des repères sont source de désarroi. Les femmes de la deuxième génération ont un comportement similaire aux femmes d’origine occidentale, et elles comprennent les pratiques médicales. Cet a priori n’a donc plus lieu d’être. Quant à la préparation à l’accouchement, il est vrai que nous retrouvons peu de femmes d’origine maghrébine dans les groupes et je pense qu’il serait intéressant de proposer aux femmes d’origine maghrébine une préparation mieux adaptée, fondée sur leurs propres repères.

4°. Pour ce qui est du diabète, l’alimentation tient en effet une place importante dans l’établissement d’un diabète gestationnel. Subsistrait-il que pendant la grossesse “il faut manger pour deux” ? Il serait intéressant de reprendre l’étude réalisée par Malia en informant systématiquement les femmes d’origine maghrébine du risque de diabète lorsque l’alimentation est trop riche en glucides (jus de fruits, patisseries, féculents), ou trop riche en lipides (frites, patisseries). Certains auteurs font apparaître des raisons psychologiques à la surconsommation de sucre pendant la grossesse. Il reste donc à faire un gros travail d’information pour faire diminuer ce taux important de diabète. ■